PAGO CONSOLIDADO

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES — **PÓLIZA 9148187**

Plan de pago consolidado:

Período facturado 03-12-2024 al 03-01-2025

*** Póliza: 12-9148187-0 Riesgo: A.P. PRESTACIONAL (último endoso facturado: 0)**

ASEGURADO: 2080344 MELOSSI OSCAR FABIAN

CUIT/CUIL: 20235123976 DNI: 23512397 Domicilio: RAMON CALDERON N° 174 DTO 2
Localidad: LA CONSULTA Pcia: MENDOZA CP: 5567

CUOTA Y VENCIMIENTO	MONEDA	MONTO CUOTA	SALDO CUOTA
Pago contado saldo facturado. Fecha límite pago 02-01-2025	PESOS		4,282.21
1/1 Vencimiento 03/12/2024.	PESOS	4,282.21	4,282.21

MEDIOS DE PAGO. Las cuotas de la presente póliza pueden ser abonadas con Pago Fácil, Rapipago, Provincia Net, Cobro Express, Pago Mis Cuentas, Pagos Link, Interbanking (Interpagos), VISA Pago Puntual o Servicios de Pago Mastercard. También puede solicitar la adhesión al servicio de cobro por DEBITO AUTOMATICO en tarjeta de crédito o CBU.

Las siguientes tablas contienen información útil que te servirá a la hora de abonar esta póliza:

PAGO ELECTRÓNICO	
Agente	Código de pago electrónico
Pago Mis Cuentas	2080344
Pagos Link	2080344
Visa Pago Puntual	120091481870000
Interbanking	2080344
Servicio de Pago Mastercard	2080344
Amex Pay	DNI 23512397

PAGO EN EFECTIVO	
Agente	Identificación
Cobro Express	DNI 23512397
Rapipago	DNI 23512397
Multipago	DNI 23512397
Pago Fácil	DNI 23512397
Provincia Net	DNI 23512397
Pronto Pago	DNI 23512397
Ripsa	DNI 23512397
Plus Pagos	DNI 23512397

Escaneado con CamScanner

Formulario de Impresión de Constancia de Inscripción

ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS

CONSTANCIA DE INSCRIPCION

MELOSSI OSCAR FABIAN CUIT: **20-23512397-6**

IMPUESTOS/REGIMENES NACIONALES REGISTRADOS Y FECHA DE ALTA

CEDULARES- VALORES O DEPOSITOS	01-2018
IVA	11-2010
REG. SEG. SOCIAL EMPLEADOR	11-2010
GANANCIAS PERSONAS FISICAS	11-2010

****

Contribuyente no amparado en los beneficios promocionales INDUSTRIALES establecidos por Ley 22021 y sus modificatorias 22702 y 22973, a la fecha de emision de la presente constancia.

Esta constancia no da cuenta de la inscripción en:

- Impuesto Bienes Personales y Exteriorización - Ley 26476: de corresponder, deberán solicitarse en la dependencia donde se encuentra inscripto.

- Impuesto a las Ganancias: la condición de exenta, para las entidades enunciadas en los incisos b), d), e), f), g), m) y r) del Art. 20 de la ley, se acredita mediante el "Certificado de exención en el Impuesto a las Ganancias" - Resolución General 2681.

- Aporte Solidario: de corresponder, deberá solicitarse en la dependencia donde se encuentra inscripto.

- Responsable Deuda Ajena Aporte Solidario: de corresponder, deberá solicitarse en la dependencia donde se encuentra inscripto.

ACTIVIDADES NACIONALES REGISTRADAS Y FECHA DE ALTA

Actividad principal: *492290 (F-883) SERVICIO DE TRANSPORTE AUTOMOTOR DE CARGAS N.C.P.*	Mes de inicio: *11/2013*
Secundaria(s): *12110 (F-883) CULTIVO DE VID PARA VINIFICAR*	Mes de inicio: *11/2013*

Mes de cierre ejercicio comercial: ***12***

DOMICILIO FISCAL - AFIP

RAMON CALDERON(NORTE) 174
LA CONSULTA
5567-MENDOZA

Vigencia de la presente constancia: ***06-12-2024*** a ***05-01-2025***

Hora **11:19:40** Verificador **106255518152**

Los datos contenidos en la presente constancia deberán ser validados por el receptor de la misma en la página institucional de AFIP **http://www.afip.gob.ar**.

CONSTANCIA DE INSCRIPCION

CUIT	Apellido y Nombre / Denominación de la Entidad
20-23512397-6	MELOSSI OSCAR FABIAN

Domicilio
RAMON A. CALDERON NORTE 174

Localidad - Departamento - Provincia
016 (5567) LA CONSULTA - SAN CARLOS - PROVINCIA DE MENDOZA

Inscripciones	Actividades		Fecha Inicio
00000637349 CONTRIBUYENTE LOCAL	12110	CULTIVO DE VID PARA VINIFICAR	01/01/2019
	492299	SERVICIO DE TRANSPORTE AUTOMOTOR DE CARGAS N.C.P.	01/01/2019

Fecha de Emisión: **06/12/2024**	La presente constancia vence el: **06/06/2025**	Verificador 6835036965

El receptor de la presente constancia deberá validarla en la página de la Dirección General de Rentas

(http://www.atm.mendoza.gov.ar)

VERIFIQUE LOS DATOS DE LA TARJETA.
Recuerde que cuenta con 30 dias corridos para realizar la rectificación de datos erroneos. Vencido dicho plazo deberá abonar un nuevo trámite.

senasa SERVICIO NACIONAL DE SANIDAD Y CALIDAD AGROALIMENTARIA

Transporte Habilitado

Propietario

Razón Social: **MELOSSI OSCAR FABIAN**
CUIT/CUIL: **20-23512397-6**

Domicilio

Dirección: **RAMÓN CALDERÓN NORTE**
Localidad: **S/D**
Partido: **CAPITAL**
Provincia: **MENDOZA**

VALIDEZ DE ESTA HABILITACIÓN

Fecha Habilitación: **29/11/2024**
Fecha Vencimiento: **29/11/2025**
Habilitación Nº: **2-225789**

Oficina

14.431 TUNUYAN OL

Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria
SENASA
Oficina Local Tunuyán
Pcia. Mendoza

senasa SERVICIO NACIONAL DE SANIDAD Y CALIDAD AGROALIMENTARIA

Transporte Habilitado

DNICA - REGISTRO NACIONAL DE MEDIOS DE TRANSPORTE DE SUSTANCIAS ALIMENTICIAS

Datos del Transporte

Transporte de: **Sustancias alimenticias** Tarjeta Nº: **1321982**
Categoría del transporte: **D**
Marca: MALDONADO
Modelo: 16-2010 SR-CA
Año: 2010

PATENTE
JCZ040

Firma
RIVERO SERGIO RAUL
DNI 24401912

Nº: 071321982
Con este código usted podrá verificar la autenticidad y validez del documento mediante alguna de las siguientes opciones:

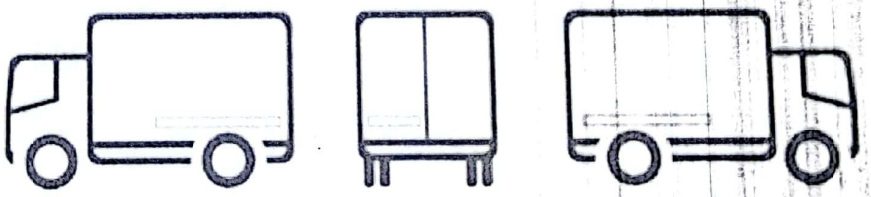
CUVE
0800 999 7362 / #8000
www.argentina.gob.ar/senasa/servicios-en-linea

⚠ LEER ATENTAMENTE

Sr Transportista:
Su nueva tarjeta puede ser plastificada o conservada por medio DIGITAL.

Identificación del medio de transporte según DECRETO 4238/68 Capítulo 28.8

Los medios de transporte habilitados deberán exhibir en el exterior, en la parte posterior y en ambos late de la caja, contenedor o cisterna, en forma bien legible, en letras y números arábigos de una altura no infer ocho (8) centímetros, la siguiente leyenda:



TRANSPORTE DE PRODUCTOS ALIMENTICIOS —— SENASA N° .....
En el caso de tratarse de vehículos para transportar productos incomestibles, la leyenda a utilizarse será:
TRANSPORTE DE SUBPRODUCTOS INCOMESTIBLES —— SENASA N° .....
donde se consignará el número de inscripción otorgado por el SERVICIO NACIONAL DE SANID CALIDAD AGROALIMENTARIA.

Escaneado con CamScanner

Ganun

N° 8121

LIBRETA SANITARIA



Empleador: **A QUIEN CORRESPONDA**
Apellido y Nombre: **MELOSSI OSCAR FABIAN**
DNI N°: **23.512.397**

Certifico que el mencionado ha cumplimentado lo normado en la resolución 2185/93 y la legislación vigente habiendo superado el examen físico, radiológico y bioquímico que corresponde, no presentando enfermedades infectocontagioso.

Dr. JORGE A. GANUN
Mat. Prov. 2126
Médico Especialista en Medicina del Trabajo

Ganun servicios médicos

Válido por un año
Fecha: **01 de Febrero del 2024**

Dr. JORGE A. GANUN
Director Médico

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

PAGO CONSOLIDADO

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES — PÓLIZA 0148187

Plan de pago consolidado:
Período facturado 03-12-2024 al 03-01-2025
*** Póliza: 12-0148187-0 Riesgo: A.P. PRESTACIONAL (último endoso facturado: 0)**

ASEGURADO: 2080344 MELOSSI OSCAR FABIAN

CUIT/CUIL: 20235123976 DNI: 23512397 Domicilio: RAMON CALDERON Nº 174 DTO 2
Localidad: LA CONSULTA Pcia: MENDOZA CP: 5567

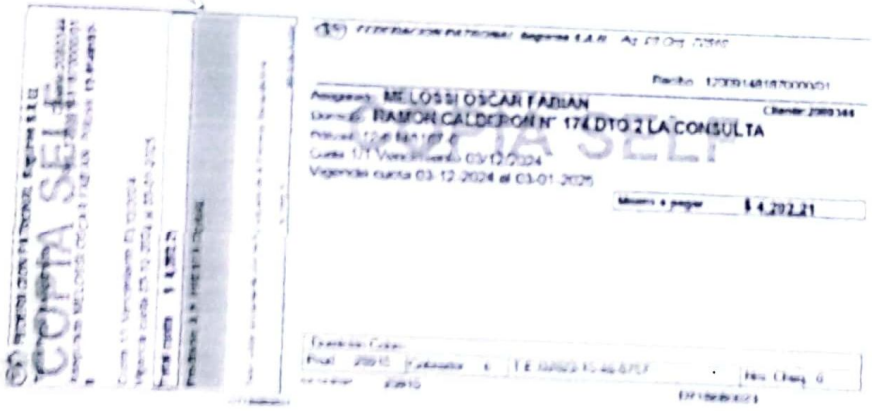
CUOTA Y VENCIMIENTO	MONEDA	MONTO CUOTA	SALDO CUOTA
Pago contado saldo facturado. Fecha límite pago 02-01-2025	PESOS		4,282.21
1/1 Vencimiento 03/12/2024.	*PESOS*	*4,282.21*	*4,282.21*

MEDIOS DE PAGO. Las cuotas de la presente póliza pueden ser abonadas con Pago Fácil, Rapipago, Provincia Net, Cobro Express, Pago Mis Cuentas, Pagos Link, Interbanking (Interpagos), VISA Pago Puntual o Servicios de Pago Mastercard. También puede solicitar la adhesión al servicio de cobro por DEBITO AUTOMATICO en tarjeta de crédito o CBU.

Las siguientes tablas contienen información útil que te servirá a la hora de abonar esta póliza:

PAGO ELECTRÓNICO	
Agente	Código de pago electrónico
Pago Mis Cuentas	2080344
Pagos Link	2080344
Visa Pago Puntual	120091481870000
Interbanking	2080344
Servicio de Pago Mastercard	2080344
Amex Pay	DNI 23512397

PAGO EN EFECTIVO	
Agente	Identificación
Cobro Express	DNI 23512397
Rapipago	DNI 23512397
Multipago	DNI 23512397
Pago Fácil	DNI 23512397
Provincia Net	DNI 23512397
Pronto Pago	DNI 23512397
Ripsa	DNI 23512397
Plus Pagos	DNI 23512397



*** SISTEMA SEPSA - PAGO FACIL ***
Montevideo 825 (C1019ABQ) Bs.As.
Comprobante de pago de:
FEDERACION PATRONAL
Av. La Plata 51 Nro 770 (1900) La Plata
N CUIT 33-70736658-9
0043 AJ1510 05/12/2024 11:10:09 716A22EF
12009148187 0000 $$$$$$$$$4282.21
BCU BCU FEDERACION PATRONAL
POLIZA N 0000-12-0091481 87 221-00
CONSULTE EL PAGO FACIL MAS CERCANO LLAMANDO AL
0800-444 3224 O INGRESANDO A www.pagofacil.com

VERIFIQUE QUE LOS DATOS CONTENIDOS EN ESTE COMPROBANTE SE CORRESPONDAN CON LOS QUE USTED HA EXPRESADO AL CAJERO DE CONFORMIDAD CON LA OPERATORIA QUE FEDERACION PATRONAL HA INFORMADO PARA ESTA MODALIDAD DE PAGO SIN FACTURA

13712009148187000000010004282210013122460

Presidencia de la Nación
Ministerio de Transporte

RTO

AUTENTICACION ELECTRONICA / AUTENTICAÇÃO ELETRONICA
3ST9VSYPq

Serie U

CERTIFICADO Nº 0207134

CERTIFICADO DE APTITUD TECNICA - CERTIFICADO DE APTITUDE TÉCNICA - CAT
CERTIFICADO DE REVISION TECNICA / CERTIFICADO DE REVIÇÃO TÉCNICA
CERTIFICADO DE INSPEÇÃO TÉCNICA VEICULAR=CITV
CERTIFICADO DE INSPECCION TECNICA VEHICULAR

VTP ☐ VTC ☒

Certifico que el vehículo identificado en el presente, cumple las exigencias establecidas en la Resolución GMC 75/97.
Certifico que o veículo identificado no presente, cumpre as exigencias estabelecidas na Resolução GMC 75/97.

01 TITULAR/ PROPIETÁRIO:	MELOSSI OSCAR FABIAN
02 RUT / CUIT / CNPJ / CPF:	CUIT 20235123976
03 DOMICILIO/ ENDEREÇO:	RAMON CALDERON 174
04 CIUDAD/ MUNICIPIO:	SAN CARLOS
05 CODIGO POSTAL/ CEP(*):	5569
06 TELEFONO/ TELEFONE:	262
07 E-MAIL/ E-MAIL(*):	-
08 DEPARTAMENTO / PROVINCIA / UF:	MENDOZA
09 MATRICULA / DOMINIO / PLACA:	AE577DU
10 REGISTRO / RENAVAM:	A925492
11 AÑO / ANO:	2021
12 CATEG. VEHICULO/ CATEGORIA VEÍCULO	N3
13 FECHA DE INSPECCION / DATA DE INSPEÇÃO:	07/03/2024
14 FECHA DE EMISION / DATA DE APROBAÇÃO:	07/03/2024
15 FECHA DE VENCIMIENTO / DATA DE VENCIMENTO:	07/03/2025
16 CENTRO DE REVISION TECNICA: NOME DO ORGÃO DE INSPEÇÃO:	REVISIONES TECNICAR S.A.
17 CODIGO CENTRO DE REVISION: CÓDIGO DO ORGÃO DE INSPEÇÃO:	080-024
18 RESPONSABLE TECNICO: RESPONSÁVEL TÉCNICO:	ING. CARLOS GABRIEL NEER
19 Nº DE REGISTRO/ Nº DE REGISTRO:	8582 CAT "A" (MENDOZA)

FIRMA RESP. TECNICO
ASSINATURA RESP. TECNICO

DIMENSIONES DEL VEHICULO / DIMENÇOES DO VEICULO

20 ALTURA / ALTURA:	3.20 m.
21 ANCHO / LARGURA:	2.60 m.
22 LARGO / COMPRIMENTO:	5.90 m.

CHASIS BASTIDOR/ CHASSI

23 MARCA / MARCA:	SCANIA
24 MODELO/ MODELO:	R450 A4X2
25 NUMERO/ NUMERO:	+9BSR4X200+ +M3979560+
26 CANTIDAD DE EJES/ QUANTIDADE DE EIXOS:	2
27 TIPO DE TREN / EJES / TIPO DE EIXO (*):	1S-1D
28 TARA / TARA (*):	-
29 PESO BRUTO TOTAL / PESO BRUTO TOTAL:	16500
30 CAPACIDAD / LOTAÇÃO (*):	-
31 CMT / CMT (*):	-

MOTOR / MOTOR

32 NUMERO / NÚMERO (*):	8369185
33 COMBUSTIBLE / COMBUSTIVEL (*):	GAS OIL
34 POTENCIA / POTENCIA(*):	-

PARA VEHICULOS DE PASAJEROS / PARA VEICULOS DE PASSAGEIROS

35 MARCA CARROCERIA/ MARCA CARROÇARIA:	-
36 CLASE DE SERVICIO/ CLASSE DE SERVIÇO:	-
37 TIPO/ TIPO:	-
38 CANTIDAD DE ASIENTOS / QUANTIDADE ASSENTOS:	-

PARA VEHICULOS DE CARGA/ PARA VEICULOS DE CARGA

39 CLASE DE CARGA/ CLASSE DA CARGA:	CF CI CTE CMG CPG CP
40 TIPO DE VEHICULO/ CLASSE DE VEICULO:	CAMIÓN TRACTOR
41 TIPO DE CAJA/ TIPO DE CAIXA:	TPE (PLATO DE ENGANCHE)

TACOGRAFO REGISTRADOR DE VELOCIDAD/REGISTRADOR DE VELOCIDADE

42 MARCA/ MARCA (*):	CONTINENTAL
43 NUMERO/ NÚMERO (*):	10214824

OBSERVACIONES / OBSERVAÇÕES:
Ficha RCM AITA Nº: 3081499
CAPACIDAD TOTAL DE COMBUSTIBLE: 1000.0

(*) Llenado no obligatorio / Item de preenchimento facultativo

ORIGINAL

CERODOSCEROSIETEUNOTRESCUATRO

REPÚBLICA ARGENTINA
CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN DE VEHÍCULOS
Dirección Nacional de los Registros Nacionales de la Propiedad del Automotor y de Créditos Prendarios

A 0 T 0 3 8 0 4

DOMINIO: AE577DU Original
MARCA: SCANIA
MODELO: R450 A4X2
TIPO: TRACTOR C/CABINA DORMITORIO
USO: PRIV.-TRAN. CARGA INTERJUR.
CHASIS: +9BSR4X200+ +M3979560+
MOTOR: 8369185
VENCE: -/-/-

Controle su cédula en www.dnrpa.gov.ar/controlecedula

Presidencia de la Nación

DNRPA

Apto

Sosa , Roberto Ariel

FIRMA DEL DIRECTOR TECNICO
Ing. Neer , Carlos Gabriel
Mat. Nº: 8582 CAT "A" (MENDOZA)

Página 1 de 1

Certificado: U-207134

Escaneado con CamScanner

AUTOMOTOR **IDENTIFICACION**

TITULAR: MELOSSI OSCAR FABIAN
DOC.: D.N.I. 23512397

DOMICILIO: RAMON CALDERON Nº: 174 Piso: – Depto.: --- LA CONSULTA SAN CARLOS MENDOZA

SAN PEDRO REGINATO
Encargado Sub orde
FIRMA

EXHIBIDA POR EL [illegible] TIENE VENCIMIENTO

Ministerio de
Justicia y Derechos Humanos
Presidencia de la Nación

DNRPA

Escaneado con CamScanner

Presidencia de la Nación
Ministerio de Transporte

RTO

AUTENTICACION ELECTRONICA / AUTENTICAÇÃO ELETRÔNICA
3rvVQQkbEv

Serie U

CERTIFICADO Nº 0207135

CERTIFICADO DE APTITUD TECNICA - CERTIFICADO DE APTITUDE TÉCNICA - CAT
CERTIFICADO DE REVISION TECNICA / CERTIFICADO DE REVIÇÃO TÉCNICA
CERTIFICADO DE INSPEÇÃO TÉCNICA VEICULAR=CITV
CERTIFICADO DE INSPECCION TECNICA VEHICULAR

VTP ☐ VTC X

Certifico que el vehículo identificado en el presente, cumple las exigencias establecidas en la Resolución GMC 75/97.
Certifico que o veículo identificado no presente, cumpre as exigencias estabelecidas na Resolução GMC 75/97.

01 TITULAR/ PROPIETÁRIO:	MELOSSI OSCAR FABIAN
02 RUT / CUIT / CNPJ / CPF:	CUIT 20235123976
03 DOMICILIO/ ENDEREÇO:	RAMON CALDERON 174
04 CIUDAD/ MUNICIPIO:	SAN CARLOS
05 CODIGO POSTAL/ CEP(*):	5569
06 TELEFONO/ TELEFONE:	262
07 E-MAIL/ E-MAIL(*):	-
08 DEPARTAMENTO / PROVINCIA / UF:	MENDOZA
09 MATRICULA / DOMINIO / PLACA:	JCZ040
10 REGISTRO / RENAVAM:	A128971
11 AÑO / ANO:	2010
12 CATEG. VEHICULO/ CATEGORIA VEÍCULO:	O4
13 FECHA DE INSPECCION / DATA DE INSPEÇÃO:	07/03/2024
14 FECHA DE EMISION / DATA DE APROBAÇÃO:	07/03/2024
15 FECHA DE VENCIMIENTO / DATA DE VENCIMENTO:	07/03/2025
16 CENTRO DE REVISION TECNICA: NOME DO ORGÃO DE INSPEÇÃO:	REVISIONES TECNICAR S.A.
17 CODIGO CENTRO DE REVISION: CÓDIGO DO ORGÃO DE INSPEÇÃO:	080-024
18 RESPONSABLE TECNICO: RESPONSÁVEL TÉCNICO:	ING. CARLOS GABRIEL NEER
19 Nº DE REGISTRO/ Nº DE REGISTRO:	8582 CAT "A" (MENDOZA)

FIRMA RESP. TECNICO
ASSINATURA RESP TECNICO

DIMENSIONES DEL VEHICULO / DIMENÇOES DO VEICULO

20 ALTURA / ALTURA:	2.70 m.
21 ANCHO / LARGURA:	2.60 m.
22 LARGO / COMPRIMENTO:	14.50 m.

CHASIS BASTIDOR/ CHASSI

23 MARCA / MARCA:	MALDONADO
24 MODELO/ MODELO:	SR-CA
25 NUMERO/ NUMERO:	8EMP1453SAA000132
26 CANTIDAD DE EJES/ QUANTIDADE DE EIXOS:	3
27 TIPO DE TREN / EJES / TIPO DE EIXO (*):	1D-2D
28 TARA / TARA (*):	-
29 PESO BRUTO TOTAL / PESO BRUTO TOTAL:	28500
30 CAPACIDAD / LOTAÇÃO (*):	-
31 CMT / CMT (*):	-

MOTOR / MOTOR

32 NUMERO / NÚMERO (*):	-
33 COMBUSTIBLE / COMBUSTÍVEL (*):	-
34 POTENCIA / POTÊNCIA(*):	-

PARA VEHICULOS DE PASAJEROS / PARA VEICULOS DE PASSAGEIROS

35 MARCA CARROCERIA/ MARCA CARROÇARIA:	-
36 CLASE DE SERVICIO/ CLASSE DE SERVIÇO:	-
37 TIPO/ TIPO:	-
38 CANTIDAD DE ASIENTOS / QUANTIDADE ASSENTOS:	-

PARA VEHICULOS DE CARGA/ PARA VEICULOS DE CARGA

39 CLASE DE CARGA/ CLASSE DA CARGA:	CP CF CMG CI CTE
40 TIPO DE VEHICULO/ CLASSE DE VEICULO:	SEMIRREMOLQUE
41 TIPO DE CAJA/ TIPO DE CAIXA:	CA-PC (CAJA ABIERTA - PORTACONTENEDOR)

TACOGRAFO REGISTRADOR DE VELOCIDAD/ REGISTRADOR DE VELOCIDADE

42 MARCA/ MARCA (*):	-
43 NUMERO/ NÚMERO (*):	-

OBSERVACIONES / OBSERVAÇÕES
Ficha RCM AITA Nº: 3081498
CAPACIDAD TOTAL DE COMBUSTIBLE: -

(*) Llenado no obligatorio / Item de preenchimento facultativo

ORIGINAL

CERODOSCEROSIETEUNOTRESCINCO

RTO RTO RTO RTO RTO RTO RTO RTO RTO



24b	Peso 2do eje	24c	Peso 3er eje	24d	Peso 4to eje	24e	Peso 5to eje
		2550 Kg		N/C		N/C	

Datos Complementarios

Firma del Director Técnico

QR

Nombre: Carlos Gabriel Neer

Matrícula: 8582

Digitized by the Internet Archive
in 2010
http://www.archive.org/details/cu31924026147447

Ministerio de Transporte
Presidencia de la Nación

RUTA Registro Único del Transporte Automotor

UTN UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA NACIONAL
CENT

CONSTANCIA DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

SERVICIO DE TRANSPORTE

Fecha de Emisión: 08/03/2024 **Vence: 08/03/2025** **Nº 107805096368**

La Secretaría de Gestión de Transporte de la Nación acredita la actualizacón de datos de:
DOMINIO: **AE577DU** , Tractor
Afectado a la empresa:
CUIT: **20235123976** **MELOSSI OSCAR FABIAN**
Categoría: Carga Propia (TCP), Carga Fraccionada (TCF), Carga Masiva o Granel (TCMG)

Para circular deberá presentar: Certificado R.U.T.A. y RTO al día.

ANA JIMENA BREGA
AUTORIZANTE Nº478
FADEEAC - C.R.I. 1078
FIRMA Y SELLO

CRI: 1078

BA Habilitación Cargas

Ministerio del Interior y Transporte
Presidencia de la Nación

RUTA Registro Único del Transporte Automotor

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA NACIONAL
CENT
CONSULTORA EJECUTIVA NACIONAL DE TRANSPORTE

SERIE A
Nº 925492

CERTIFICADO DE SERVICIO DE TRANSPORTE

Fecha de Alta: 29/01/2021
La Secretaría de Gestión de Transporte de la Nación acredita la siguiente inscripción:
CUIT: 20235123976 CRI: 1078
Razón Social: **MELOSSI OSCAR FABIAN**

Domicilio: **RAMON CALDERON NORTE 174**
Ciudad: **La Consulta** C.P.: **5567** Provincia: Mendoza
Categoría: Carga Fraccionada (TCF), Carga Propia (TCP), Carga Masiva o Granel (TCMG)

Dominio: **AE577DU** Tipo: **Tractor**
Marca: **SCANIA** Modelo: **R450 A4X2**

Los datos del presente Certificado son el fiel reflejo de la Declaración Jurada enviada por el Centro de Recepción.
Consultas a: http://ruta.cent.gov.ar
Tel: 011-5776-2600 interno: 1503

BA Habilitación Cargas

Gaston Emanuel Jaques
Secretario
Secretaría de Planificación de Transporte
Ministerio de Transporte

Ministerio de Transporte
Presidencia de la Nación

RUTA Registro Único del Transporte Automotor

UTN
UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA NACIONAL
CENI

CONSTANCIA DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

SERVICIO DE TRANSPORTE

Fecha de Emisión: 08/03/2024 **Vence: 08/03/2025** **Nº 107805096375**

La Secretaría de Gestión de Transporte de la Nación acredita la actualizacón de datos de:
DOMINIO: **JCZ040** , Semirremolque
Afectado a la empresa:
CUIT: **20235123976** **MELOSSI OSCAR FABIAN**
Categoría: Carga Propia (TCP), Carga Fraccionada (TCF), Carga Masiva o Granel (TCMG)

Para circular deberá presentar: Certificado R.U.T.A. y RTO al día.

ANA JIMENA BREGA
AUTORIZANTE Nº478
FADEEAC - C.R.I. 1073
FIRMA Y SELLO

CRI: 1078

BA
Habilitación Cargas

Ministerio del Interior y Transporte
Presidencia de la Nación

RUTA Registro Único del Transporte Automotor

UNIVERSIDAD TECNOLOGICA NACIONAL
CENI
CONSULTORA EJECUTIVA NACIONAL DE TRANSPORTE

CERTIFICADO

SERIE A
Nº 128971

Fecha de Emisión: 10/12/2013

La Secretaría de Transporte de la Nación a través del Ente Administrador R.U.T.A. - Universidad Tecnológica Nacional acredita que se ha realizado la inscripción correspondiente de los siguientes datos:

Expediente Número: **101200205786**
Centro de Recepión: **1012**
Razón Social: **MELOSSI OSCAR FABIAN**
C.U.I.T.: **20235123976**

Domicilio: **RAMON CALDERON NORTE 174**
Ciudad: **La Consulta (Mendoza - AR)** C.P.: **5567** Provincia: **Mendoza (AR)**

Vehículo Automotor Dominio: **JCZ040** Tipo: **Semirremolque**
Marca: **MALDONADO** Modelo: **SR-CA**

Los datos del presente Certificado son el fiel reflejo de la Declaración Jurada enviada por el Centro de Recepción.

Consultas a: http://ruta.cent.gov.ar

Dr. Leonardo E. Puia
PRESIDENTE R.U.T.A.

Escaneado con CamScanner

Banco Nación Agente Institorio — Nación Seguros Compañía Aseguradora

Constancia de Cobertura Definitivo

Lugar y Fecha: CAPITAL FEDERAL, 30/04/2024 — Cobertura al: 02/05/2024

Vigencia: desde las 12:00hs del 02/05/2024 hasta las 12:00hs del 02/05/2025

N° Certificado: 0 - 42034346 Item: 6 Póliza: 4 - 2306104

Asegurado: MELOSSI OSCAR FABIAN

Dirección: RAMON CALDERON 174

Localidad: LA CONSULTA CP:5567 Provincia: MENDOZA

Cond. IVA: IVA RESPONSABLE INSCRIPTO CUIT: 20235123976

Productor: 49746 - FILENI JOSE MARCELO - LA CONSULTA - BNA INTERIOR

Datos del vehículo

Marca: SCANIA

Año: 2021 Suma asegurada: $159.670.500,00

Tipo: CAMION

Dominio: AE577DU Motor: 8369185.

Modelo: R 450 A 4X2

Uso: COMERCIAL

Origen: Importado

Carroceria:

Chasis: +9BSR4X200++M3979560+

Accesorios

NO POSEE

Texto

NO POSEE

Datos de la cobertura

RESPONSABILIDAD CIVIL LIMITADA A PESOS 175.000.000,00.

COBERTURA C80 Responsabilidad Civil hacia terceros, Robo o Hurto Total y Parcial, Incendio Total y Parcial y Destrucción Total por Accidente con cláusula del 80%.

Vidrios laterales o cerraduras de puertas o baúl por intento de robo un único evento por vigencia de póliza.

Robo, Incendio Total y Parcial, y Daños Totales en paises limitrofes $ 159.670.500,00

Acreedor Prendario: BANCO DE LA NACION ARGENTINA

Fecha Emisión: 30/04/24

Pedido por: BENITEZ GABRIEL ANTONIO

Nota: La presente constancia no implica la renuncia a oponer la suspensión o caducidad de la cobertura por falta de pago del premio correspondiente de acuerdo a las respectivas condiciones generales de la póliza.

Martín Peña
Gerente de Suscripción Líneas Industriales

La firma facsimilar precedente se suscribe conforme a lo dispuesto por la Circular Nro 4462 de la Superintendencia de Seguros de la Nación

Escaneado con CamScanner

Nación Seguros

Constancia de Pago

Vigencia — Copia de póliza original 29/11/2024

Desde las 12:00 Hs	Hasta las 12:00 Hs	Término	Cliente	Sección	Póliza	Endoso
02/05/2024	02/05/2025	365 Días	714698/0 MELOSSI OSCAR FABIAN	AUTOMOTORES	2306104	0

Datos del asegurado

Nombre y Apellido /R. Social: MELOSSI OSCAR FABIAN
Domicilio: RAMON CALDERON 174
Localidad: LA CONSULTA — Provincia: MENDOZA
CUIT: 20235123976 — Condición de IVA: IVA RESPONSABLE INSCRIPTO

Constancia de Pago

CONSTANCIA DE PAGO – FORMA DE PAGO OPERATORIA BANCARIA
Póliza : 2306104 Asegurado : MELOSSI OSCAR FABIAN
Vigencia : 02/05/2024 02/05/2025
Vehículo : SCANIA R 450 A 4X2 año : 2021
Patente : AE577DU
Motor : 8369185. Chasis : +9BSR4X200++M3979560+
Premio : 2.517.541,65
Fecha del próximo vencimiento : 22/12/2024
BANCO DE LA NACION ARGENTINA : 0

Se otorga la presente constancia de la póliza arriba detallada, a pedido del asegurado para ser presentada ante quien corresponda, no presentando deuda exigible a la fecha, condicionado a la acreditación firme y definitiva de los fondos en Nación Seguros S.A.
IMPORTANTE: La emisión de la presente constancia no implica renunciar a oponer la suspensión o caducidad de la cobertura por condición de póliza.

Matías Peña
Gerente de Suscripción Líneas Industriales

Banco Nación Agente Institorio — Nación Seguros Compañía Aseguradora

Constancia de Cobertura Definitivo

Lugar y Fecha: CAPITAL FEDERAL, 30/04/2024 — Cobertura al: 02/05/2024

Vigencia: desde las 12:00hs del 02/05/2024 hasta las 12:00hs del 02/05/2025

N° Certificado: 0 - 42034342 Item: 2 Póliza: 4 - 2306104

Asegurado: MELOSSI OSCAR FABIAN

Dirección: RAMON CALDERON 174

Localidad: LA CONSULTA CP:5567 Provincia: MENDOZA

Cond. IVA: IVA RESPONSABLE INSCRIPTO CUIT: 20235123976

Productor: 49746 - FILENI JOSE MARCELO - LA CONSULTA - BNA INTERIOR

Datos del vehículo

Marca: SEMIRREMOLQUE — Modelo: SEMIRREMOLQUE

Año: 2010 Suma asegurada: $32.358.595,00 — Uso: COMERCIAL

Tipo: SEMIRREMOLQUE ---------- — Origen: Nacional

Dominio: JCZ048 Motor:N/C — Carroceria: CON CAJA PLAYA ----------

Chasis: 8EMP1453SAA000132

Accesorios

ACCESORIOS OPCIONALES (según detalle) : PESOS 2.830.714,00

RUEDA DE AUXILIO ADICIONAL (1 UNIDAD) - FATE PESOS 2.830.714,00

Texto

NO POSEE

Datos de la cobertura

RESPONSABILIDAD CIVIL LIMITADA A PESOS 175.000.000,00.

COBERTURA C80 Responsabilidad Civil hacia terceros, Robo o Hurto Total y Parcial, Incendio Total y Parcial y Destrucción Total por Accidente con cláusula del 80%.

Vidrios laterales o cerraduras de puertas o baúl por intento de robo un único evento por vigencia de póliza.

Robo, Incendio Total y Parcial, y Daños Totales en países limítrofes $ 35.169.503,00

Acreedor Prendario:

Fecha Emisión: 30/04/24

Pedido por: BENITEZ GABRIEL ANTONIO

Nota: La presente constancia no implica la renuncia a oponer la suspensión o caducidad de la cobertura por falta de pago del premio correspondiente de acuerdo a las respectivas condiciones generales de la póliza.

Martín Perla
Gerente de Suscripción Líneas Industriales

La firma facsimilar precedente se suscribe conforme a lo dispuesto por la Circular Nro 4462 de la Superintendencia de Seguros de la Nación

Nación Seguros

Constancia de Pago

Vigencia

Copia de póliza original 29/11/2024

Desde las 12:00 Hs	Hasta las 12:00 Hs	Término	Cliente	Sección	Póliza	Endoso
02/05/2024	02/05/2025	365 Días	714698/0 MELOSSI OSCAR FABIAN	AUTOMOTORES	2306104	0

Datos del asegurado

Nombre y Apellido /R. Social: MELOSSI OSCAR FABIAN
Domicilio: RAMON CALDERON 174
Localidad: LA CONSULTA
Provincia: MENDOZA
CUIT: 20235123976
Condición de IVA: IVA RESPONSABLE INSCRIPTO

Constancia de Pago

CONSTANCIA DE PAGO - FORMA DE PAGO OPERATORIA BANCARIA
Póliza : 2306104 Asegurado : MELOSSI OSCAR FABIAN
Vigencia : 02/05/2024 02/05/2025
Vehículo : SEMIRREMOLQUE SEMIRREMOLQUE año : 2010
Patente : JCZ040
Motor : N/C Chasis : 8EMP1453SAA000132
Premio : 588.693,73
Fecha del próximo vencimiento : 22/12/2024
BANCO DE LA NACION ARGENTINA : 0

Se otorga la presente constancia de la póliza arriba detallada, a pedido del asegurado para ser presentada ante quien corresponda, no presentando deuda exigible a la fecha, condicionado a la acreditación firme y definitiva de los fondos en Nación Seguros S.A.
IMPORTANTE: La emisión de la presente constancia no implica renunciar a oponer la suspensión o caducidad de la cobertura por condición de póliza.

Martín Perla
Gerente de Operación Líneas Masivas

LiNTI | LICENCIA NACIONAL DE TRANSPORTE INTERJURISDICCIONAL

Categoría



HABILITADA

Apellido

Nombre

Documento

SEGURIDAD VIAL

Ministerio de Transporte
Presidencia de la Nación

Editar datos de contacto

Vencimientos

en 249 días

Curso de Cargas generales

Vence el 11/08/2025

en 257 días

Examen psicofísico

Vence el 19/08/2025

Licencia de conducir

Recordá que la licencia de conducir para cargas generales y mercancías peligrosas debe ser de clase: B, C o E, y para transporte de pasajeros, clase D, siempre de acuerdo al porte de tu vehículo.
Al pulsar el botón "TRAMITA TU LICENCIA", estás afirmando mediante declaración jurada, poseer licencia de conducir vigente, acorde al porte de vehículo que requiera la categoría LINTI correspondiente a tu trámite.

Tramitá tu licencia

SEGURIDAD VIAL

Secretaría de Transporte
Ministerio de Economía

1. Ministerio de Economía
2. Transporte
3. Agencia Nacional de Seguridad Vial
4. LINTI

Tus datos personales



Apellidos: MELOSSI

Nombres: Oscar Fabian

D.N.I.: 23512397

C.U.I.L.: 20235123976

Licencia Nacional de Conducir

Mendoza - San Carlos



5. N° Licencia / *Licence N°*
23512397

9. Clases / *Class*
A1.4 E1 G1

1. Apellido / *Last name*
MELOSSI

2. Nombre / *First name*
OSCAR FABIAN

8. Domicilio / *Address*
RAMON CALDERON NRO: 174 SAN CARLOS LA CONSULTA, CP: 5567

3a. Fecha de Nac. / *Date of birth*
15 NOV 1973

7. Firma del titular / *Signature*

4a. Otorgamiento / *Date of issue*
2 FEB 2024

4b. Vencimiento / *Expires*
2 FEB 2025

SEGURIDAD VIAL

Ministerio de Transporte
República Argentina

Escaneado con CamScanner

A1.4	Motocicleta de cualquier cc o kw.
E1	Automotores con 1 o más remolques y/o articulaciones. Inc B y C
G1	Tractores agricolas.

Donante / *Donor:* NO Grupo y factor / *Blood type:* O+ Cuil: 20-23512397-6
Observaciones / *Observations:*
Telef. Emerg. 2622466641

LNC

OSIRIS MORALES

Responsable
responsible in charge

Escaneado con CamScanner

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

PAGO CONSOLIDADO

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PÓLIZA 9148187**

Plan de pago consolidado:
Período facturado 03-12-2024 al 03-01-2025
*** Póliza: 12-9148187-0 Riesgo: A.P. PRESTACIONAL (último endoso facturado: 0)**

ASEGURADO: 2080344 MELOSSI OSCAR FABIAN

CUIT/CUIL: 20235123976 DNI: 23512397 Domicilio: RAMON CALDERON N° 174 DTO 2
Localidad: LA CONSULTA Pcia: MENDOZA CP: 5567

CUOTA Y VENCIMIENTO	MONEDA	MONTO CUOTA	SALDO CUOTA
Pago contado saldo facturado. Fecha límite pago 02-01-2025	PESOS		4,282.21
1/1 Vencimiento 03/12/2024.	*PESOS*	*4,282.21*	*4,282.21*

MEDIOS DE PAGO. Las cuotas de la presente póliza pueden ser abonadas con Pago Fácil, Rapipago, Provincia Net, Cobro Express, Pago Mis Cuentas, Pagos Link, Interbanking (Interpagos), VISA Pago Puntual o Servicios de Pago Mastercard. También puede solicitar la adhesión al servicio de cobro por DEBITO AUTOMATICO en tarjeta de crédito o CBU.

Las siguientes tablas contienen información útil que te servirá a la hora de abonar esta póliza:

PAGO ELECTRÓNICO	
Agente	Código de pago electrónico
Pago Mis Cuentas	2080344
Pagos Link	2080344
Visa Pago Puntual	120091481870000
Interbanking	2080344
Servicio de Pago Mastercard	2080344
Amex Pay	DNI 23512397

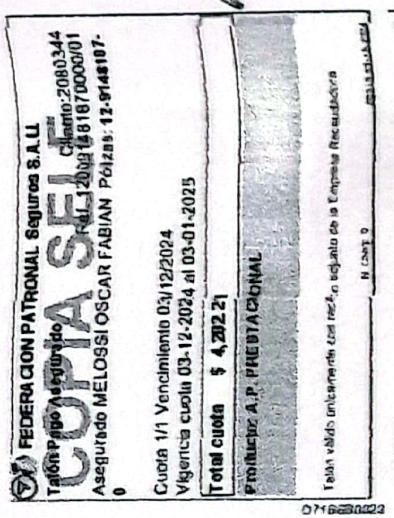
PAGO EN EFECTIVO	
Agente	Identificación
Cobro Express	DNI 23512397
Rapipago	DNI 23512397
Multipago	DNI 23512397
Pago Fácil	DNI 23512397
Provincia Net	DNI 23512397
Pronto Pago	DNI 23512397
Ripsa	DNI 23512397
Plus Pagos	DNI 23512397

SELF

Escaneado con CamScanner

irefox

fox



FEDERACION PATRONAL Seguros S.A.U.
Talón para el Asegurado
Cliente:2080344
Recibo 120091481870000/01
Asegurado MELOSSI OSCAR FABIAN Pólizas: 12-9148187-0
Cuota 1/1 Vencimiento 03/12/2024
Vigencia cuota 03-12-2024 al 03-01-2025
Total cuota $ 4,282.21
Producto: A.P. PREDETACIONAL
Talón válido únicamente con recibo adjunto de la Empresa Recaudadora
D718680023
COPIA SELF

FEDERACION PATRONAL Seguros S.A.U. Ag. 29 Crg. 72515

Recibo 120091481870000/01

Asegurado: MELOSSI OSCAR FABIAN
Cliente:2080344
Domicilio: RAMON CALDERON N° 174 DTO 2 LA CONSULTA
Pólizas: 12-9148187-0
Cuota 1/1 Vencimiento 03/12/2024
Vigencia cuota 03-12-2024 al 03-01-2025

COPIA SELF

Monto a pagar $ 4,282.21

Domicilio Cobro:				
Prod 25915	Cobrador 0	T.E.02622-15-46-5757		Nro. Cheq.: 0

03-12-2024 25915 D718680023

*** SISTEMA SEPSA - PAGO FACIL ***
Montevideo 825 (C1019ABQ) Bs.As.
Comprobante de pago de:
FEDERACION PATRONAL
Av. La Plata 51 Nro 770 (1900) La Plata
N CUIT 33-70736658-9
0043 A31510 05/12/2024 11:10:09 716A22EF
120091481870000 $$$$$$$$$4282,21
8CU 8CU FEDERACION PATRONAL
POLIZA N 0000-12-009148187-221-00
CONSULTE EL PAGO FACIL MAS CERCANO LLAMANDO AL
0800-444-3224 O INGRESANDO A www.e-pagofacil.com

VERIFIQUE QUE LOS DATOS CONTENIDOS EN ESTE COMPROBANTE SE CORRESPONDAN CON LOS QUE USTED HA EXPRESADO AL CAJERO DE CONFORMIDAD CON LA LEYENDA QUE FEDERACION PATRONAL HA INFORMADO PARA ESTA MODALIDAD DE PAGO SIN FACTURA

13712009146187000000010004282210013122460

Escaneado con CamScanner

ox

ITE

FEDERACION PATRONAL Seguros S.A.U.
Teléfono 0810-666-0000
Cliente 2080344
Recibo 120091481870000/01
Asegurado MELOSSI OSCAR FABIAN Póliza: 12-9148187-0
Cuota 1/1 Vencimiento 03/12/2024
Vigencia cuota 03-12-2024 al 03-01-2025
Total cuota $ 4,282.21
Productor: A.P. FEDERACION PATRONAL

COPIA SELF

FEDERACION PATRONAL Seguros S.A.U. Ag. 27 Org. 72515

Recibo 120091481870000/01

Asegurado: MELOSSI OSCAR FABIAN
Cliente:2080344
Domicilio: RAMON CALDERON N° 174 DTO 2 LA CONSULTA
Póliza: 12-9148187-0
Cuota 1/1 Vencimiento 03/12/2024
Vigencia cuota 03-12-2024 al 03-01-2025

COPIA SELF

Monto a pagar	$ 4,282.21

Domicilio Cobro:				
Prod 25915	Cobrador 0	T.E 02622-15-46-5757		Nro. Cheq.: 0

03-12-2024 25915 D71B6B0023

*** SISTEMA SEPSA - PAGO FACIL ***
Montevideo 825 (C1019ABQ) Bs.As.
Comprobante de pago de:
FEDERACION PATRONAL
Av. La Plata 51 Nro 770 (1900) La Plata
N CUIT 33-70736658-9
0043 A31510 05/12/2024 11:10:09 716A22EF
120091481870000 $$$$$$$$$4282,21
BCU BCU FEDERACION PATRONAL
POLIZA N 0000-12-009148187-221-00
CONSULTE EL PAGO FACIL MAS CERCANO LLAMANDO AL
0800-444-3224 O INGRESANDO A www.e-pagofacil.com

VERIFIQUE QUE LOS DATOS CONTENIDOS EN ESTE COMPROBANTE SE CORRESPONDAN CON LOS QUE USTED HA EXPRESADO AL CAJERO DE CONFORMIDAD CON LA OPERATORIA QUE FEDERACION PATRONAL HA INFORMADO PARA ESTA MODALIDAD DE PAGO SIN FACTURA

13712009146187000000010004282210013122460

solicitar la adhesión al servicio de cobro por DEBITO AUTOMATICO en tarjeta de crédito o CBU.
Las siguientes tablas contienen información útil que te servirá a la hora de abonar esta póliza:

Escaneado con CamScanner

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

PAGO CONSOLIDADO

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PÓLIZA 9148187**

Plan de pago consolidado:
Período facturado 03-12-2024 al 03-01-2025
*** Póliza: 12-9148187-0 Riesgo: A.P. PRESTACIONAL (último endoso facturado: 0)**

ASEGURADO: 2080344 MELOSSI OSCAR FABIAN

CUIT/CUIL: 20235123976 DNI: 23512397 Domicilio: RAMON CALDERON N° 174 DTO 2
Localidad: LA CONSULTA Pcia: MENDOZA CP: 5567

CUOTA Y VENCIMIENTO	MONEDA	MONTO CUOTA	SALDO CUOTA
Pago contado saldo facturado. Fecha límite pago 02-01-2025	PESOS		4,282.21
1/1 Vencimiento 03/12/2024.	*PESOS*	*4,282.21*	*4,282.21*

MEDIOS DE PAGO. Las cuotas de la presente póliza pueden ser abonadas con Pago Fácil, Rapipago, Provincia Net, Cobro Express, Pago Mis Cuentas, Pagos Link, Interbanking (Interpagos), VISA Pago Puntual o Servicios de Pago Mastercard. También puede solicitar la adhesión al servicio de cobro por DEBITO AUTOMATICO en tarjeta de crédito o CBU.

Las siguientes tablas contienen información útil que te servirá a la hora de abonar esta póliza:

PAGO ELECTRÓNICO	
Agente	Código de pago electrónico
Pago Mis Cuentas	2080344
Pagos Link	2080344
Visa Pago Puntual	120091481870000
Interbanking	2080344
Servicio de Pago Mastercard	2080344
Amex Pay	DNI 23512397

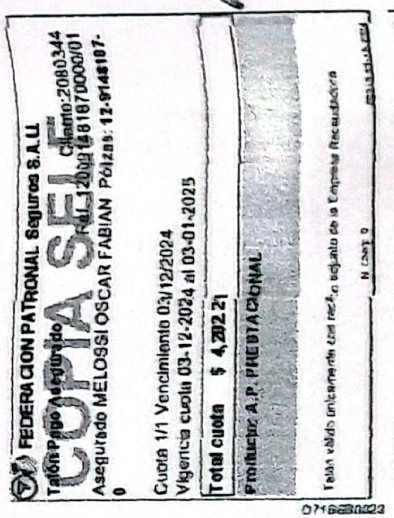
PAGO EN EFECTIVO	
Agente	Identificación
Cobro Express	DNI 23512397
Rapipago	DNI 23512397
Multipago	DNI 23512397
Pago Fácil	DNI 23512397
Provincia Net	DNI 23512397
Pronto Pago	DNI 23512397
Ripsa	DNI 23512397
Plus Pagos	DNI 23512397

SELF

Escaneado con CamScanner

irefox

fox



FEDERACION PATRONAL Seguros S.A.U.
Talón para el Asegurado
Cliente:2080344
Recibo 120091481870000/01
Asegurado MELOSSI OSCAR FABIAN Pólizas: 12-9148187-0
Cuota 1/1 Vencimiento 03/12/2024
Vigencia cuota 03-12-2024 al 03-01-2025
Total cuota $ 4,282.21
Producto: A.P. PREDETACIONAL
Talón válido únicamente con recibo adjunto de la Empresa Recaudadora
D718680023
COPIA SELF

FEDERACION PATRONAL Seguros S.A.U. Ag. 29 Crg. 72515

Recibo 120091481870000/01

Asegurado: MELOSSI OSCAR FABIAN
Cliente:2080344
Domicilio: RAMON CALDERON N° 174 DTO 2 LA CONSULTA
Pólizas: 12-9148187-0
Cuota 1/1 Vencimiento 03/12/2024
Vigencia cuota 03-12-2024 al 03-01-2025

COPIA SELF

Monto a pagar $ 4,282.21

Domicilio Cobro:				
Prod 25915	Cobrador 0	T.E.02622-15-46-5757		Nro. Cheq.: 0

03-12-2024 25915 D718680023

*** SISTEMA SEPSA - PAGO FACIL ***
Montevideo 825 (C1019ABQ) Bs.As.
Comprobante de pago de:
FEDERACION PATRONAL
Av. La Plata 51 Nro 770 (1900) La Plata
N CUIT 33-70736658-9
0043 A31510 05/12/2024 11:10:09 716A22EF
120091481870000 $$$$$$$$$4282,21
8CU 8CU FEDERACION PATRONAL
POLIZA N 0000-12-009148187-221-00
CONSULTE EL PAGO FACIL MAS CERCANO LLAMANDO AL
0800-444-3224 O INGRESANDO A www.e-pagofacil.com

VERIFIQUE QUE LOS DATOS CONTENIDOS EN ESTE COMPROBANTE SE CORRESPONDAN CON LOS QUE USTED HA EXPRESADO AL CAJERO DE CONFORMIDAD CON LA LEYENDA QUE FEDERACION PATRONAL HA INFORMADO PARA ESTA MODALIDAD DE PAGO SIN FACTURA

13712009146187000000010004282210013122460

Escaneado con CamScanner

ox

ITE

FEDERACION PATRONAL Seguros S.A.U.
Teléfono 0810-666-0000
Cliente 2080344
Recibo 120091481870000/01
Asegurado MELOSSI OSCAR FABIAN Póliza: 12-9148187-0
Cuota 1/1 Vencimiento 03/12/2024
Vigencia cuota 03-12-2024 al 03-01-2025
Total cuota $ 4,282.21
Productor: A.P. FEDERACION PATRONAL

COPIA SELF

FEDERACION PATRONAL Seguros S.A.U. Ag. 27 Org. 72515

Recibo 120091481870000/01

Asegurado: MELOSSI OSCAR FABIAN
Cliente:2080344
Domicilio: RAMON CALDERON N° 174 DTO 2 LA CONSULTA
Póliza: 12-9148187-0
Cuota 1/1 Vencimiento 03/12/2024
Vigencia cuota 03-12-2024 al 03-01-2025

COPIA SELF

Monto a pagar	$ 4,282.21

Domicilio Cobro:				
Prod 25915	Cobrador 0	T.E 02622-15-46-5757		Nro. Cheq.: 0

03-12-2024 25915 D71B6B0023

*** SISTEMA SEPSA - PAGO FACIL ***
Montevideo 825 (C1019ABQ) Bs.As.
Comprobante de pago de:
FEDERACION PATRONAL
Av. La Plata 51 Nro 770 (1900) La Plata
N CUIT 33-70736658-9
0043 A31510 05/12/2024 11:10:09 716A22EF
120091481870000 $$$$$$$$$4282,21
BCU BCU FEDERACION PATRONAL
POLIZA N 0000-12-009148187-221-00
CONSULTE EL PAGO FACIL MAS CERCANO LLAMANDO AL
0800-444-3224 O INGRESANDO A www.e-pagofacil.com

VERIFIQUE QUE LOS DATOS CONTENIDOS EN ESTE COMPROBANTE SE CORRESPONDAN CON LOS QUE USTED HA EXPRESADO AL CAJERO DE CONFORMIDAD CON LA OPERATORIA QUE FEDERACION PATRONAL HA INFORMADO PARA ESTA MODALIDAD DE PAGO SIN FACTURA

13712009146187000000010004282210013122460

solicitar la adhesión al servicio de cobro por DEBITO AUTOMATICO en tarjeta de crédito o CBU.
Las siguientes tablas contienen información útil que te servirá a la hora de abonar esta póliza:

Escaneado con CamScanner

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

PAGO CONSOLIDADO

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PÓLIZA 9148187**

Plan de pago consolidado:
Período facturado 03-12-2024 al 03-01-2025
*** Póliza: 12-9148187-0 Riesgo: A.P. PRESTACIONAL (último endoso facturado: 0)**

ASEGURADO: 2080344 MELOSSI OSCAR FABIAN

CUIT/CUIL: 20235123976 DNI: 23512397 Domicilio: RAMON CALDERON N° 174 DTO 2
Localidad: LA CONSULTA Pcia: MENDOZA CP: 5567

CUOTA Y VENCIMIENTO	MONEDA	MONTO CUOTA	SALDO CUOTA
Pago contado saldo facturado. Fecha límite pago 02-01-2025	PESOS		4,282.21
1/1 Vencimiento 03/12/2024.	*PESOS*	*4,282.21*	*4,282.21*

MEDIOS DE PAGO. Las cuotas de la presente póliza pueden ser abonadas con Pago Fácil, Rapipago, Provincia Net, Cobro Express, Pago Mis Cuentas, Pagos Link, Interbanking (Interpagos), VISA Pago Puntual o Servicios de Pago Mastercard. También puede solicitar la adhesión al servicio de cobro por DEBITO AUTOMATICO en tarjeta de crédito o CBU.

Las siguientes tablas contienen información útil que te servirá a la hora de abonar esta póliza:

PAGO ELECTRÓNICO	
Agente	Código de pago electrónico
Pago Mis Cuentas	2080344
Pagos Link	2080344
Visa Pago Puntual	120091481870000
Interbanking	2080344
Servicio de Pago Mastercard	2080344
Amex Pay	DNI 23512397

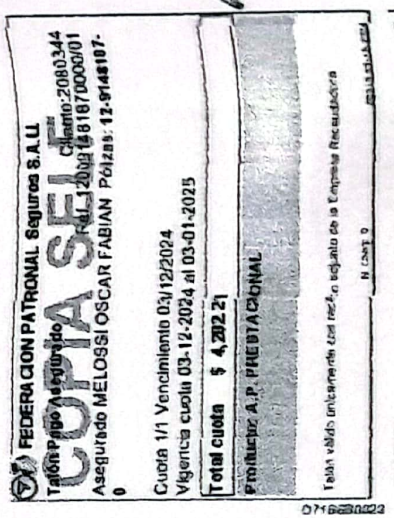
PAGO EN EFECTIVO	
Agente	Identificación
Cobro Express	DNI 23512397
Rapipago	DNI 23512397
Multipago	DNI 23512397
Pago Fácil	DNI 23512397
Provincia Net	DNI 23512397
Pronto Pago	DNI 23512397
Ripsa	DNI 23512397
Plus Pagos	DNI 23512397

SELF

Escaneado con CamScanner

irefox

fox



FEDERACION PATRONAL Seguros S.A.U.
Talón para el Asegurado
Cliente:2080344
Recibo 120091481870000/01
Asegurado MELOSSI OSCAR FABIAN Pólizas: 12-9148187-0
Cuota 1/1 Vencimiento 03/12/2024
Vigencia cuota 03-12-2024 al 03-01-2025
Total cuota $ 4,282.21
Producto: A.P. PREDETACIONAL
Talón válido únicamente con recibo adjunto de la Empresa Recaudadora
D718680023
COPIA SELF

FEDERACION PATRONAL Seguros S.A.U. Ag. 29 Crg. 72515

Recibo 120091481870000/01

Asegurado: MELOSSI OSCAR FABIAN
Cliente:2080344
Domicilio: RAMON CALDERON N° 174 DTO 2 LA CONSULTA
Pólizas: 12-9148187-0
Cuota 1/1 Vencimiento 03/12/2024
Vigencia cuota 03-12-2024 al 03-01-2025

COPIA SELF

Monto a pagar $ 4,282.21

Domicilio Cobro:				
Prod 25915	Cobrador 0	T.E.02622-15-46-5757		Nro. Cheq.: 0

03-12-2024 25915 D718680023

*** SISTEMA SEPSA - PAGO FACIL ***
Montevideo 825 (C1019ABQ) Bs.As.
Comprobante de pago de:
FEDERACION PATRONAL
Av. La Plata 51 Nro 770 (1900) La Plata
N CUIT 33-70736658-9
0043 A31510 05/12/2024 11:10:09 716A22EF
120091481870000 $$$$$$$$$4282,21
8CU 8CU FEDERACION PATRONAL
POLIZA N 0000-12-009148187-221-00
CONSULTE EL PAGO FACIL MAS CERCANO LLAMANDO AL
0800-444-3224 O INGRESANDO A www.e-pagofacil.com

VERIFIQUE QUE LOS DATOS CONTENIDOS EN ESTE COMPROBANTE SE CORRESPONDAN CON LOS QUE USTED HA EXPRESADO AL CAJERO DE CONFORMIDAD CON LA LEYENDA QUE FEDERACION PATRONAL HA INFORMADO PARA ESTA MODALIDAD DE PAGO SIN FACTURA

13712009146187000000010004282210013122460

Escaneado con CamScanner

ox

ITE

FEDERACION PATRONAL Seguros S.A.U.
Teléfono 0810-666-0000
Cliente 2080344
Recibo 120091481870000/01
Asegurado MELOSSI OSCAR FABIAN Póliza: 12-9148187-0
Cuota 1/1 Vencimiento 03/12/2024
Vigencia cuota 03-12-2024 al 03-01-2025
Total cuota $ 4,282.21
Productor: A.P. FEDERACION PATRONAL

COPIA SELF

FEDERACION PATRONAL Seguros S.A.U. Ag. 27 Org. 72515

Recibo 120091481870000/01

Asegurado: MELOSSI OSCAR FABIAN
Cliente:2080344
Domicilio: RAMON CALDERON N° 174 DTO 2 LA CONSULTA
Póliza: 12-9148187-0
Cuota 1/1 Vencimiento 03/12/2024
Vigencia cuota 03-12-2024 al 03-01-2025

COPIA SELF

Monto a pagar	$ 4,282.21

Domicilio Cobro:				
Prod 25915	Cobrador 0	T.E 02622-15-46-5757		Nro. Cheq.: 0

03-12-2024 25915 D71B6B0023

*** SISTEMA SEPSA - PAGO FACIL ***
Montevideo 825 (C1019ABQ) Bs.As.
Comprobante de pago de:
FEDERACION PATRONAL
Av. La Plata 51 Nro 770 (1900) La Plata
N CUIT 33-70736658-9
0043 A31510 05/12/2024 11:10:09 716A22EF
120091481870000 $$$$$$$$$4282,21
BCU BCU FEDERACION PATRONAL
POLIZA N 0000-12-009148187-221-00
CONSULTE EL PAGO FACIL MAS CERCANO LLAMANDO AL
0800-444-3224 O INGRESANDO A www.e-pagofacil.com

VERIFIQUE QUE LOS DATOS CONTENIDOS EN ESTE COMPROBANTE SE CORRESPONDAN CON LOS QUE USTED HA EXPRESADO AL CAJERO DE CONFORMIDAD CON LA OPERATORIA QUE FEDERACION PATRONAL HA INFORMADO PARA ESTA MODALIDAD DE PAGO SIN FACTURA

13712009146187000000010004282210013122460

solicitar la adhesión al servicio de cobro por DEBITO AUTOMATICO en tarjeta de crédito o CBU.
Las siguientes tablas contienen información útil que te servirá a la hora de abonar esta póliza:

Escaneado con CamScanner

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

PAGO CONSOLIDADO

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PÓLIZA 9148187**

Plan de pago consolidado:
Período facturado 03-12-2024 al 03-01-2025
*** Póliza: 12-9148187-0 Riesgo: A.P. PRESTACIONAL (último endoso facturado: 0)**

ASEGURADO: 2080344 MELOSSI OSCAR FABIAN

CUIT/CUIL: 20235123976 DNI: 23512397 Domicilio: RAMON CALDERON N° 174 DTO 2
Localidad: LA CONSULTA Pcia: MENDOZA CP: 5567

CUOTA Y VENCIMIENTO	MONEDA	MONTO CUOTA	SALDO CUOTA
Pago contado saldo facturado. Fecha límite pago 02-01-2025	PESOS		4,282.21
1/1 Vencimiento 03/12/2024.	*PESOS*	*4,282.21*	*4,282.21*

MEDIOS DE PAGO. Las cuotas de la presente póliza pueden ser abonadas con Pago Fácil, Rapipago, Provincia Net, Cobro Express, Pago Mis Cuentas, Pagos Link, Interbanking (Interpagos), VISA Pago Puntual o Servicios de Pago Mastercard. También puede solicitar la adhesión al servicio de cobro por DEBITO AUTOMATICO en tarjeta de crédito o CBU.

Las siguientes tablas contienen información útil que te servirá a la hora de abonar esta póliza:

PAGO ELECTRÓNICO	
Agente	Código de pago electrónico
Pago Mis Cuentas	2080344
Pagos Link	2080344
Visa Pago Puntual	120091481870000
Interbanking	2080344
Servicio de Pago Mastercard	2080344
Amex Pay	DNI 23512397

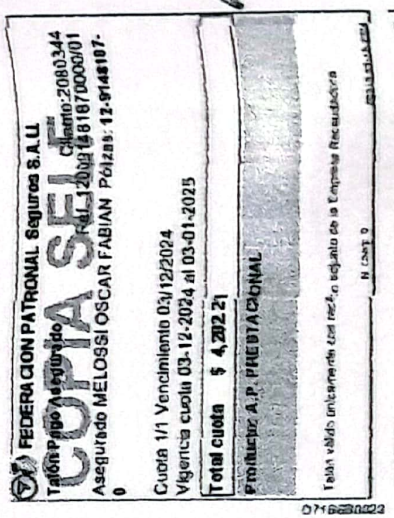
PAGO EN EFECTIVO	
Agente	Identificación
Cobro Express	DNI 23512397
Rapipago	DNI 23512397
Multipago	DNI 23512397
Pago Fácil	DNI 23512397
Provincia Net	DNI 23512397
Pronto Pago	DNI 23512397
Ripsa	DNI 23512397
Plus Pagos	DNI 23512397

SELF

Escaneado con CamScanner

irefox

fox



FEDERACION PATRONAL Seguros S.A.U.
Talón para el Asegurado
Cliente:2080344
Recibo 120091481870000/01
Asegurado MELOSSI OSCAR FABIAN Pólizas: 12-9148187-0
Cuota 1/1 Vencimiento 03/12/2024
Vigencia cuota 03-12-2024 al 03-01-2025
Total cuota $ 4,282.21
Producto: A.P. PREDETACIONAL
Talón válido únicamente con recibo adjunto de la Empresa Recaudadora
D718680023
COPIA SELF

FEDERACION PATRONAL Seguros S.A.U. Ag. 29 Crg. 72515

Recibo 120091481870000/01

Asegurado: MELOSSI OSCAR FABIAN
Cliente:2080344
Domicilio: RAMON CALDERON N° 174 DTO 2 LA CONSULTA
Pólizas: 12-9148187-0
Cuota 1/1 Vencimiento 03/12/2024
Vigencia cuota 03-12-2024 al 03-01-2025

COPIA SELF

Monto a pagar $ 4,282.21

Domicilio Cobro:				
Prod 25915	Cobrador 0	T.E.02622-15-46-5757		Nro. Cheq.: 0

03-12-2024 25915 D718680023

*** SISTEMA SEPSA - PAGO FACIL ***
Montevideo 825 (C1019ABQ) Bs.As.
Comprobante de pago de:
FEDERACION PATRONAL
Av. La Plata 51 Nro 770 (1900) La Plata
N CUIT 33-70736658-9
0043 A31510 05/12/2024 11:10:09 716A22EF
120091481870000 $$$$$$$$$4282,21
8CU 8CU FEDERACION PATRONAL
POLIZA N 0000-12-009148187-221-00
CONSULTE EL PAGO FACIL MAS CERCANO LLAMANDO AL
0800-444-3224 O INGRESANDO A www.e-pagofacil.com

VERIFIQUE QUE LOS DATOS CONTENIDOS EN ESTE COMPROBANTE SE CORRESPONDAN CON LOS QUE USTED HA EXPRESADO AL CAJERO DE CONFORMIDAD CON LA LEYENDA QUE FEDERACION PATRONAL HA INFORMADO PARA ESTA MODALIDAD DE PAGO SIN FACTURA

13712009146187000000010004282210013122460

Escaneado con CamScanner

ox

ITE

FEDERACION PATRONAL Seguros S.A.U.
Teléfono 0810-666-0000
Cliente 2080344
Recibo 120091481870000/01
Asegurado MELOSSI OSCAR FABIAN Póliza: 12-9148187-0
Cuota 1/1 Vencimiento 03/12/2024
Vigencia cuota 03-12-2024 al 03-01-2025
Total cuota $ 4,282.21
Productor: A.P. FEDERACION PATRONAL

COPIA SELF

FEDERACION PATRONAL Seguros S.A.U. Ag. 27 Org. 72515

Recibo 120091481870000/01

Asegurado: MELOSSI OSCAR FABIAN
Cliente:2080344
Domicilio: RAMON CALDERON N° 174 DTO 2 LA CONSULTA
Póliza: 12-9148187-0
Cuota 1/1 Vencimiento 03/12/2024
Vigencia cuota 03-12-2024 al 03-01-2025

COPIA SELF

Monto a pagar	$ 4,282.21

Domicilio Cobro:				
Prod 25915	Cobrador 0	T.E 02622-15-46-5757		Nro. Cheq.: 0

03-12-2024 25915 D71B6B0023

*** SISTEMA SEPSA - PAGO FACIL ***
Montevideo 825 (C1019ABQ) Bs.As.
Comprobante de pago de:
FEDERACION PATRONAL
Av. La Plata 51 Nro 770 (1900) La Plata
N CUIT 33-70736658-9
0043 A31510 05/12/2024 11:10:09 716A22EF
120091481870000 $$$$$$$$$4282,21
BCU BCU FEDERACION PATRONAL
POLIZA N 0000-12-009148187-221-00
CONSULTE EL PAGO FACIL MAS CERCANO LLAMANDO AL
0800-444-3224 O INGRESANDO A www.e-pagofacil.com

VERIFIQUE QUE LOS DATOS CONTENIDOS EN ESTE COMPROBANTE SE CORRESPONDAN CON LOS QUE USTED HA EXPRESADO AL CAJERO DE CONFORMIDAD CON LA OPERATORIA QUE FEDERACION PATRONAL HA INFORMADO PARA ESTA MODALIDAD DE PAGO SIN FACTURA

13712009146187000000010004282210013122460

solicitar la adhesión al servicio de cobro por DEBITO AUTOMATICO en tarjeta de crédito o CBU.
Las siguientes tablas contienen información útil que te servirá a la hora de abonar esta póliza:

Escaneado con CamScanner

PAGO CONSOLIDADO

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PÓLIZA** 9148187

Plan de pago consolidado:

Período facturado 03-12-2024 al 03-01-2025
*** Póliza: 12-9148187-0 Riesgo: A.P. PRESTACIONAL (último endoso facturado: 0)**

ASEGURADO: 2080344 MELOSSI OSCAR FABIAN

CUIT/CUIL: 20235123976 DNI: 23512397 Domicilio: RAMON CALDERON N* 174 DTO 2
Localidad: LA CONSULTA Pcia: MENDOZA CP: 5567

CUOTA Y VENCIMIENTO	MONEDA	MONTO CUOTA	SALDO CUOTA
Pago contado saldo facturado. Fecha límite pago 02-01-2025	PESOS		4,282.21
1/1 Vencimiento 03/12/2024.	PESOS	4,282.21	4,282.21

MEDIOS DE PAGO. Las cuotas de la presente póliza pueden ser abonadas con Pago Fácil, Rapipago, Provincia Net, Cobro Express, Pago Mis Cuentas, Pagos Link, Interbanking (Interpagos), VISA Pago Puntual o Servicios de Pago Mastercard. También puede solicitar la adhesión al servicio de cobro por DEBITO AUTOMATICO en tarjeta de crédito o CBU.

Las siguientes tablas contienen información útil que te servirá a la hora de abonar esta póliza:

PAGO ELECTRÓNICO

Agente	Código de pago electrónico
Pago Mis Cuentas	2080344
Pagos Link	2080344
Visa Pago Puntual	120091481870000
Interbanking	2080344
Servicio de Pago Mastercard	2080344
Amex Pay	DNI 23512397

PAGO EN EFECTIVO

Agente	Identificación
Cobro Express	DNI 23512397
Rapipago	DNI 23512397
Multipago	DNI 23512397
Pago Fácil	DNI 23512397
Provincia Net	DNI 23512397
Pronto Pago	DNI 23512397
Ripsa	DNI 23512397
Plus Pagos	DNI 23512397

– TIEMPO + CONCIENCIA

Autogestioná el pago de tus pólizas desde nuestra **WEB** o **APP**.
De esta manera no solo ganás mucho tiempo, sino que colaborás en el cuidado del medioambiente por el menor consumo de papel.

PAGO DIRECTO

Es fácil y rápido. Entrá desde la web ingresando a Acceso Asegurados desde **www.fedpat.com.ar** o desde la APP para smartphones **FedPat Móvil** y pagá tu seguro en sencillos pasos con tarjeta de débito o crédito. Además podrás consultar y descargar tu póliza, declarar y consultar siniestros y muchas cosas más.

PAGO ELECTRÓNICO

Pago Mis Cuentas, Pagos Link, Interbanking, Servicios de Pago Mastercard, Visa Pago Puntual, Amex Pay

PAGO POR DÉBITO AUTOMÁTICO

Adherite a través de las siguientes tarjetas:

PAGO EN EFECTIVO

Cobro Express, Rapipago, Pago Fácil, Provincia Net, Multipagos, Pronto Pago, Ripsa, Plus Pagos y Pago 24

DESCARGÁ LA APP FEDPAT MÓVIL

Descargá la APP en tu smartphone y tené al ALCANCE DE LA MANO toda la información de tus seguros.
Podrás pagar tus cuotas, declarar y consultar siniestros y muchas cosas más.

DISPONIBLE EN Google Play

0810-222-5588
www.fedpat.com.ar

fedpatoficial /fedpatoficial Federación Patronal Seguros Federación Patronal Seguros seguros@fedpat.com.ar

FRENTE DE PÓLIZA

Póliza impresa el dia 03-12-2024

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 9148187

Productor: 25915 GARCIA ANA LAURA Matrícula SSN: 83475 AG: 23

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 03-12-2024	Hasta 12:00 Hs. del 03-01-2025
Término (en días)	**Plan**
31	100 - PLAN BASICO
Endoso	**Lugar de emisión**
0	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
	03-12-2024

DATOS DEL TOMADOR / CONTRATANTE

NOMBRE MELOSSI OSCAR FABIAN
DOMICILIO RAMON CALDERON N* 174 DTO 2
LOCALIDAD LA CONSULTA
CÓDIGO POSTAL 5567
PROVINCIA MENDOZA
CONDICIÓN DE IVA INSCRIPTO
CUIT/DNI 20235123976 / 23512397
ASEGURADO NRO. 2080344

FEDERACIÓN PATRONAL SEGUROS S.A.U. Domicilio: Av. 51 n°770 - La Plata - CP B1900AWP - Pcia de Bs. As. - IVA-RESPONSABLE INSCRIPTO. Imp.S/Ing.Brutos:Conv.Mult.902-867191-2. Fecha Inicio de Actividad: 08/11/2000.

FEDERACIÓN PATRONAL SEGUROS S.A.U.,CUIT: 33-70736658-9 (en adelante "el Asegurador") asegura a la persona indicada anteriormente (en adelante "el Asegurado/Tomador"), bajo las condiciones de la presente póliza, que han sido convenidas para ser ejecutadas en buena fe, y de conformidad con la solicitud de seguro presentada por el Asegurado/Tomador, la que se declara parte integrante de este contrato

PLAN DE PAGO DEL ENDOSO

NÚMERO	VENCIMIENTO	IMPORTE
1/1	03-12-2024	$ 4,282.21
TOTAL:		**$ 4,282.21**

PERÍODO FACTURADO

03-12-2024	03-01-2025

Pago del Impuesto de sellos de $ 50.74 por declaración jurada.
Números de Inscripción:
33-70736658-9

LIQUIDACION DEL PREMIO

PRIMA $ 3,382.48			
I.V.A. $ 811.79	**SELLADO** $ 50.74	**OTROS IMP. Y TASAS** $ 37.20	
PREMIO DEL ENDOSO $ 4,282.21			
MONEDA CONTRATO PESOS	**TEA** 0.00%	**CARGO FINANCIERO** $ 0.00	

Si el texto de esta póliza difiriera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el Asegurado si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza (Art.12 de la ley de Seguros). Cuando se mencionen los vocablos "Asegurado" o "Tomador/Contratante" se considerará indistintamente según correspondan. Emitida en La Plata el 03 de Diciembre de 2024

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

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 0810-222-5588. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.fedpat.com.ar.
En caso de que existiera un reclamo ante la entidad aseguradora y que el mismo no haya sido resuelto o haya sido desestimado, total o parcialmente, o que haya sido denegada su admisión, podrá comunicarse con la Superintendencia de Seguros de la Nación por teléfono al 0800-666-8400 o por correo electrónico a consultas@ssn.gob.ar.

Para consultas o reclamos, comunicarse con FEDERACIÓN PATRONAL SEGUROS S.A.U, al teléfono 0810-222-5588

Diego Fernando Vallina
Gerente General

Esta póliza ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación mediante Proveído N 105153

SELF

FRENTE DE PÓLIZA - CONDICIONES PARTICULARES (CONTINUACIÓN)

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN	ACCIDENTES PERSONALES	PRODUCTO	A.P. PRESTACIONAL	PÓLIZA	9148187

CONDICIONES GENERALES COMUNES / ESPECIFICAS Y CLAUSULAS ADICIONALES QUE SE ANEXAN Y FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA PRESENTE POLIZA

I	I3	I8	A	A1	II	V	1
2	4	5	7	9	11	20	

RIESGOS CUBIERTOS (POR CERTIFICADO)	DATOS RELEVANTES
010 MUERTE ACCIDENTAL	SUMA ASEG. INDIVIDUAL
	$ 5,000,000.00
020 INVALIDEZ	SUMA ASEG. INDIVIDUAL
	$ 5,000,000.00
050 ASIST. MEDICA Y FARMACEUTICA SIN FRANQ.	SUMA ASEG. INDIVIDUAL
	$ 5,000,000.00
070 RENTA DIARIA POR INTERNACION - 30 DIAS	SUMA ASEG. INDIVIDUAL
	$ 30,000.00
080 GASTOS DE SEPELIO	SUMA ASEG. INDIVIDUAL
	$ 1,493,642.00

OCUPACION CHOFER DE CAMIONES

LIMITES DE EDADES: La edad límite para la suscripción de la póliza es de 70 años y la edad límite de permanencia es hasta los 71 años.

Queda entendido y convenido que la presente póliza además de cubrir la actividad descripta anteriormente; cubre las siguientes actividades: Servicio de transporte urbano de carga - Carga y Descarga.

LIMITE DE EDAD MÍNIMA: La edad límite mínima para la suscripción de la póliza es de 16 años.

AMBITO DE COBERTURA
Queda entendido y convenido que la presente póliza brinda cobertura en toda la Republica Argentina como así tambien en aquellos paises con los que el país mantiene relaciones diplomaticas, siempre que las personas nominadas se encuentren cumpliendo actividades relacionadas a la actividad descripta en póliza.

RENTA DIARIA POR INTERNACIÓN: Se establece un plazo de espera de 3 días. Período máximo de cobertura treinta (30) días, abonandose desde el primero superado el plazo de espera.

USO MOTOCICLETAS IN ITINERE: Contrariamente a lo mencionado en el Inciso o) de las Exclusiones de las Condiciones Generales Comunes-Cláusula 6 de la presente póliza se autoriza el uso de motocicletas para el riesgo in itinere entendiendosé el mismo cuando ocurra en el trayecto directo e inmediato entre el lugar donde el asegurado desempeña su actividad y su domicilio particular; siempre y cuando el asegurado no hubiera alterado o interrumpido dicho trayecto por razones ajenas al trabajo.

EN CASO DE ACCIDENTE COMUNICARSE CON NUESTRO DE CENTRO DE ASISTENCIA PRESTACIONAL AL TELEFONO 0800-222-3123
La cobertura de asistencia médica de este seguro es de carácter prestacional, de conformidad con las definiciones establecidas en las "Condiciones Específicas Cobertura de Servicios Médicos (5)". No obstante el asegurado puede requerir la atención de un Prestador Médico no incluido en el listado, en cuyo caso serán válidas las definiciones establecidas en las "Condiciones Específicas Cobertura de Reembolso de Gastos Médicos (4)", estas modalidades de atención son excluyentes entre sí.

PROTESIS BUCODENTALES:
Queda entendido y convenido que contrariamente a lo establecido en las Cláusula 5 de las Condiciones Específicas, este seguro cubre el reembolso de gastos por prótesis bucodentales con el fin de cumplir una función supletoria de aquella parte del cuerpo afectada como consecuencia inmediata de un accidente.

ACCIDENTES PUNZOCORTANTES / SEROLOGICOS:
Queda entendido y convenido que contrariamente a lo establecido en el Anexo I, Punto u), de las Condiciones Generales Comunes-Exclusiones, la presente póliza ampara en forma excepcional y solamente para la cobertura de Asistencia Médico -Farmaceutica, los análisis de serología de HIV-SIDA y HEPATITIS B, y el eventual tratamiento antirretroviral en profilaxis posterior al episodio llevados a cabo por la autoridad médica que a tal efecto designe esta aseguradora. La atención se dará durante las 24 horas mediante el llamado al siguiente teléfono: 0800-222-3123.

LUMBALGIAS
Contrariamente a lo establecido en el punto iii. del inc. d) de la Cláusula 2 - Definiciones -, se establece que esta póliza cubre lumbalgias cuando se produzcan como consecuencia directa e inmediata de un accidente.

ESTADO DE EBRIEDAD / ABUSO DE ALCOHOL
(Aplicable cuando el asegurado conduzca un vehículo automotor)
Debe interpretarse que una persona se encuentra en estado de ebriedad si conduciendo un vehículo se niega a practicarse el examen de alcoholemia (u otro que corresponda), o cuando habiéndose practicado éste arroje un resultado igual o superior a un gramo de alcohol por 1.000 gramos de sangre al momento del accidente. A los fines de su comprobación queda establecido que la cantidad de alcohol en la sangre de una persona desciende a razón de 0,11 gramos por 1.000 cada hora.

ACTOS NOTORIAMENTE PELIGROSOS
Se deja establecido que además de los comúnmente aceptados, debe entenderse como hecho notoriamente peligroso o riesgoso, y por ende contemplado dentro del Anexo I (Riesgos No cubiertos / Exclusiones a la Cobertura), todo siniestro del asegurado que se produjera al estar como conductor ó acompañante de un vehículo en el que el conductor no posea registro vigente otorgado por autoridad competente que lo habilite a desempeñar dicha función.

Sr. Tomador / Contratante del Seguro: Le informamos que si Ud. desea una copia por medio magnético de los Certificados Individuales de Incorporación a la Cobertura (conforme a lo establecido en el Art. 6 de la Resolución General N 24.697 de la SSN), puede solicitarla a seguros@fedpat.com.ar especificando el contratante y número de póliza.

FRENTE DE PÓLIZA - CONDICIONES PARTICULARES (CONTINUACIÓN)

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN	ACCIDENTES PERSONALES	PRODUCTO	A.P. PRESTACIONAL	PÓLIZA	9148187

Cantidad de asegurados vigentes: 1
IMPORTANTE: Ver el detalle de los asegurados con sus coberturas y sumas aseguradas en el ANEXO A LAS CONDICIONES DE POLIZA - NOMINA

CLAUSULA BENEFICIARIO Y NO REPETICION

El presente seguro cubre los accidentes que sufran los asegurados indicados en las Condiciones Particulares de póliza y por las indemnizaciones especificadas en la misma mientras permanezcan al servicio de las personas o empresas que se mencionan en el detalle por certificado o mientras éstas tengan un interés económico lícito sobre su vida o salud.
Se instituye beneficiario en primer término a éstas personas o empresas que se mencionan en el detalle por certificado, con preeminencia sobre los restantes beneficiarios, que conservaran su derecho solo sobre el saldo de la prestación:
a) por el monto que resultase de cualquier responsabilidad civil o legal que tuviera que asumir, con motivo de accidentes cubiertos por la póliza que sufrieran los asegurados.
b) por el monto del perjuicio concreto resultante de un interés económico lícito que demostrara con respecto a la vida o salud de los asegurados, cuando estos sufrieran accidentes cubiertos por el contrato.
Previa citación a las mismas para que en el término de tres días invoquen su derecho al cobro preferente conforme con los términos anteriores, el pago del saldo de las prestaciones se harán directamente a los asegurados o beneficiarios que justifiquen sus derechos. En caso de desacuerdo entre los interesados se consignará judicialmente el importe.
Esta Aseguradora se obliga a mantener indemnes a las personas o empresas mencionadas dentro de los alcances previstos en la presente póliza, renunciando a ejercer la acción de repetición y en consecuencia no se subrogará en los derechos del asegurado y/o tercero reclamante y no accionará contra las mismas, y/o sus directores, y/o empleados

Empresa: R P B SOCIEDAD ANONIMA - cuit: 30663137375
CUIP:
0726201002000000000000000000091481870000000000099202351239766-10000083475200000017080700 76

En caso de siniestro, la falta de presentación de la información y/o documentación solicitada en la Resolución Nº 28/2018 de la Unidad de Información Financiera (U.I.F.), no obstará al pago correspondiente, si obrara en poder de la aseguradora la documentación requerida por la legislación aplicable en materia de seguros, sin perjuicio de la responsabilidad del Sujeto Obligado de evaluar adecuadamente esa falta de presentación de información y/o documentación, a la luz de la normativa aplicable en materia de prevención de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

*****El Asegurado o Tomador puede solicitar en cualquier momento a la Aseguradora un ejemplar en original de la presente documentación*****

ANEXO I - EXCLUSIONES

Condiciones Generales Comunes - Cláusula 6: Exclusiones

Quedan excluidos de la cobertura que otorga la Póliza los daños sufridos por el Asegurado que sean consecuencia inmediata o mediata de:
a) Accidentes que no encuadren dentro de la definición de "Accidente" incorporada en la Cláusula 2, inciso d), de las presentes Condiciones Generales Comunes, o cualquier otra definición de Accidente que la reemplace en esta Póliza.
b) Enfermedades de cualquier naturaleza inclusive las originadas por la picadura de insectos, salvo lo especificado en la Cláusula 2, inciso d), de las presentes Condiciones Generales Comunes, o en cualquier otra definición de Accidente que la reemplace en esta Póliza.
c) Acción de los rayos "x" y similares, y de cualquier elemento radioactivo u originadas en reacciones nucleares.
d) lesiones imputables a esfuerzo, salvo los casos contemplados en la Cláusula 2, inciso d), de las presentes Condiciones Generales Comunes, o en cualquier otra definición de Accidente que la reemplace en esta Póliza.
e) Insolación; quemaduras por rayos solares, enfriamiento y demás efectos de las condiciones atmosféricas o ambientales.
f) Psicopatías o enfermedades psiquiátricas transitorias o permanentes, excepto que las mismas provengan de estrés post-traumático o de reacciones vivenciales reactivas de un Accidente cubierto sufrido por el Asegurado.
g) Operaciones quirúrgicas o tratamientos, salvo que sobrevengan como consecuencia inmediata de un Accidente cubierto o del tratamiento de las lesiones por él producidas.
h) Accidentes que el Asegurado y/o Beneficiario provoquen -por acción u omisión- dolosamente o con culpa grave o el Asegurado 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.
i) Suicidio; pactos o acuerdos de suicidio.
j) Lesiones autoinflingidas, aún cuando sean cometidas en estado de enajenación mental.
k) Accidentes causados por vértigos, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que ocurran por estado de enajenación mental, salvo que tales trastornos sean consecuencia inmediata de un Accidente cubierto, tal como se lo define en la Cláusula 2, inciso d), de las presentes Condiciones Generales Comunes, o en cualquier otra definición de Accidente que la reemplace en esta Póliza.
l) Estado de ebriedad o por estar el Asegurado bajo la influencia de estupefacientes o alcaloides.
m) 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.
n) Accidentes derivados de la navegación aérea no realizada en líneas de transporte aéreo regular, salvo acuerdo en contrario.
o) Accidentes derivados del uso de motocicletas y vehículos similares, salvo acuerdo en contrario.
p) Accidentes derivados de la práctica de deportes que no sean los enumerados en el punto v), inciso d) de Cláusula 2 de las presentes Condiciones Generales Comunes o en cualquier otra definición de Accidente que la reemplace en esta Póliza, o en condiciones distintas a las allí enunciadas.
q) Accidentes derivados de la realización de trabajos en altura superiores a los 6 (seis) metros, salvo acuerdo en contrario.
r) Todo y cualquier acto o hecho de guerra, de guerra civil, de guerrillas, de rebelión, insurrección o revolución, de conmoción civil o de terrorismo.
s) Todo y cualquier acto o hecho de sedición, motín, tumulto popular, vandalismo, huelga o lock-out, cuando el Asegurado participe como elemento activo.
t) 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 los incisos r) a t) se presume que son consecuencia de los mismos, salvo prueba en contrario del Asegurado y/o Beneficiario.

Condiciones Generales Específicas - Accidentes de Tránsito Terrestre - Cláusula 3: Exclusiones

A las exclusiones previstas en la Cláusula 6 de las Condiciones Generales Comunes y las previstas en las correspondientes Condiciones Específicas, se agregan a efectos de la presente, las siguientes exclusiones:

a) Los Accidentes causados por el Asegurado como conductor cuando este:
i) Careciera de registro para conducir;
ii) Infringiera temerariamente disposiciones esenciales del reglamento de tránsito, tales como exceso de velocidad, tránsito por vías prohibidas o a contramano;
iii) Violara la prioridad de paso;
iv) Transportara en el vehículo un número de personas superior al autorizado;
v) No cumpliera cualquier disposición de tránsito emanada de autoridad competente.
b) Los Accidentes ocurridos al Asegurado mientras viaje como pasajero en otros medios de transporte distintos a los indicados en la Cláusula 1 de estas Condiciones Generales Específicas.

Condiciones Específicas ¿ Cobertura de Reembolso de Gastos por Prótesis y Órtesis - Cláusula 5: Exclusiones

A las exclusiones previstas en la Cláusula 6 de las Condiciones Generales Comunes, se agregan a efectos de la presente cobertura las siguientes:
a) Prótesis u Órtesis que no se encuentren expresamente detalladas en el en el Listado de Prótesis y Órtesis adjunto a la presente.
b) Prótesis utilizadas con fines estéticos.
c) Prótesis bucodentales.
d) Prótesis miogénicas o bioeléctricas.
e) Renovaciones de Prótesis u Órtesis del Asegurado preexistentes al comienzo de la presente cobertura.
f) Prótesis u Órtesis que sean reembolsables al Asegurado por una Obra Social y/o sistema de medicina privada al que se encuentre afiliado el Asegurado.

ANEXO A - CONDICIONES GENERALES COMUNES

Cláusula 1: Ley de las partes contratantes - Estructura de la Póliza

Las partes contratantes se someten a las disposiciones de la Ley de Seguros Nº 17.418 y a las de la presente Póliza que la complementan o modifican, cuando ello es admisible.
Esta Póliza consta de Condiciones Generales Comunes, Condiciones Generales Específicas, Condiciones Específicas, Cláusulas Adicionales y Condiciones Particulares.
En caso de discordancia, las mismas regirán en el siguiente orden de prelación:
a) Condiciones Particulares
b) Cláusulas Adicionales
c) Condiciones Específicas
d) Condiciones Generales Específicas
e) Condiciones Generales Comunes

Cláusula 2: Definiciones

A los fines de la presente Póliza los términos que se indican a continuación tendrán exclusivamente los siguientes significados y alcances:

a) Póliza: es el documento emitido por el Asegurador que instrumenta el contrato de seguro suscripto por el Tomador y en el que se establecen las condiciones, riesgos cubiertos, límites, alcances y exclusiones del seguro. Forman también parte de la misma todos los formularios, suplementos y endosos relacionados con el presente seguro.
b) Asegurador: Federación Patronal Seguros S.A.U.
c) Beneficiario: es aquella persona designada por el Asegurado, a quien el Asegurador debe abonar las prestaciones previstas en la Póliza para el caso de Muerte del Asegurado o, a falta de designación, sus herederos legales.
d) Accidente: Se entiende por Accidente toda lesión corporal que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta, sufrida por el Asegurado independientemente de su voluntad, por la acción repentina y violenta de o con un agente externo.
Se considera también Accidente a:
i) La asfixia o intoxicación por vapores o gases; la asfixia por inmersión u obstrucción en el aparato respiratorio que no provenga de una enfermedad; la intoxicación o envenenamiento por ingestión de sustancias tóxicas o alimentos en mal estado consumidos en lugares públicos o adquiridos en mal estado.
ii) Las quemaduras de todo tipo producidas por cualquier agente, salvo lo dispuesto en la Cláusula 6 de las presentes Condiciones Generales.
iii) El carbunclo, tétanos u otras infecciones microbianas o intoxicaciones cuando sean de origen traumático; rabia, luxaciones articulares y distensiones, dilaceraciones y roturas musculares, tendinosas y viscerales (excepto lumbalgia, várices y hernias) causadas por esfuerzo repentino y evidentes al diagnóstico.
Salvo las exclusiones establecidas en la Cláusula 6 de las presentes Condiciones Generales, el seguro también cubre:
iv) Los Accidentes que puedan ocurrir al Asegurado, ya sea en el ejercicio de su profesión declarada o mientras se halle prestando servicio militar en tiempo de paz, en su vida particular, o mientras se encuentre circulando o viajando en vehículo particular o público, terrestre o acuático, propio o ajeno, conduciéndolo o no, o en líneas de transporte aéreo regular.
v) Los Accidentes que puedan ocurrir al Asegurado durante la participación y/o práctica de los siguientes deportes y/o entretenimientos: 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, gimnasia, golf, handball, hockey sobre césped, natación, paddle, patinaje, pelota a paleta, pelota al cesto, pesca (salvo en altamar), remo, squash, tenis, tiro (en polígonos habilitados), volleyball y waterpolo.
vi) Los Accidentes que puedan ocurrir al Asegurado durante su tránsito o permanencia en el extranjero, salvo en aquellos países que no mantengan relaciones diplomáticas con la República Argentina.
e) Suma Asegurada: es el límite máximo de la indemnización que se establecerá en las Condiciones Particulares para cada cobertura que se otorgue por la presente Póliza y que el Asegurador abonará en caso de ocurrencia de alguno de los riesgos previstos en las Condiciones Específicas y Adicionales anexas a esta Póliza, como consecuencia de un Accidente (o varios) ocurrido durante el período de vigencia del seguro. Se estipulará una Suma Asegurada para cada riesgo cubierto por la Póliza.

Cláusula 3: Personas Asegurables

Se consideran asegurables las personas físicas que cumplan con los siguientes requisitos:
a) Edad: estén comprendidas entre la edad mínima y máxima de incorporación al seguro establecidas en las Condiciones Particulares de esta Póliza.
b) Requisitos de asegurabilidad: cumplimenten a satisfacción del Asegurador los requisitos de asegurabilidad establecidos en la Póliza.

Cláusula 4: Personas No Asegurables

Anulada según Resolución Nº 37.270 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.

Cláusula 5: Objeto del Seguro

El Asegurador se compromete al pago de las indemnizaciones estipuladas en la Póliza, en el caso de que la persona designada como Asegurado sufra durante el período de vigencia del seguro algún Accidente que fuere la causa originaria de alguno de los riesgos cubiertos establecidos en las Condiciones Específicas anexas a esta Póliza y siempre que las consecuencias del Accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha del mismo.

Cláusula 6: Exclusiones

Quedan excluidos de la cobertura que otorga la Póliza los daños sufridos por el Asegurado que sean consecuencia inmediata o mediata de:
a) Accidentes que no encuadren dentro de la definición de "Accidente" incorporada en la Cláusula 2, inciso d), de las presentes Condiciones Generales Comunes, o cualquier otra definición de Accidente que la reemplace en esta Póliza.
b) enfermedades de cualquier naturaleza inclusive las originadas por la picadura de insectos, salvo lo especificado en la Cláusula 2, inciso d), de las presentes Condiciones Generales Comunes, o en cualquier otra definición de Accidente que la reemplace en esta Póliza.
c) acción de los rayos "x" y similares, y de cualquier elemento radioactivo u originadas en reacciones nucleares.
d) lesiones imputables a esfuerzo, salvo los casos contemplados en la Cláusula 2, inciso d), de las presentes Condiciones Generales Comunes, o en cualquier otra definición de Accidente que la reemplace en esta Póliza.
e) insolación; quemaduras por rayos solares, enfriamiento y demás efectos de las condiciones atmosféricas o ambientales.
f) psicopatías o enfermedades psiquiátricas transitorias o permanentes, excepto que las mismas provengan de estrés post-traumático o de reacciones vivenciales reactivas de un Accidente cubierto sufrido por el Asegurado.
g) operaciones quirúrgicas o tratamientos, salvo que sobrevengan como consecuencia inmediata de un Accidente cubierto o del tratamiento de las lesiones por él producidas.
h) Accidentes que el Asegurado y/o Beneficiario provoquen ¿por acción u omisión- dolosamente o con culpa grave o el Asegurado 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.
i) suicidio; pactos o acuerdos de suicidio.
j) lesiones autoinflingidas, aún cuando sean cometidas en estado de enajenación mental.
k) Accidentes causados por vértigos, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que ocurran por estado de enajenación mental, salvo que tales trastornos sean consecuencia inmediata de un Accidente cubierto, tal como se lo define en la Cláusula 2, inciso d), de las presentes Condiciones Generales Comunes, o en cualquier otra definición de Accidente que la reemplace en esta Póliza.
l) estado de ebriedad o por estar el Asegurado bajo la influencia de estupefacientes o alcaloides.
m) 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.
n) Accidentes derivados de la navegación aérea no realizada en líneas de transporte aéreo regular, salvo acuerdo en contrario.
o) Accidentes derivados del uso de motocicletas y vehículos similares, salvo acuerdo en contrario.
p) Accidentes derivados de la práctica de deportes que no sean los enumerados en el punto v), inciso d) de Cláusula 2 de las presentes Condiciones Generales Comunes o en cualquier otra definición de Accidente que la reemplace en esta Póliza, o en condiciones distintas a las allí enunciadas.
q) Accidentes derivados de la realización de trabajos en altura superiores a los 6 (seis) metros, salvo acuerdo en contrario.
r) Todo y cualquier acto o hecho de guerra, de guerra civil, de guerrillas, de rebelión, insurrección o revolución, de conmoción civil o de terrorismo.
s) Todo y cualquier acto o hecho de sedición, motín, tumulto popular, vandalismo, huelga o lock-out, cuando el Asegurado participe como elemento activo.
t) 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 los incisos r) a t) se presume que son consecuencia de los mismos, salvo prueba en contrario del Asegurado y/o Beneficiario.

Cláusula 7: Pago del Premio

El premio correspondiente deberá ser abonado al Asegurador a través de alguno de los medios de pago estipulados en las Condiciones Particulares.

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

Cláusula 8: Primas del Seguro: Modificación

En caso de pactarse expresamente en la referida Cláusula de Cobranza del Premio la renovación automática de la presente póliza, las primas podrán ser ajustadas en cada vencimiento previo a la renovación de la póliza por el Asegurador con el objeto de adecuar la prima al verdadero estado del riesgo, sobre la base de la información que a tales efectos se requerirá al Tomador.

El Asegurador comunicará por escrito al Tomador las nuevas primas resultantes con una anticipación no inferior a treinta (30) días del vencimiento de la vigencia de la póliza a renovar.

La diferencia se considerará aprobada y la renovación aceptada por el Tomador si no reclama dentro de los treinta (30) días de haber recibido dicha comunicación.

Cláusula 9: Designación de Beneficiario

La designación de Beneficiario se hará por escrito y es válida aunque se notifique al Asegurador después del evento previsto.

Designadas varias personas sin indicación de proporciones, 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 fijan proporciones, 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 legales (Arts. 145 y 146 - L. de S.).

Cláusula 10: Cambio de Beneficiario

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 de Beneficiario.

En caso de imposibilidad de abonar el seguro por duda sobre la designación o cambio de Beneficiario o en cuanto a los herederos legales, el Asegurador consignará judicialmente el importe en la forma que corresponda según la situación que se presentara, dejando así liberada a resolución judicial la determinación de la persona o personas beneficiarias.

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.

Cláusula 11: Pluralidad de Seguros

Si se contratara más de un seguro de Accidentes Personales con distintos aseguradores cubriendo la misma persona por el mismo riesgo o parte de él, deberá comunicarse sin dilación tal circunstancia a cada Asegurador con indicación de la suma y riesgo asegurado.

Si al momento de contratar el presente seguro se hubiera omitido informar la existencia de otros seguros de los descriptos precedentemente, se estará a lo indicado en la Cláusula 12: Reticencia o Falsa Declaración. Por otra parte, si se omitiera informar la contratación de otros seguros de los descriptos precedentemente durante la vigencia de esta cobertura, se estará a lo indicado en la Cláusula 13: Agravación o Modificación del Riesgo.

No hay obligación de notificar los riesgos de Accidentes Personales que se cubran accesoriamente en otras ramas de seguros ni los seguros específicos de aeronavegación.

Cláusula 12: Reticencia o Falsa Declaración

Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Tomador y/o 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 Articulo 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 Tomador y del Asegurado (Art. 10 - L. de S.).

Cláusula 13: Agravación o Modificación del Riesgo

El Asegurado y/o Tomador deben 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.
c) Fijación de residencia fuera del país.
d) Contratación de otros seguros de Accidentes Personales con otros aseguradores cubriendo la misma persona por el mismo riesgo o parte de él (Cláusula 11 - Pluralidad de Seguros).

Cuando la agravación se deba a un hecho del Asegurado y/o Tomador la cobertura queda suspendida. El Asegurador, en el término de siete días, deberá notificar su decisión de rescindir (Art. 39 - L. de S.).
Cuando la agravación resulte de un hecho ajeno al Asegurado y/o Tomador, el Asegurador deberá notificarle su decisión de rescindir dentro del término de un mes y con un preaviso de siete días. Se aplicará el Artículo 39 de la Ley de Seguros si el riesgo no se hubiera asumido según las prácticas comerciales del Asegurador (Art. 40 - L. de S.).

No obstante, cuando la agravación provenga del cambio de la profesión o actividad del Asegurado, y si de haber existido ese cambio al tiempo de la celebración el Asegurador hubiera concluido el contrato por una prima mayor, la Suma Asegurada se reducirá en proporción a la prima pagada. Esta regla no se aplica a las exclusiones previstas en la presente Póliza.

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 del seguro en curso (Art.41 - L. de S.).

Cláusula 14: Denuncia del Accidente. Procedimiento. Cargas del Asegurado y/o Beneficiario

El Asegurado y/o el Beneficiario -según corresponda- comunicará por escrito al Asegurador el Accidente dentro del plazo de 3 días de ocurrido, bajo pena de perder el derecho a ser indemnizado, salvo que acredite caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.

Desde el momento de hacerse aparentes las lesiones, el Asegurado accidentado deberá someterse, a su cargo, a un tratamiento médico racional y seguir las indicaciones del facultativo que lo asiste; también deberá enviarse al Asegurador un certificado del médico que atiende al Asegurado expresando las causas y naturaleza de las lesiones que éste presente, sus consecuencias conocidas o presuntas y la constancia de que se encuentra sometido a un tratamiento racional.

El Asegurado remitirá al Asegurador cada 15 días certificaciones médicas que informen sobre la evolución de las lesiones y actualicen el pronóstico de curación. Asimismo, el Asegurado deberá someterse al examen de los médicos del Asegurador cada vez que éste lo solicite.

El Asegurado y/o el Beneficiario también está obligado a suministrar al Asegurador la información y/o prueba instrumental que éste le solicite a fin de poder verificar el siniestro y la extensión de la prestación a su cargo, como así también a permitirle al Asegurador efectuar las indagaciones necesarias a tales fines.

En caso de Muerte del Asegurado, el Asegurador se reserva el derecho de exigir la autopsia o la exhumación del cadáver para establecer las causas del fallecimiento, debiendo el Beneficiario prestar su conformidad y colaboración para la obtención de las correspondientes autorizaciones. La autopsia o la exhumación deberá efectuarse con citación del Beneficiario, quien podrá designar un médico para que lo represente. Los gastos de la autopsia o de la exhumación serán a cargo del Asegurador, salvo los derivados del representante médico designado por el Beneficiario.

El incumplimiento por parte del Asegurado y/o del Beneficiario -según corresponda- de las cargas impuestas en esta Cláusula producirá la caducidad automática de los derechos indemnizatorios que otorga la presente Póliza.

Cláusula 15: Valuación por Peritos

Si no hubiera acuerdo entre el Asegurador y el Asegurado y/o Beneficiario -según corresponda-, 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 tercer facultativo 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 fuera designado en el plazo establecido en precedentemente, la parte más diligente podrá requerir su nombramiento a la Secretaría de Estado de Salud Pública de la Nación o al organismo que en el futuro lo reemplace.

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

Cláusula 16: Cumplimiento de la Prestación por el Asegurador

El Asegurador efectuará el pago correspondiente en caso de siniestro, de acuerdo a lo establecido en cada Condición Específica, dentro de los 15 días de notificado el mismo o de cumplidos los requisitos establecidos en la Cláusula 14 de las presentes Condiciones Generales Comunes o en la respectiva Condición Específica, lo que sea posterior.

Cláusula 17: Caducidad por incumplimiento de Obligaciones y Cargas

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

Cláusula 18: Rescisión de la Póliza

El Tomador y el Asegurador tendrán derecho a rescindir la Póliza sin expresar causa. Si el Asegurador ejerce la facultad de rescindir, deberá dar un preaviso no menor de 15 días. Si el Tomador opta por la rescisión, la misma se producirá desde la fecha en que el Asegurador reciba la notificación por escrito.

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

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

Cláusula 19: Facultades del Productor o Agente

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

Cláusula 20: Domicilio para Denuncias y Declaraciones

El domicilio en que las partes deben efectuar las denuncias y declaraciones previstas en la Ley de Seguros o en la presente Póliza, es el último declarado (artículo 15 y 16 de la Ley de Seguros).

Cláusula 21: Cómputo de los Plazos

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

Cláusula 22: Prescripción

Las acciones fundadas en el presente contrato prescriben en el plazo de un año, computado desde que la correspondiente obligación es exigible.

Cláusula 23: Prórroga de Jurisdicción

Toda controversia judicial que se plantee en relación al presente contrato, se sustanciará ante los jueces competentes de la ciudad de 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 A - CONDICIONES GENERALES COMUNES

A - CLÁUSULA DE COBRANZA DEL PREMIO

ARTÍCULO 1º: El premio de este seguro (anual, mensual, bimestral, trimestral, cuatrimestral o semestral, según se indique en las Condiciones Particulares), debe pagarse al contado en la fecha de iniciación de la vigencia de cada período de facturación.
El comienzo de la cobertura de la Póliza tendrá lugar a partir de la fecha y hora del recibo que acredite el pago del premio, o de la fecha consignada como inicio de vigencia de la Póliza, la que fuere posterior.
Si el Asegurador lo aceptase, el premio podrá fraccionarse en cuotas iguales y consecutivas, cuyos vencimientos obrarán en las Condiciones Particulares, pero a la primera de ellas, que deberá pagarse al contado, se le agregará además el total del I.V.A. correspondiente al contrato (punto 6 del inciso b del art. 5º de la Ley de Impuesto al Valor Agregado).
El premio no será exigible sino contra entrega de la Póliza o certificado de cobertura.
Se entiende por premio la prima más los impuestos, tasas, gravámenes y todo otro recargo adicional a la misma.

ARTÍCULO 2º: Se acuerda un plazo de gracia de 30 días corridos contados a partir de la fecha de vencimiento de cada uno de los pagos del premio, lapso durante el cual la cobertura que otorga la Póliza mantendrá su plena vigencia. El plazo de gracia antes mencionado no resulta aplicable al pago del premio correspondiente a la primera cuota.
Si el premio no fuera abonado en dicho lapso, la cobertura quedará automáticamente suspendida desde la hora doce (12) del día del vencimiento de dicho plazo, sin necesidad de interpelación extrajudicial o judicial alguna ni constitución en mora, la que se producirá por el sólo vencimiento de dicho plazo; debiendo el Asegurado y/o Tomador abonar el premio corrido hasta el vencimiento del plazo de gracia.
Se deja expresamente establecido que no entrará en vigencia la cobertura de ninguna facturación en tanto no estuviera totalmente cancelado el premio anterior.

ARTÍCULO 3º: Toda rehabilitación de la cobertura suspendida por falta de pago en término surtirá efecto desde la hora doce (12) del día siguiente a aquel en que el Asegurador reciba el pago total del importe o importes vencidos. Queda entendido y convenido que la rehabilitación de la cobertura antes mencionada regirá solamente para el futuro, pero no purgará la suspensión anterior de la misma derivada de la falta de pago del premio en el término convenido.

ARTICULO 4º: Transcurridos 60 días corridos desde que se suspendió la cobertura por falta de pago, sin que el Asegurado y/o el Tomador haya cancelado el premio y rehabilitado de esta forma la cobertura, el contrato de seguro quedará automáticamente resuelto de pleno derecho por el simple vencimiento del plazo y sin necesidad de interpelación extrajudicial o judicial alguna.

ARTICULO 5º: La gestión de cobro extrajudicial o judicial del premio o saldo adeudado, no modificará la suspensión de la cobertura o la resolución del contrato conforme a lo estipulado precedentemente.

ARTICULO 6º: Las disposiciones de la presente Cláusula son también aplicables a los premios de los seguros de períodos menores de un (1) año, y a los adicionales por endoso o suplementos de la Póliza.
En este caso, el plazo de pago no podrá exceder el plazo de la vigencia, disminuido en treinta (30) días.

MEDIOS HABILITADOS DE PAGO DE PREMIOS (Anexo del punto 23.6. Inciso h) de la Res. SSN N 38.708)

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. Cheques de terceros, los que deberán ser indefectiblemente endosados por el Asegurado o Tomador de la póliza.
d. Efectivo en moneda de curso legal, mediante la utilización de un Controlador Fiscal homologado por la ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS y registrado ante la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION, únicamente hasta la suma máxima establecida en la normativa vigente.
e. Cuando la percepción de premios se materialice a través del SISTEMA UNICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (SUSS) se considerará cumplida la obligación establecida en el presente artículo.

ARTÍCULO 8º: Aprobada la liquidación de un siniestro, el Asegurador podrá descontar de la indemnización cualquier saldo o deuda vencida del mismo Asegurado por este u otros contratos (Art. 818 del Código Civil).

B - CLÁUSULA DE INTERPRETACIÓN

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

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

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

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

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

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

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

7) Sedición o Motín: Se entiende por tal al 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.

8) Tumulto Popular: Se entiende por tal a 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 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.

9) Vandalismo: Se entiende por tal al accionar destructivo de turbas que actúan irracional o desordenadamente.

10) Huelga: Se entiende por tal a 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.

11) Lock Out: Se entienden por tal:
a) El cierre de establecimientos de trabajo dispuesto por uno o más empleadores o por entidad gremial que los agrupa (reconocida o no oficialmente), o
b) El despido simultáneo de una multiplicidad de trabajadores que paralice total o parcialmente la explotación de un establecimiento.
No se tomará en cuenta la finalidad gremial o extragremial que motivó el lock out, así como tampoco su calificación de legal o ilegal.

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

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.

CONDICIONES GENERALES ESPECÍFICAS SEGURO INDIVIDUAL (II)

Cláusula 1: Definiciones

A los fines de la presente Póliza los términos que se indican a continuación tendrán exclusivamente los siguientes significados y alcances:
a. Tomador o Asegurado Titular: es la persona física o jurídica que suscribe el presente contrato de seguro con el Asegurador.
b. Asegurado: comprende tanto al ¿Asegurado Titular» como a su grupo familiar, en los casos que así hubiera sido pactado a través de la inclusión en la Póliza de la Cláusula Adicional respectiva.

Cláusula 2: Terminación de la Cobertura

La cobertura del 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 las Condiciones Particulares.
b) Por rescisión o caducidad de la Póliza.
c) Por haberse consumido totalmente la Suma Asegurada, de acuerdo a lo que se establezca en cada Condición Específica o Cláusula Adicional.
d) Por fallecimiento del Asegurado.
e) En el caso de los Asegurados familiares, por perder la calidad de Asegurado Cónyuge o Asegurado Hijo, según haya sido definida en la respectiva Cláusula Adicional.

Cláusula 1: Definiciones

A los fines de la presente Póliza, los términos que se indican a continuación tendrán exclusivamente los siguientes significados y alcances, anulando y reemplazando cualquier definición que sobre los mismos se haya introducido en las Condiciones Generales Comunes:

Accidente: se entiende por Accidente aquel sufrido por el Asegurado exclusivamente en el ejercicio de su profesión o actividad declarada en la solicitud de la cobertura, por el hecho o en ocasión del trabajo, dentro del horario y ámbitos habituales donde desempeña sus tareas, incluidos los Accidentes in itinere. Se entiende por Accidente in itinere el ocurrido en el trayecto directo e inmediato entre el lugar donde el Asegurado desempeña su actividad y su domicilio particular; siempre y cuando el Asegurado no hubiere alterado o interrumpido dicho trayecto por causas ajenas al trabajo.

Cláusula 2: Objeto del Seguro

En virtud de la redefinición del término Accidente de la Cláusula precedente, los riesgos cubiertos en cada una de las Condiciones Específicas incluidas en la Póliza serán única y exclusivamente cubiertos si los mismos se originan en un Accidente con las características descriptas precedentemente.

Cláusula 3: Agravación del Riesgo

A las agravaciones del riesgo previstas en la Cláusula 13 de las Condiciones Generales Comunes, se agregan a efectos de la cobertura las siguientes agravaciones:

a) Modificación del horario habitual en el cual desempeña sus tareas, de acuerdo a lo declarado en la solicitud.
b) Modificación del trayecto entre su domicilio y el lugar donde desempeña su actividad o viceversa.

Se mantienen invariables todas las disposiciones de las Condiciones Generales Comunes no expresamente modificadas por estas Condiciones Generales Específicas.

CONDICIONES ESPECÍFICAS COBERTURA DE MUERTE (1)

Cláusula 1: Definiciones

A los fines de la presente Póliza los términos que se indican a continuación tendrán exclusivamente los siguientes significados y alcances:

Muerte: fallecimiento del Asegurado como consecuencia inmediata de un Accidente.

Cláusula 2: Riesgos Cubiertos-Límites Indemnizatorios

El riesgo amparado por esta Condición Específica es el de Muerte del Asegurado como consecuencia inmediata de un Accidente ocurrido durante la vigencia del seguro, y siempre que el fallecimiento se produzca a más tardar dentro de un año a contar de la fecha del mismo.

El Asegurador indemnizará a el o los Beneficiarios la Suma Asegurada que se indica para esta cobertura en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Incorporación, según corresponda.

En caso de viaje aéreo del Asegurado realizado en líneas de transporte aéreo regular, si no se tuvieran noticias del avión por un período no inferior a dos meses, el Asegurador hará efectivo el pago de la Suma Asegurada prevista para esta cobertura. Si con posterioridad apareciera el Asegurado o se tuvieran noticias ciertas de él, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de las sumas abonadas.

Cláusula 3: Carácter del Beneficio

En caso de Muerte accidental el Asegurador abonará al Beneficiario el beneficio previsto para esta cobertura. Sin embargo, el Asegurador reducirá la prestación correspondiente para Muerte Accidental en los porcentajes tomados en conjunto que hubiere abonado por coberturas de Invalidez eventualmente incluidas en la Póliza, como consecuencia de un Accidente o varios ocurridos durante el período de vigencia del seguro.
En caso de Muerte del Asegurado, quedarán sin efecto las restantes coberturas, ganando el Asegurador la totalidad de la prima.

Cláusula 4: Denuncia del Fallecimiento

Ocurrido el fallecimiento del Asegurado, a los efectos de obtener el beneficio previsto en las presentes Condiciones Específicas, los Beneficiarios deberán acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 14 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos:
a) copia legalizada de la partida de defunción;
b) una declaración del médico que haya asistido al Asegurado o certificado su muerte;
c) cualquier otra documentación razonable que el Asegurador considere necesaria;
d) el testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del hecho determinante de la muerte, salvo que razones procesales lo impidieran.

CONDICIONES ESPECÍFICAS COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE - TOTAL Y PARCIAL (2)

Cláusula 1: Riesgos Cubiertos-Límites Indemnizatorios

El riesgo amparado por esta Condición Específica es el de Invalidez Permanente del Asegurado como consecuencia inmediata de un Accidente ocurrido durante la vigencia del seguro, y siempre que las consecuencias del Accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha del mismo.

Si el Accidente causare una Invalidez Permanente determinada con prescindencia de la profesión u ocupación del Asegurado, el Asegurador abonará al Asegurado una suma igual al porcentaje, sobre la Suma Asegurada indicada en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Incorporación, según corresponda, que corresponda de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida y según se indica a continuación:

INCAPACIDAD TOTAL	%
Estado absoluto e incurable de alienación mental, producido como consecuencia inmediata de un Accidente, que no permita al Asegurado ningún trabajo u ocupación, por el resto de su vida	100

Fractura incurable de la columna vertebral que determine
la invalidez total permanente. 100
INCAPACIDAD PARCIAL

a) Cabeza %

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

b Miembros superiores % %

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

c) Miembros inferiores %

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

Por pérdida total se entiende aquella que tiene lugar por la amputación o por la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano lesionado.

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

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

Por la pérdida de 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.

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

En caso que el Asegurado fuera zurdo, se invertirán los porcentajes de indemnización fijados por la pérdida de los miembros superiores.

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

Las invalideces derivadas de Accidentes sucesivos ocurridos durante un mismo período anual de la vigencia de la cobertura, serán tomadas en conjunto a fin de fijar el grado de invalidez a indemnizar por el último Accidente.

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

Cláusula 2: Carácter del Beneficio

El beneficio acordado por Invalidez Permanente es sustitutivo de la Suma Asegurada que debiera liquidarse en caso de Muerte del Asegurado, de modo que, con el pago a que se refiere el artículo anterior, si el monto abonado por Invalidez Permanente resulta coincidente con el de Muerte, el Asegurador queda liberado de cualquier otra obligación con respecto a dicho Asegurado, quedando sin efecto las restantes coberturas.

Si el monto abonado por Invalidez resultara inferior a la Suma Asegurada por Muerte, dicha liberación será parcial, por un importe igual al capital liquidado por Invalidez Permanente.

Cláusula 3: Denuncia y Comprobación de la Invalidez

Ocurrido el Accidente que diera lugar a la Invalidez Permanente del Asegurado, a los efectos de obtener el beneficio previsto en las presentes Condiciones Específicas, el Asegurado o su representante deberá acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 14 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos:

a) Constancias médicas y/o testimoniales relativas a su Invalidez Permanente: su comienzo, gravedad y causas.
b) Cualquier otra documentación razonable que el Asegurador considere necesaria.
c) El testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del Accidente determinante de la Invalidez Permanente, salvo que razones procesales lo impidieran.

Cláusula 4: Cumplimiento de la Prestación por el Asegurador ¿ Plazo de Prueba

El Asegurador, dentro de los quince (15) días de recibida la denuncia y/o las constancias a que se refiere el punto anterior y la Cláusula 15 de las Condiciones Generales Comunes, contados desde la fecha que sea posterior, deberá hacer saber al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio.

Si las comprobaciones y constancias requeridas, no resultaran concluyentes en cuanto al origen accidental de la Invalidez, a su carácter permanente 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.

La no contestación por parte del Asegurador dentro del plazo establecido, significará automáticamente el reconocimiento del beneficio reclamado.

CONDICIONES ESPECÍFICAS COBERTURA DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS (4)

Cláusula 1: Definiciones

A los fines de la presente Póliza los términos que se indican a continuación tendrán exclusivamente los siguientes significados y alcances:

a. Gastos Médicos: se entienden por tales aquellos medicamentos y/o prestaciones médicas y/o estudios médicos que hayan sido prescriptos y efectuados al Asegurado por un médico matriculado, como consecuencia inmediata de un Accidente, con exclusión de aquellos que sean reembolsables al Asegurado por una Obra Social y/o sistema de medicina privada al que se encuentre afiliado el Asegurado. Ello no incluye los gastos por viajes y estadías para tratamientos termales o convalecencias ni el suministro de lentes, aparatos ortopédicos o prótesis dentales.
b. Gastos de Traslado: son los gastos en los que incurra el Asegurado con motivo de su traslado desde, hasta o entre establecimientos de salud, siendo dicho traslado necesario para el diagnóstico o tratamiento de su patología, y respondan exclusivamente a la imposibilidad del Asegurado de movilizarse por sus propios medios, de acuerdo a indicación médica. La elección y las características del vehículo a emplear para el traslado, dependerán del estado clínico del Asegurado. Estos traslados, salvo casos de urgencia que no permitan cumplimentar este requisito, requerirán la previa autorización de la auditoría médica del Asegurador.
c. Deducible: es el importe o porcentaje de la Suma Asegurada que se encontrará a cargo del Asegurado en cada siniestro cubierto por estas Condiciones Específicas y será el previsto en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Incorporación, según corresponda.

Cláusula 2: Riesgos Cubiertos-Límites Indemnizatorios

El riesgo amparado por esta Condición Específica es el de los Gastos Médicos y Gastos de Traslado incurridos por el Asegurado como consecuencia inmediata de un Accidente ocurrido durante la vigencia del seguro, y siempre que las consecuencias del Accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha del mismo.

El Asegurador deberá abonar los Gastos Médicos y Gastos de Traslado incurridos, con detracción del Deducible, contra la presentación de la factura y/o comprobante de pago respectivo, hasta un máximo equivalente a la Suma Asegurada de esta Condición Específica, indicada en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Incorporación, según corresponda.

Se podrán establecer Sumas Aseguradas y/o Deducibles diferenciados para el caso de Accidentes ocurridos dentro del territorio de la República Argentina o bien en el extranjero.

Cláusula 3: Carácter del Beneficio

Queda entendido y convenido que en caso de siniestro que afecte las restantes coberturas no se deducirán de las mismas los importes que se hubieran abonado en concepto de Gastos Médicos y Gastos de Traslado, ya que esta cobertura es adicional e independiente de las demás.

Cláusula 4: Documentación a presentar

Ocurrido el Accidente que diera lugar a los Gastos Médicos y Gastos de Traslado cubiertos por la presente Condición Específica, a los efectos de obtener el beneficio previsto, el Asegurado o su representante deberá acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 14 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos:
a) Las facturas originales respecto de las cuales solicita el reintegro, en las cuales deberá constar la identificación de los conceptos facturados.
b) Copia de la receta u orden médica que prescribe la necesidad del medicamento, tratamiento, análisis o prestación, según se trate.
c) Troquel original de los medicamentos adquiridos respecto de los cuales se solicita el reintegro, salvo que el mismo deba ser entregado a los fines de obtener un descuento o un reintegro de una Obra Social y/o sistema de medicina privada al que se encuentre afiliado el Asegurado, circunstancia que deberá surgir de la receta u orden médica citada en el inciso anterior y/o de las facturas del inciso a) precedente.

CONDICIONES ESPECÍFICAS COBERTURA DE SERVICIOS MÉDICOS (5)

Cláusula 1: Definiciones

A los fines de la presente Póliza los términos que se indican a continuación tendrán exclusivamente los siguientes significados y alcances:

a. Servicio Médico: se entiende por tal a la Atención Médica y/o Farmacéutica a la que haya sido sometido el Asegurado, prescripta por un médico matriculado y producida como consecuencia inmediata de un Accidente, con exclusión de aquellos que sean cubiertos al Asegurado por una Obra Social y/o sistema de medicina privada al que se encuentre afiliado el Asegurado.
b. Atención Médica: se incluyen bajo este concepto la totalidad de 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.
c. Atención Farmacéutica: se incluye bajo este concepto la provisión de la totalidad de los medicamentos que pudiere requerir la atención de la afección del Asegurado, tanto sea

para su tratamiento ambulatorio como durante una internación.
d. Prestador Médico: se entiende por tal al médico o institución médica con quien el Asegurador posee convenio para otorgar los Servicios Médicos cubiertos por la presente Condición Específica y que se informa al Asegurado mediante el listado respectivo.
e. Gastos de Traslado: son los gastos en los que incurra el Asegurado con motivo de su traslado desde, hasta o entre establecimientos de salud, siendo dicho traslado necesario para el diagnóstico o tratamiento de su patología, y respondan exclusivamente a la imposibilidad del Asegurado de movilizarse por sus propios medios, de acuerdo a indicación médica. La elección y las características del vehículo a emplear para el traslado, dependerán del estado clínico del Asegurado. Estos traslados, salvo casos de urgencia que no permitan cumplimentar este requisito, requerirán la previa autorización de la auditoría médica del Asegurador.

Cláusula 2: Riesgos Cubiertos-Límites Indemnizatorios

El riesgo amparado por esta Condición Específica es el de la prestación de los Servicios Médicos requeridos y Gastos de Traslado incurridos por el Asegurado, como consecuencia inmediata de un Accidente ocurrido durante la vigencia del seguro, y siempre que las consecuencias del Accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha del mismo.

El Asegurador, a través de la red de Prestadores con la cual posee convenio y cuyo listado se encuentra a disposición del Asegurado, brindará a este último las prestaciones de Servicio Médico que éste pudiere demandar, originadas en un Accidente cubierto por la presente cobertura.

Atento que la cobertura prevista para los Servicios Médicos es de carácter estrictamente prestacional, si el Asegurado incurriera en cualquier gasto médico o si recibiera atención médica de un Prestador Médico distinto a los indicados por el Asegurador, no se efectuará reintegro alguno de los mismos.

Únicamente en los casos en que resultara 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 en un Prestador Médico no incluido en el listado, dando inmediato aviso al Asegurador. Sólo en este supuesto, el Asegurador, previa verificación de los hechos, reintegrará los gastos derivados de los Servicios Médicos recibidos por el Asegurado, dentro de los 15 días de efectuado el reclamo y de adjuntada la documentación correspondiente, incluidas las facturas originales respecto de las cuales se solicita el reintegro con indicación de los conceptos facturados.

El Asegurador responderá por la prestación (o el reembolso según lo indicado en el párrafo precedente) de los Servicios Médicos y Gastos de Traslado hasta la Suma Asegurada Máxima establecida en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Incorporación, según corresponda, para esta cobertura por todo y cada Accidente cubierto por la Póliza.

Queda expresamente convenido que el Asegurador no será responsable por los daños y perjuicios producidos por los profesionales intervinientes con motivo de la prestación de los Servicios Médicos al Asegurado.

En el caso que el Asegurado requiera los servicios del Prestador Médico con motivo de una emergencia o urgencia médica y que una vez prestados los mismos se verifique que dicha atención no respondía a un Accidente cubierto por las presentes Condiciones Específicas, el Asegurador se reserva el derecho a recuperar del Asegurado el monto de las prestaciones otorgadas por el Prestador Médico en razón de la presente cobertura.

Cláusula 3: Carácter del Beneficio

Queda entendido y convenido que en caso de siniestro que afecte las restantes coberturas no se deducirán de las mismas importe alguno en concepto de Servicios Médicos o Gastos de Traslado, ya que esta cobertura es adicional e independiente de las demás.

Cláusula 4: Documentación a presentar

Ocurrido el Accidente que diera lugar a los Servicios Médicos o Gastos de Traslado cubiertos por la presente Condición Específica, a los efectos de obtener el beneficio previsto, el Asegurado o su representante deberá:
- Presentarse ante el Prestador Médico con Documento de Identidad y el Formulario de Denuncia del Siniestro.
- Cumplimentar los requisitos relativos a la denuncia del Accidente que dio origen al reclamo, de conformidad a lo establecido en la Cláusula 14 de las Condiciones Generales Comunes.
- En caso de solicitar reintegro de gastos, las facturas originales respecto de las cuales solicita el reintegro, en las cuales deberá constar la identificación de los conceptos facturados.

CONDICIONES ESPECÍFICAS COBERTURA DE RENTA DIARIA POR INTERNACIÓN (7)

Cláusula 1: Definiciones:

A los fines de la presente Póliza los términos que se indican a continuación tendrán exclusivamente los siguientes significados y alcances:

a. Renta Diaria por Internación: se entiende por tal a la prestación que el Asegurador otorgará por cada día que el Asegurado permanezca internado u hospitalizado en un Establecimiento Asistencial (hasta la cantidad máxima de días prevista en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Incorporación, según corresponda) como consecuencia inmediata de un Accidente.
b. Establecimiento Asistencial: es un establecimiento médico que se halle legalmente autorizado, que posea servicios de enfermería durante las 24 horas del día y que esté equipado para cirugía mayor.
c. Internación: Se entiende por tal la permanencia del Asegurado en un Establecimiento Asistencial como consecuencia inmediata de un Accidente, cuando ésta supere el Período de Espera especificado en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Incorporación, según corresponda.

Cláusula 2: Riesgos Cubiertos-Límites Indemnizatorios

El riesgo amparado por esta Condición Específica es el de la Internación del Asegurado como consecuencia inmediata de un Accidente ocurrido durante la vigencia del seguro, y siempre que las consecuencias del Accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha del mismo.

El Asegurador indemnizará al Asegurado la Suma Asegurada estipulada en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Incorporación, según corresponda, por cada día de Internación del Asegurado.

Dicha indemnización diaria se comenzará a abonar desde el primer día de Internación -cuando ésta supere el Período de Espera-, computada en días completos y consecutivos, y por el Período Máximo de Cobertura que también se estipula en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Incorporación, según corresponda.

Cláusula 3: Carácter del Beneficio

Queda entendido y convenido que en caso de siniestro que afecte las restantes coberturas no se deducirán de las mismas los importes que se hubieran abonado en concepto de Renta Diaria por Internación, ya que esta cobertura es adicional e independiente de las demás.

Cláusula 4: Denuncia de la Internación

Ocurrido el Accidente que diera lugar a la Internación del Asegurado, a los efectos de obtener el beneficio previsto en las presentes Condiciones Específicas, el Asegurado o su representante deberá acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 14 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos:
a) Constancia expedida por el Establecimiento Asistencial con indicación de la fecha de ingreso y alta del Asegurado.
b) Certificado médico en el que conste el motivo de la Internación.

CONDICIONES ESPECÍFICAS COBERTURA DE REEMBOLSO DE GASTOS DE SEPELIO (9)

Cláusula 1: Definiciones

A los fines de la presente Póliza los términos que se indican a continuación tendrán exclusivamente los siguientes significados y alcances:

a- Gastos de Sepelio: se entienden por tales aquellos gastos en los que se incurra con motivo del entierro o cremación del Asegurado, fallecido como consecuencia inmediata de un Accidente.

Cláusula 2: Riesgos Cubiertos-Límites Indemnizatorios

El riesgo amparado por esta Condición Específica es el de los Gastos de Sepelio incurridos ante la Muerte del Asegurado, como consecuencia inmediata de un Accidente ocurrido durante la vigencia del seguro, y siempre que la Muerte se produzca dentro de un año a contar de la fecha del mismo.

El Asegurador deberá abonar los Gastos de Sepelio incurridos, contra la presentación de las facturas y/o comprobantes de pago respectivos, hasta un máximo equivalente a la Suma Asegurada de esta Condición Específica, indicada en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Incorporación, según corresponda.

Cláusula 3: Carácter del Beneficio

Queda entendido y convenido que en caso de siniestro que afecte las restantes coberturas no se deducirán de las mismas los importes que se hubieran abonado en concepto de Gastos de Sepelio, ya que esta cobertura es adicional e independiente de las demás.

Cláusula 4: Documentación a presentar

Ocurrida la Muerte que diera lugar a los Gastos de Sepelio cubiertos por la presente Condición Específica, a los efectos de obtener el beneficio previsto, el Beneficiario deberá acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 14 de las Condiciones Generales Comunes y en la Condición Específica de la Cobertura de Muerte, los siguientes elementos:
a) Las facturas originales respecto de las cuales solicita el reintegro, en las cuales deberá constar la identificación de los conceptos facturados.

CONDICIONES ESPECÍFICAS COBERTURA DE REMBOLSO DE GASTOS POR PRÓTESIS Y ÓRTESIS (11)

Cláusula 1: Definiciones

A los fines de la presente Póliza los términos que se indican a continuación tendrán exclusivamente los siguientes significados y alcances:

Prótesis u Órtesis: se entiende por tal a aquel artefacto o elemento especialmente diseñado e implantado con el fin de cumplir una función supletoria de aquella parte del cuerpo del Asegurado afectada como consecuencia inmediata de un Accidente, con exclusión de aquellos que sean reembolsables al Asegurado por una Obra Social y/o sistema de medicina privada al que se encuentre afiliado el Asegurado y siempre que se encuentre dentro de las siguientes especialidades:
a. Prótesis Oftalmológicas
b. Prótesis Traumatológicas y Ortopédicas
c. Prótesis Vasculares
d. Prótesis de Cirugía Abdominal
e. Prótesis Auditivas
f. Órtesis y Ortopedia

Cláusula 2: Riesgos Cubiertos-Límites Indemnizatorios

El riesgo amparado por esta Condición Específica es el del Reembolso de los Gastos por Prótesis u Órtesis incurridos por el Asegurado como consecuencia inmediata de un Accidente ocurrido durante la vigencia del seguro, y siempre que las consecuencias del Accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha del mismo.

El Asegurador deberá abonar, contra la presentación de la factura y/o comprobante de pago respectivo, los Gastos por Prótesis u Órtesis incurridos hasta las Sumas Aseguradas Máximas que, por cada tipo de Prótesis u Órtesis, se establecen en el Listado de Prótesis u Órtesis adjunto a la presente.

El Asegurador sólo efectuará el reembolso del gasto correspondiente a la primera Prótesis u Órtesis, no cubriéndose suma alguna por las renovaciones o reemplazos que de las mismas pudieran efectuarse.

Cláusula 3: Carácter del Beneficio

Queda entendido y convenido que en caso de siniestro que afecte las restantes coberturas no se deducirán de las mismas los importes que se hubieran abonado en concepto de Gastos por Prótesis u Órtesis, ya que esta cobertura es adicional e independiente de las demás.

Cláusula 4: Documentación a presentar

Ocurrido el Accidente que diera lugar a los Gastos por Prótesis u Órtesis cubiertos por la presente Condición Específica, a los efectos de obtener el beneficio previsto, el Asegurado o su representante deberá acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 14 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos:
a) Las facturas originales respecto de las cuales solicita el reintegro, en las cuales deberá constar la identificación de los conceptos facturados.
b) Copia de la orden médica que prescribe la necesidad del implante de la Prótesis u Órtesis, según se trate.

Cláusula 5: Exclusiones

A las exclusiones previstas en la Cláusula 6 de las Condiciones Generales Comunes, se agregan a efectos de la presente cobertura las siguientes:
a) Prótesis u Órtesis que no se encuentren expresamente detalladas en el en el Listado de Prótesis y Órtesis adjunto a la presente.
b) Prótesis utilizadas con fines estéticos.
c) Prótesis bucodentales.
d) Prótesis miogénicas o bioeléctricas.
e) Renovaciones de Prótesis u Órtesis del Asegurado preexistentes al comienzo de la presente cobertura.
f) Prótesis u Órtesis que sean reembolsables al Asegurado por una Obra Social y/o sistema de medicina privada al que se encuentre afiliado el Asegurado.

LISTADO DE PRÓTESIS Y ÓRTESIS (11)

Prótesis Oftalmológicas

Descripción	Suma Asegurada Máxima
Lente Intraocular incluyendo Healon	$ 250

Prótesis Traumatológicas y Ortopédicas

Descripción	Suma Asegurada Máxima
Prótesis parcial de cadera (tipo Thompson	$ 1.000
Prótesis total de cadera tipo Charnley o Muller	$ 1.200
Prótesis de cadera no cementada	$ 3.500
Prótesis total de rodilla	$ 3.500
Material de Osteosíntesis (cemento, placas, clavos, placa tipo Jewett o Muller, clavos tipo Kuntscher, Steiman y otros)	$ 500

Prótesis Vascular

Descripción	Suma Asegurada Máxima
Arterial no bifurcada	$ 1.200
Arterial bifurcada	$ 2.000

Prótesis de Cirugía Abdominal

Descripción	Suma Asegurada Máxima
Malla de Marlex o abdominales de otro tipo	$ 300

Prótesis Auditivas

Descripción	Suma Asegurada Máxima
Prótesis Auricular	$ 300

Órtesis y Ortopedia

Descripción	Suma Asegurada Máxima
Tutor Externo para miembros Sup. e Inf.	$ 2.800
Pierna y brazo ortopédicos	$ 3.300
Órtesis corta doble barra	$ 300
Órtesis corta o resorte de Codeville	$ 450
Órtesis larga con articulación en rodilla	$ 1.300
Valva o Férula corta acolchada	$ 140
Férula larga acolchada	$ 230
Férula larga acolchada con apoyo isquiático	$ 300
Férula larga con articulación de rodilla - anillas o suiza -	$ 470
Corset termoplástico bivalvado	$ 430

CLÁUSULA ADICIONAL Seguro sobre la Persona de un Tercero (20)

Nota: Esta cláusula es aplicación cuando el Tomador/Contratante del seguro no es la persona asegurada

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

El presente seguro cubre los Accidentes que sufran los Asegurados mediante el pago de las indemnizaciones especificadas en las Condiciones Particulares de la Póliza, mientras permanezcan al servicio del Tomador, o mientras éste tenga un interés económico lícito sobre la vida o salud de los Asegurados.

Se instituye Beneficiario en primer término al Tomador, con preeminencia sobre los restantes Beneficiarios que conservarán su derecho sólo sobre el saldo de la prestación:
a) Por el monto que resultase de cualquier responsabilidad civil o legal que tuviera que asumir con motivo de Accidentes cubiertos por la póliza que sufrieran los Asegurados;
b) Por el monto del perjuicio concreto resultante de un interés económico lícito que demostrara con respecto a la vida o salud de los Asegurados, cuando éstos sufrieran Accidentes cubiertos por el contrato.

Previa citación al Tomador, para que en el término de tres (3) días invoque su derecho al cobro preferente conforme con el párrafo anterior, el pago del saldo de las prestaciones se hará directamente a los Asegurados o Beneficiarios que justifiquen sus derechos. En caso de desacuerdo entre los interesados, se consignará judicialmente el importe.

ANEXO A LAS CONDICIONES DE PÓLIZA - NÓMINA DE ASEGURADOS

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 9148187

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 03-12-2024	Hasta 12:00 Hs. del del 03-01-2025
Término (en días)	**Plan**
31	100 - PLAN BASICO
Endoso	**Lugar de emisión**
0	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
	03-12-2024

DATOS DEL TOMADOR / CONTRATANTE

NOMBRE MELOSSI OSCAR FABIAN
DOMICILIO RAMON CALDERON N* 174 DTO 2
LOCALIDAD LA CONSULTA
CÓDIGO POSTAL 5567
PROVINCIA MENDOZA
CONDICIÓN DE IVA INSCRIPTO
CUIT/DNI 20235123976 / 23512397
ASEGURADO NRO. 2080344

NOMINA ACTIVA

Cert.	Documento	Apellido y Nombre	FE NACIMIENTO	BENEFICIARIO
1	DNI 23512397	MELOSSI OSCAR FABIAN	15-11-1973	CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES

FEDERACIÓN PATRONAL SEGUROS S.A.U. CUIT: 33-70736658-9
Domicilio: Av. 51 n°770 - La Plata - CP B1900AWP - Pcia de Bs. As.
IVA-RESPONSABLE INSCRIPTO
Imp.S/Ing.Brutos:Conv.Mult.902-867191-2.
Fecha Inicio de Actividad: 08/11/2000.

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

FACTURA ORIGINAL

SECCIÓN 12 - ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 9148187

Asegurado	Domicilio	Fecha de Emisión
MELOSSI OSCAR FABIAN	RAMON CALDERON N* 174 DTO 2	03-12-2024
CUIT/ DNI	**Localidad**	**Endoso**
20235123976 / 23512397	LA CONSULTA	0
IVA	**Provincia**	**Período Facturado Desde**
INSCRIPTO	MENDOZA	03-12-2024
Asegurado nro.	**Código Postal**	**Período Facturado Hasta**
2080344	5567	03-01-2025
	Ag. / Prod / Org	
	23 25915 - GARCIA ANA LAURA 72510 - PAS.UNUM.ORGANIZADORES S.A.S.	

PLAN DE PAGO DEL ENDOSO

NRO.	VENCIMIENTO	IMPORTE
1/1	03-12-2024	$ 4,282.21
TOTALES:		**$ 4,282.21**

LIQUIDACIÓN DE PREMIO Y OTROS CONCEPTOS

PRIMA	$	3,382.48
SUB-TOTAL	$	3,382.48
IVA	$	710.32
SUB-TOTAL	$	4,092.80
PERCEPCION IVA	$	101.47
SELLADOS	$	50.74
OTROS IMPUESTOS Y TASAS	$	37.20
MONTO TOTAL DEL PREMIO	$	4,282.21

Atento a lo establecido por la R.G. (AFIP) N 4523/2019 el contribuyente deberá descargar de la web del Organismo (www.afip.gob.ar) el Formulario F.2005 - Certificado de Percepción del Impuesto al Valor Agregado, con su numeración definitiva.

SELF

PAGO CONSOLIDADO

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PÓLIZA** 9148187

Plan de pago consolidado:

Período facturado 03-12-2024 al 03-01-2025
*** Póliza: 12-9148187-0 Riesgo: A.P. PRESTACIONAL (último endoso facturado: 0)**

ASEGURADO: 2080344 MELOSSI OSCAR FABIAN

CUIT/CUIL: 20235123976 DNI: 23512397 Domicilio: RAMON CALDERON N* 174 DTO 2
Localidad: LA CONSULTA Pcia: MENDOZA CP: 5567

CUOTA Y VENCIMIENTO	MONEDA	MONTO CUOTA	SALDO CUOTA
Pago contado saldo facturado. Fecha límite pago 02-01-2025	PESOS		4,282.21
1/1 Vencimiento 03/12/2024.	PESOS	4,282.21	4,282.21

MEDIOS DE PAGO. Las cuotas de la presente póliza pueden ser abonadas con Pago Fácil, Rapipago, Provincia Net, Cobro Express, Pago Mis Cuentas, Pagos Link, Interbanking (Interpagos), VISA Pago Puntual o Servicios de Pago Mastercard. También puede solicitar la adhesión al servicio de cobro por DEBITO AUTOMATICO en tarjeta de crédito o CBU.

Las siguientes tablas contienen información útil que te servirá a la hora de abonar esta póliza:

PAGO ELECTRÓNICO

Agente	Código de pago electrónico
Pago Mis Cuentas	2080344
Pagos Link	2080344
Visa Pago Puntual	120091481870000
Interbanking	2080344
Servicio de Pago Mastercard	2080344
Amex Pay	DNI 23512397

PAGO EN EFECTIVO

Agente	Identificación
Cobro Express	DNI 23512397
Rapipago	DNI 23512397
Multipago	DNI 23512397
Pago Fácil	DNI 23512397
Provincia Net	DNI 23512397
Pronto Pago	DNI 23512397
Ripsa	DNI 23512397
Plus Pagos	DNI 23512397

– TIEMPO + CONCIENCIA

Autogestioná el pago de tus pólizas desde nuestra **WEB** o **APP**.
De esta manera no solo ganás mucho tiempo, sino que colaborás en el cuidado del medioambiente por el menor consumo de papel.

PAGO DIRECTO

Es fácil y rápido. Entrá desde la web ingresando a Acceso Asegurados desde **www.fedpat.com.ar** o desde la APP para smartphones **FedPat Móvil** y pagá tu seguro en sencillos pasos con tarjeta de débito o crédito. Además podrás consultar y descargar tu póliza, declarar y consultar siniestros y muchas cosas más.

PAGO ELECTRÓNICO

Pago Mis Cuentas, Pagos Link, Interbanking, Servicios de Pago Mastercard, Visa Pago Puntual, Amex Pay

PAGO POR DÉBITO AUTOMÁTICO

Adherite a través de las siguientes tarjetas:

PAGO EN EFECTIVO

Cobro Express, Rapipago, Pago Fácil, Provincia Net, Multipagos, Pronto Pago, Ripsa, Plus Pagos y Pago 24

DESCARGÁ LA APP FEDPAT MÓVIL

Descargá la APP en tu smartphone y tené al ALCANCE DE LA MANO toda la información de tus seguros.
Podrás pagar tus cuotas, declarar y consultar siniestros y muchas cosas más.

DISPONIBLE EN Google Play

0810-222-5588
www.fedpat.com.ar

fedpatoficial /fedpatoficial Federación Patronal Seguros Federación Patronal Seguros seguros@fedpat.com.ar

FRENTE DE PÓLIZA

Póliza impresa el dia 03-12-2024

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 9148187

Productor: 25915 GARCIA ANA LAURA Matrícula SSN: 83475 AG: 23

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 03-12-2024	Hasta 12:00 Hs. del 03-01-2025
Término (en días)	**Plan**
31	100 - PLAN BASICO
Endoso	**Lugar de emisión**
0	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
	03-12-2024

DATOS DEL TOMADOR / CONTRATANTE

NOMBRE MELOSSI OSCAR FABIAN
DOMICILIO RAMON CALDERON N* 174 DTO 2
LOCALIDAD LA CONSULTA
CÓDIGO POSTAL 5567
PROVINCIA MENDOZA
CONDICIÓN DE IVA INSCRIPTO
CUIT/DNI 20235123976 / 23512397
ASEGURADO NRO. 2080344

FEDERACIÓN PATRONAL SEGUROS S.A.U. Domicilio: Av. 51 n°770 - La Plata - CP B1900AWP - Pcia de Bs. As. - IVA-RESPONSABLE INSCRIPTO. Imp.S/Ing.Brutos:Conv.Mult.902-867191-2. Fecha Inicio de Actividad: 08/11/2000.

FEDERACIÓN PATRONAL SEGUROS S.A.U.,CUIT: 33-70736658-9 (en adelante "el Asegurador") asegura a la persona indicada anteriormente (en adelante "el Asegurado/Tomador"), bajo las condiciones de la presente póliza, que han sido convenidas para ser ejecutadas en buena fe, y de conformidad con la solicitud de seguro presentada por el Asegurado/Tomador, la que se declara parte integrante de este contrato

PLAN DE PAGO DEL ENDOSO

NÚMERO	VENCIMIENTO	IMPORTE
1/1	03-12-2024	$ 4,282.21
TOTAL:		**$ 4,282.21**

PERÍODO FACTURADO

03-12-2024	03-01-2025

Pago del Impuesto de sellos de $ 50.74 por declaración jurada.
Números de Inscripción:
33-70736658-9

LIQUIDACION DEL PREMIO

PRIMA $ 3,382.48			
I.V.A. $ 811.79	**SELLADO** $ 50.74	**OTROS IMP. Y TASAS** $ 37.20	
PREMIO DEL ENDOSO $ 4,282.21			
MONEDA CONTRATO PESOS	**TEA** 0.00%	**CARGO FINANCIERO** $ 0.00	

Si el texto de esta póliza difiriera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el Asegurado si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza (Art.12 de la ley de Seguros). Cuando se mencionen los vocablos "Asegurado" o "Tomador/Contratante" se considerará indistintamente según correspondan. Emitida en La Plata el 03 de Diciembre de 2024

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

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 0810-222-5588. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.fedpat.com.ar.
En caso de que existiera un reclamo ante la entidad aseguradora y que el mismo no haya sido resuelto o haya sido desestimado, total o parcialmente, o que haya sido denegada su admisión, podrá comunicarse con la Superintendencia de Seguros de la Nación por teléfono al 0800-666-8400 o por correo electrónico a consultas@ssn.gob.ar.

Para consultas o reclamos, comunicarse con FEDERACIÓN PATRONAL SEGUROS S.A.U, al teléfono 0810-222-5588

Diego Fernando Vallina
Gerente General

Esta póliza ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación mediante Proveído N 105153

SELF

FRENTE DE PÓLIZA - CONDICIONES PARTICULARES (CONTINUACIÓN)

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN	ACCIDENTES PERSONALES	PRODUCTO	A.P. PRESTACIONAL	PÓLIZA	9148187

CONDICIONES GENERALES COMUNES / ESPECIFICAS Y CLAUSULAS ADICIONALES QUE SE ANEXAN Y FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA PRESENTE POLIZA

I	I3	I8	A	A1	II	V	1
2	4	5	7	9	11	20	

RIESGOS CUBIERTOS (POR CERTIFICADO)	DATOS RELEVANTES
010 MUERTE ACCIDENTAL	SUMA ASEG. INDIVIDUAL
	$ 5,000,000.00
020 INVALIDEZ	SUMA ASEG. INDIVIDUAL
	$ 5,000,000.00
050 ASIST. MEDICA Y FARMACEUTICA SIN FRANQ.	SUMA ASEG. INDIVIDUAL
	$ 5,000,000.00
070 RENTA DIARIA POR INTERNACION - 30 DIAS	SUMA ASEG. INDIVIDUAL
	$ 30,000.00
080 GASTOS DE SEPELIO	SUMA ASEG. INDIVIDUAL
	$ 1,493,642.00

OCUPACION CHOFER DE CAMIONES

LIMITES DE EDADES: La edad límite para la suscripción de la póliza es de 70 años y la edad límite de permanencia es hasta los 71 años.

Queda entendido y convenido que la presente póliza además de cubrir la actividad descripta anteriormente; cubre las siguientes actividades: Servicio de transporte urbano de carga - Carga y Descarga.

LIMITE DE EDAD MÍNIMA: La edad límite mínima para la suscripción de la póliza es de 16 años.

AMBITO DE COBERTURA
Queda entendido y convenido que la presente póliza brinda cobertura en toda la Republica Argentina como así tambien en aquellos paises con los que el país mantiene relaciones diplomaticas, siempre que las personas nominadas se encuentren cumpliendo actividades relacionadas a la actividad descripta en póliza.

RENTA DIARIA POR INTERNACIÓN: Se establece un plazo de espera de 3 días. Período máximo de cobertura treinta (30) días, abonandose desde el primero superado el plazo de espera.

USO MOTOCICLETAS IN ITINERE: Contrariamente a lo mencionado en el Inciso o) de las Exclusiones de las Condiciones Generales Comunes-Cláusula 6 de la presente póliza se autoriza el uso de motocicletas para el riesgo in itinere entendiendosé el mismo cuando ocurra en el trayecto directo e inmediato entre el lugar donde el asegurado desempeña su actividad y su domicilio particular; siempre y cuando el asegurado no hubiera alterado o interrumpido dicho trayecto por razones ajenas al trabajo.

EN CASO DE ACCIDENTE COMUNICARSE CON NUESTRO DE CENTRO DE ASISTENCIA PRESTACIONAL AL TELEFONO 0800-222-3123
La cobertura de asistencia médica de este seguro es de carácter prestacional, de conformidad con las definiciones establecidas en las "Condiciones Específicas Cobertura de Servicios Médicos (5)". No obstante el asegurado puede requerir la atención de un Prestador Médico no incluido en el listado, en cuyo caso serán válidas las definiciones establecidas en las "Condiciones Específicas Cobertura de Reembolso de Gastos Médicos (4)", estas modalidades de atención son excluyentes entre sí.

PROTESIS BUCODENTALES:
Queda entendido y convenido que contrariamente a lo establecido en las Cláusula 5 de las Condiciones Específicas, este seguro cubre el reembolso de gastos por prótesis bucodentales con el fin de cumplir una función supletoria de aquella parte del cuerpo afectada como consecuencia inmediata de un accidente.

ACCIDENTES PUNZOCORTANTES / SEROLOGICOS:
Queda entendido y convenido que contrariamente a lo establecido en el Anexo I, Punto u), de las Condiciones Generales Comunes-Exclusiones, la presente póliza ampara en forma excepcional y solamente para la cobertura de Asistencia Médico -Farmaceutica, los análisis de serología de HIV-SIDA y HEPATITIS B, y el eventual tratamiento antirretroviral en profilaxis posterior al episodio llevados a cabo por la autoridad médica que a tal efecto designe esta aseguradora. La atención se dará durante las 24 horas mediante el llamado al siguiente teléfono: 0800-222-3123.

LUMBALGIAS
Contrariamente a lo establecido en el punto iii. del inc. d) de la Cláusula 2 - Definiciones -, se establece que esta póliza cubre lumbalgias cuando se produzcan como consecuencia directa e inmediata de un accidente.

ESTADO DE EBRIEDAD / ABUSO DE ALCOHOL
(Aplicable cuando el asegurado conduzca un vehículo automotor)
Debe interpretarse que una persona se encuentra en estado de ebriedad si conduciendo un vehículo se niega a practicarse el examen de alcoholemia (u otro que corresponda), o cuando habiéndose practicado éste arroje un resultado igual o superior a un gramo de alcohol por 1.000 gramos de sangre al momento del accidente. A los fines de su comprobación queda establecido que la cantidad de alcohol en la sangre de una persona desciende a razón de 0,11 gramos por 1.000 cada hora.

ACTOS NOTORIAMENTE PELIGROSOS
Se deja establecido que además de los comúnmente aceptados, debe entenderse como hecho notoriamente peligroso o riesgoso, y por ende contemplado dentro del Anexo I (Riesgos No cubiertos / Exclusiones a la Cobertura), todo siniestro del asegurado que se produjera al estar como conductor ó acompañante de un vehículo en el que el conductor no posea registro vigente otorgado por autoridad competente que lo habilite a desempeñar dicha función.

Sr. Tomador / Contratante del Seguro: Le informamos que si Ud. desea una copia por medio magnético de los Certificados Individuales de Incorporación a la Cobertura (conforme a lo establecido en el Art. 6 de la Resolución General N 24.697 de la SSN), puede solicitarla a seguros@fedpat.com.ar especificando el contratante y número de póliza.

FRENTE DE PÓLIZA - CONDICIONES PARTICULARES (CONTINUACIÓN)

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN	ACCIDENTES PERSONALES	PRODUCTO	A.P. PRESTACIONAL	PÓLIZA	9148187

Cantidad de asegurados vigentes: 1
IMPORTANTE: Ver el detalle de los asegurados con sus coberturas y sumas aseguradas en el ANEXO A LAS CONDICIONES DE POLIZA - NOMINA

CLAUSULA BENEFICIARIO Y NO REPETICION

El presente seguro cubre los accidentes que sufran los asegurados indicados en las Condiciones Particulares de póliza y por las indemnizaciones especificadas en la misma mientras permanezcan al servicio de las personas o empresas que se mencionan en el detalle por certificado o mientras éstas tengan un interés económico lícito sobre su vida o salud.
Se instituye beneficiario en primer término a éstas personas o empresas que se mencionan en el detalle por certificado, con preeminencia sobre los restantes beneficiarios, que conservaran su derecho solo sobre el saldo de la prestación:
a) por el monto que resultase de cualquier responsabilidad civil o legal que tuviera que asumir, con motivo de accidentes cubiertos por la póliza que sufrieran los asegurados.
b) por el monto del perjuicio concreto resultante de un interés económico lícito que demostrara con respecto a la vida o salud de los asegurados, cuando estos sufrieran accidentes cubiertos por el contrato.
Previa citación a las mismas para que en el término de tres días invoquen su derecho al cobro preferente conforme con los términos anteriores, el pago del saldo de las prestaciones se harán directamente a los asegurados o beneficiarios que justifiquen sus derechos. En caso de desacuerdo entre los interesados se consignará judicialmente el importe.
Esta Aseguradora se obliga a mantener indemnes a las personas o empresas mencionadas dentro de los alcances previstos en la presente póliza, renunciando a ejercer la acción de repetición y en consecuencia no se subrogará en los derechos del asegurado y/o tercero reclamante y no accionará contra las mismas, y/o sus directores, y/o empleados

Empresa: R P B SOCIEDAD ANONIMA - cuit: 30663137375
CUIP:
0726201002000000000000000000091481870000000000099202351239766-10000083475200000017080700 76

En caso de siniestro, la falta de presentación de la información y/o documentación solicitada en la Resolución Nº 28/2018 de la Unidad de Información Financiera (U.I.F.), no obstará al pago correspondiente, si obrara en poder de la aseguradora la documentación requerida por la legislación aplicable en materia de seguros, sin perjuicio de la responsabilidad del Sujeto Obligado de evaluar adecuadamente esa falta de presentación de información y/o documentación, a la luz de la normativa aplicable en materia de prevención de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

*****El Asegurado o Tomador puede solicitar en cualquier momento a la Aseguradora un ejemplar en original de la presente documentación*****

ANEXO I - EXCLUSIONES

Condiciones Generales Comunes - Cláusula 6: Exclusiones

Quedan excluidos de la cobertura que otorga la Póliza los daños sufridos por el Asegurado que sean consecuencia inmediata o mediata de:
a) Accidentes que no encuadren dentro de la definición de "Accidente" incorporada en la Cláusula 2, inciso d), de las presentes Condiciones Generales Comunes, o cualquier otra definición de Accidente que la reemplace en esta Póliza.
b) Enfermedades de cualquier naturaleza inclusive las originadas por la picadura de insectos, salvo lo especificado en la Cláusula 2, inciso d), de las presentes Condiciones Generales Comunes, o en cualquier otra definición de Accidente que la reemplace en esta Póliza.
c) Acción de los rayos "x" y similares, y de cualquier elemento radioactivo u originadas en reacciones nucleares.
d) lesiones imputables a esfuerzo, salvo los casos contemplados en la Cláusula 2, inciso d), de las presentes Condiciones Generales Comunes, o en cualquier otra definición de Accidente que la reemplace en esta Póliza.
e) Insolación; quemaduras por rayos solares, enfriamiento y demás efectos de las condiciones atmosféricas o ambientales.
f) Psicopatías o enfermedades psiquiátricas transitorias o permanentes, excepto que las mismas provengan de estrés post-traumático o de reacciones vivenciales reactivas de un Accidente cubierto sufrido por el Asegurado.
g) Operaciones quirúrgicas o tratamientos, salvo que sobrevengan como consecuencia inmediata de un Accidente cubierto o del tratamiento de las lesiones por él producidas.
h) Accidentes que el Asegurado y/o Beneficiario provoquen -por acción u omisión- dolosamente o con culpa grave o el Asegurado 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.
i) Suicidio; pactos o acuerdos de suicidio.
j) Lesiones autoinflingidas, aún cuando sean cometidas en estado de enajenación mental.
k) Accidentes causados por vértigos, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que ocurran por estado de enajenación mental, salvo que tales trastornos sean consecuencia inmediata de un Accidente cubierto, tal como se lo define en la Cláusula 2, inciso d), de las presentes Condiciones Generales Comunes, o en cualquier otra definición de Accidente que la reemplace en esta Póliza.
l) Estado de ebriedad o por estar el Asegurado bajo la influencia de estupefacientes o alcaloides.
m) 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.
n) Accidentes derivados de la navegación aérea no realizada en líneas de transporte aéreo regular, salvo acuerdo en contrario.
o) Accidentes derivados del uso de motocicletas y vehículos similares, salvo acuerdo en contrario.
p) Accidentes derivados de la práctica de deportes que no sean los enumerados en el punto v), inciso d) de Cláusula 2 de las presentes Condiciones Generales Comunes o en cualquier otra definición de Accidente que la reemplace en esta Póliza, o en condiciones distintas a las allí enunciadas.
q) Accidentes derivados de la realización de trabajos en altura superiores a los 6 (seis) metros, salvo acuerdo en contrario.
r) Todo y cualquier acto o hecho de guerra, de guerra civil, de guerrillas, de rebelión, insurrección o revolución, de conmoción civil o de terrorismo.
s) Todo y cualquier acto o hecho de sedición, motín, tumulto popular, vandalismo, huelga o lock-out, cuando el Asegurado participe como elemento activo.
t) 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 los incisos r) a t) se presume que son consecuencia de los mismos, salvo prueba en contrario del Asegurado y/o Beneficiario.

Condiciones Generales Específicas - Accidentes de Tránsito Terrestre - Cláusula 3: Exclusiones

A las exclusiones previstas en la Cláusula 6 de las Condiciones Generales Comunes y las previstas en las correspondientes Condiciones Específicas, se agregan a efectos de la presente, las siguientes exclusiones:

a) Los Accidentes causados por el Asegurado como conductor cuando este:
i) Careciera de registro para conducir;
ii) Infringiera temerariamente disposiciones esenciales del reglamento de tránsito, tales como exceso de velocidad, tránsito por vías prohibidas o a contramano;
iii) Violara la prioridad de paso;
iv) Transportara en el vehículo un número de personas superior al autorizado;
v) No cumpliera cualquier disposición de tránsito emanada de autoridad competente.
b) Los Accidentes ocurridos al Asegurado mientras viaje como pasajero en otros medios de transporte distintos a los indicados en la Cláusula 1 de estas Condiciones Generales Específicas.

Condiciones Específicas ¿ Cobertura de Reembolso de Gastos por Prótesis y Órtesis - Cláusula 5: Exclusiones

A las exclusiones previstas en la Cláusula 6 de las Condiciones Generales Comunes, se agregan a efectos de la presente cobertura las siguientes:
a) Prótesis u Órtesis que no se encuentren expresamente detalladas en el en el Listado de Prótesis y Órtesis adjunto a la presente.
b) Prótesis utilizadas con fines estéticos.
c) Prótesis bucodentales.
d) Prótesis miogénicas o bioeléctricas.
e) Renovaciones de Prótesis u Órtesis del Asegurado preexistentes al comienzo de la presente cobertura.
f) Prótesis u Órtesis que sean reembolsables al Asegurado por una Obra Social y/o sistema de medicina privada al que se encuentre afiliado el Asegurado.

ANEXO A - CONDICIONES GENERALES COMUNES

Cláusula 1: Ley de las partes contratantes - Estructura de la Póliza

Las partes contratantes se someten a las disposiciones de la Ley de Seguros Nº 17.418 y a las de la presente Póliza que la complementan o modifican, cuando ello es admisible.
Esta Póliza consta de Condiciones Generales Comunes, Condiciones Generales Específicas, Condiciones Específicas, Cláusulas Adicionales y Condiciones Particulares.
En caso de discordancia, las mismas regirán en el siguiente orden de prelación:
a) Condiciones Particulares
b) Cláusulas Adicionales
c) Condiciones Específicas
d) Condiciones Generales Específicas
e) Condiciones Generales Comunes

Cláusula 2: Definiciones

A los fines de la presente Póliza los términos que se indican a continuación tendrán exclusivamente los siguientes significados y alcances:

a) Póliza: es el documento emitido por el Asegurador que instrumenta el contrato de seguro suscripto por el Tomador y en el que se establecen las condiciones, riesgos cubiertos, límites, alcances y exclusiones del seguro. Forman también parte de la misma todos los formularios, suplementos y endosos relacionados con el presente seguro.
b) Asegurador: Federación Patronal Seguros S.A.U.
c) Beneficiario: es aquella persona designada por el Asegurado, a quien el Asegurador debe abonar las prestaciones previstas en la Póliza para el caso de Muerte del Asegurado o, a falta de designación, sus herederos legales.
d) Accidente: Se entiende por Accidente toda lesión corporal que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta, sufrida por el Asegurado independientemente de su voluntad, por la acción repentina y violenta de o con un agente externo.
Se considera también Accidente a:
i) La asfixia o intoxicación por vapores o gases; la asfixia por inmersión u obstrucción en el aparato respiratorio que no provenga de una enfermedad; la intoxicación o envenenamiento por ingestión de sustancias tóxicas o alimentos en mal estado consumidos en lugares públicos o adquiridos en mal estado.
ii) Las quemaduras de todo tipo producidas por cualquier agente, salvo lo dispuesto en la Cláusula 6 de las presentes Condiciones Generales.
iii) El carbunclo, tétanos u otras infecciones microbianas o intoxicaciones cuando sean de origen traumático; rabia, luxaciones articulares y distensiones, dilaceraciones y roturas musculares, tendinosas y viscerales (excepto lumbalgia, várices y hernias) causadas por esfuerzo repentino y evidentes al diagnóstico.
Salvo las exclusiones establecidas en la Cláusula 6 de las presentes Condiciones Generales, el seguro también cubre:
iv) Los Accidentes que puedan ocurrir al Asegurado, ya sea en el ejercicio de su profesión declarada o mientras se halle prestando servicio militar en tiempo de paz, en su vida particular, o mientras se encuentre circulando o viajando en vehículo particular o público, terrestre o acuático, propio o ajeno, conduciéndolo o no, o en líneas de transporte aéreo regular.
v) Los Accidentes que puedan ocurrir al Asegurado durante la participación y/o práctica de los siguientes deportes y/o entretenimientos: 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, gimnasia, golf, handball, hockey sobre césped, natación, paddle, patinaje, pelota a paleta, pelota al cesto, pesca (salvo en altamar), remo, squash, tenis, tiro (en polígonos habilitados), volleyball y waterpolo.
vi) Los Accidentes que puedan ocurrir al Asegurado durante su tránsito o permanencia en el extranjero, salvo en aquellos países que no mantengan relaciones diplomáticas con la República Argentina.
e) Suma Asegurada: es el límite máximo de la indemnización que se establecerá en las Condiciones Particulares para cada cobertura que se otorgue por la presente Póliza y que el Asegurador abonará en caso de ocurrencia de alguno de los riesgos previstos en las Condiciones Específicas y Adicionales anexas a esta Póliza, como consecuencia de un Accidente (o varios) ocurrido durante el período de vigencia del seguro. Se estipulará una Suma Asegurada para cada riesgo cubierto por la Póliza.

Cláusula 3: Personas Asegurables

Se consideran asegurables las personas físicas que cumplan con los siguientes requisitos:
a) Edad: estén comprendidas entre la edad mínima y máxima de incorporación al seguro establecidas en las Condiciones Particulares de esta Póliza.
b) Requisitos de asegurabilidad: cumplimenten a satisfacción del Asegurador los requisitos de asegurabilidad establecidos en la Póliza.

Cláusula 4: Personas No Asegurables

Anulada según Resolución Nº 37.270 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.

Cláusula 5: Objeto del Seguro

El Asegurador se compromete al pago de las indemnizaciones estipuladas en la Póliza, en el caso de que la persona designada como Asegurado sufra durante el período de vigencia del seguro algún Accidente que fuere la causa originaria de alguno de los riesgos cubiertos establecidos en las Condiciones Específicas anexas a esta Póliza y siempre que las consecuencias del Accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha del mismo.

Cláusula 6: Exclusiones

Quedan excluidos de la cobertura que otorga la Póliza los daños sufridos por el Asegurado que sean consecuencia inmediata o mediata de:
a) Accidentes que no encuadren dentro de la definición de "Accidente" incorporada en la Cláusula 2, inciso d), de las presentes Condiciones Generales Comunes, o cualquier otra definición de Accidente que la reemplace en esta Póliza.
b) enfermedades de cualquier naturaleza inclusive las originadas por la picadura de insectos, salvo lo especificado en la Cláusula 2, inciso d), de las presentes Condiciones Generales Comunes, o en cualquier otra definición de Accidente que la reemplace en esta Póliza.
c) acción de los rayos "x" y similares, y de cualquier elemento radioactivo u originadas en reacciones nucleares.
d) lesiones imputables a esfuerzo, salvo los casos contemplados en la Cláusula 2, inciso d), de las presentes Condiciones Generales Comunes, o en cualquier otra definición de Accidente que la reemplace en esta Póliza.
e) insolación; quemaduras por rayos solares, enfriamiento y demás efectos de las condiciones atmosféricas o ambientales.
f) psicopatías o enfermedades psiquiátricas transitorias o permanentes, excepto que las mismas provengan de estrés post-traumático o de reacciones vivenciales reactivas de un Accidente cubierto sufrido por el Asegurado.
g) operaciones quirúrgicas o tratamientos, salvo que sobrevengan como consecuencia inmediata de un Accidente cubierto o del tratamiento de las lesiones por él producidas.
h) Accidentes que el Asegurado y/o Beneficiario provoquen ¿por acción u omisión- dolosamente o con culpa grave o el Asegurado 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.
i) suicidio; pactos o acuerdos de suicidio.
j) lesiones autoinflingidas, aún cuando sean cometidas en estado de enajenación mental.
k) Accidentes causados por vértigos, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que ocurran por estado de enajenación mental, salvo que tales trastornos sean consecuencia inmediata de un Accidente cubierto, tal como se lo define en la Cláusula 2, inciso d), de las presentes Condiciones Generales Comunes, o en cualquier otra definición de Accidente que la reemplace en esta Póliza.
l) estado de ebriedad o por estar el Asegurado bajo la influencia de estupefacientes o alcaloides.
m) 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.
n) Accidentes derivados de la navegación aérea no realizada en líneas de transporte aéreo regular, salvo acuerdo en contrario.
o) Accidentes derivados del uso de motocicletas y vehículos similares, salvo acuerdo en contrario.
p) Accidentes derivados de la práctica de deportes que no sean los enumerados en el punto v), inciso d) de Cláusula 2 de las presentes Condiciones Generales Comunes o en cualquier otra definición de Accidente que la reemplace en esta Póliza, o en condiciones distintas a las allí enunciadas.
q) Accidentes derivados de la realización de trabajos en altura superiores a los 6 (seis) metros, salvo acuerdo en contrario.
r) Todo y cualquier acto o hecho de guerra, de guerra civil, de guerrillas, de rebelión, insurrección o revolución, de conmoción civil o de terrorismo.
s) Todo y cualquier acto o hecho de sedición, motín, tumulto popular, vandalismo, huelga o lock-out, cuando el Asegurado participe como elemento activo.
t) 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 los incisos r) a t) se presume que son consecuencia de los mismos, salvo prueba en contrario del Asegurado y/o Beneficiario.

Cláusula 7: Pago del Premio

El premio correspondiente deberá ser abonado al Asegurador a través de alguno de los medios de pago estipulados en las Condiciones Particulares.

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

Cláusula 8: Primas del Seguro: Modificación

En caso de pactarse expresamente en la referida Cláusula de Cobranza del Premio la renovación automática de la presente póliza, las primas podrán ser ajustadas en cada vencimiento previo a la renovación de la póliza por el Asegurador con el objeto de adecuar la prima al verdadero estado del riesgo, sobre la base de la información que a tales efectos se requerirá al Tomador.

El Asegurador comunicará por escrito al Tomador las nuevas primas resultantes con una anticipación no inferior a treinta (30) días del vencimiento de la vigencia de la póliza a renovar.

La diferencia se considerará aprobada y la renovación aceptada por el Tomador si no reclama dentro de los treinta (30) días de haber recibido dicha comunicación.

Cláusula 9: Designación de Beneficiario

La designación de Beneficiario se hará por escrito y es válida aunque se notifique al Asegurador después del evento previsto.

Designadas varias personas sin indicación de proporciones, 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 fijan proporciones, 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 legales (Arts. 145 y 146 - L. de S.).

Cláusula 10: Cambio de Beneficiario

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 de Beneficiario.

En caso de imposibilidad de abonar el seguro por duda sobre la designación o cambio de Beneficiario o en cuanto a los herederos legales, el Asegurador consignará judicialmente el importe en la forma que corresponda según la situación que se presentara, dejando así liberada a resolución judicial la determinación de la persona o personas beneficiarias.

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.

Cláusula 11: Pluralidad de Seguros

Si se contratara más de un seguro de Accidentes Personales con distintos aseguradores cubriendo la misma persona por el mismo riesgo o parte de él, deberá comunicarse sin dilación tal circunstancia a cada Asegurador con indicación de la suma y riesgo asegurado.

Si al momento de contratar el presente seguro se hubiera omitido informar la existencia de otros seguros de los descriptos precedentemente, se estará a lo indicado en la Cláusula 12: Reticencia o Falsa Declaración. Por otra parte, si se omitiera informar la contratación de otros seguros de los descriptos precedentemente durante la vigencia de esta cobertura, se estará a lo indicado en la Cláusula 13: Agravación o Modificación del Riesgo.

No hay obligación de notificar los riesgos de Accidentes Personales que se cubran accesoriamente en otras ramas de seguros ni los seguros específicos de aeronavegación.

Cláusula 12: Reticencia o Falsa Declaración

Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Tomador y/o 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 Articulo 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 Tomador y del Asegurado (Art. 10 - L. de S.).

Cláusula 13: Agravación o Modificación del Riesgo

El Asegurado y/o Tomador deben 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.
c) Fijación de residencia fuera del país.
d) Contratación de otros seguros de Accidentes Personales con otros aseguradores cubriendo la misma persona por el mismo riesgo o parte de él (Cláusula 11 - Pluralidad de Seguros).

Cuando la agravación se deba a un hecho del Asegurado y/o Tomador la cobertura queda suspendida. El Asegurador, en el término de siete días, deberá notificar su decisión de rescindir (Art. 39 - L. de S.).
Cuando la agravación resulte de un hecho ajeno al Asegurado y/o Tomador, el Asegurador deberá notificarle su decisión de rescindir dentro del término de un mes y con un preaviso de siete días. Se aplicará el Artículo 39 de la Ley de Seguros si el riesgo no se hubiera asumido según las prácticas comerciales del Asegurador (Art. 40 - L. de S.).

No obstante, cuando la agravación provenga del cambio de la profesión o actividad del Asegurado, y si de haber existido ese cambio al tiempo de la celebración el Asegurador hubiera concluido el contrato por una prima mayor, la Suma Asegurada se reducirá en proporción a la prima pagada. Esta regla no se aplica a las exclusiones previstas en la presente Póliza.

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 del seguro en curso (Art.41 - L. de S.).

Cláusula 14: Denuncia del Accidente. Procedimiento. Cargas del Asegurado y/o Beneficiario

El Asegurado y/o el Beneficiario -según corresponda- comunicará por escrito al Asegurador el Accidente dentro del plazo de 3 días de ocurrido, bajo pena de perder el derecho a ser indemnizado, salvo que acredite caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.

Desde el momento de hacerse aparentes las lesiones, el Asegurado accidentado deberá someterse, a su cargo, a un tratamiento médico racional y seguir las indicaciones del facultativo que lo asiste; también deberá enviarse al Asegurador un certificado del médico que atiende al Asegurado expresando las causas y naturaleza de las lesiones que éste presente, sus consecuencias conocidas o presuntas y la constancia de que se encuentra sometido a un tratamiento racional.

El Asegurado remitirá al Asegurador cada 15 días certificaciones médicas que informen sobre la evolución de las lesiones y actualicen el pronóstico de curación. Asimismo, el Asegurado deberá someterse al examen de los médicos del Asegurador cada vez que éste lo solicite.

El Asegurado y/o el Beneficiario también está obligado a suministrar al Asegurador la información y/o prueba instrumental que éste le solicite a fin de poder verificar el siniestro y la extensión de la prestación a su cargo, como así también a permitirle al Asegurador efectuar las indagaciones necesarias a tales fines.

En caso de Muerte del Asegurado, el Asegurador se reserva el derecho de exigir la autopsia o la exhumación del cadáver para establecer las causas del fallecimiento, debiendo el Beneficiario prestar su conformidad y colaboración para la obtención de las correspondientes autorizaciones. La autopsia o la exhumación deberá efectuarse con citación del Beneficiario, quien podrá designar un médico para que lo represente. Los gastos de la autopsia o de la exhumación serán a cargo del Asegurador, salvo los derivados del representante médico designado por el Beneficiario.

El incumplimiento por parte del Asegurado y/o del Beneficiario -según corresponda- de las cargas impuestas en esta Cláusula producirá la caducidad automática de los derechos indemnizatorios que otorga la presente Póliza.

Cláusula 15: Valuación por Peritos

Si no hubiera acuerdo entre el Asegurador y el Asegurado y/o Beneficiario -según corresponda-, 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 tercer facultativo 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 fuera designado en el plazo establecido en precedentemente, la parte más diligente podrá requerir su nombramiento a la Secretaría de Estado de Salud Pública de la Nación o al organismo que en el futuro lo reemplace.

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

Cláusula 16: Cumplimiento de la Prestación por el Asegurador

El Asegurador efectuará el pago correspondiente en caso de siniestro, de acuerdo a lo establecido en cada Condición Específica, dentro de los 15 días de notificado el mismo o de cumplidos los requisitos establecidos en la Cláusula 14 de las presentes Condiciones Generales Comunes o en la respectiva Condición Específica, lo que sea posterior.

Cláusula 17: Caducidad por incumplimiento de Obligaciones y Cargas

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

Cláusula 18: Rescisión de la Póliza

El Tomador y el Asegurador tendrán derecho a rescindir la Póliza sin expresar causa. Si el Asegurador ejerce la facultad de rescindir, deberá dar un preaviso no menor de 15 días. Si el Tomador opta por la rescisión, la misma se producirá desde la fecha en que el Asegurador reciba la notificación por escrito.

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

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

Cláusula 19: Facultades del Productor o Agente

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

Cláusula 20: Domicilio para Denuncias y Declaraciones

El domicilio en que las partes deben efectuar las denuncias y declaraciones previstas en la Ley de Seguros o en la presente Póliza, es el último declarado (artículo 15 y 16 de la Ley de Seguros).

Cláusula 21: Cómputo de los Plazos

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

Cláusula 22: Prescripción

Las acciones fundadas en el presente contrato prescriben en el plazo de un año, computado desde que la correspondiente obligación es exigible.

Cláusula 23: Prórroga de Jurisdicción

Toda controversia judicial que se plantee en relación al presente contrato, se sustanciará ante los jueces competentes de la ciudad de 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 A - CONDICIONES GENERALES COMUNES

A - CLÁUSULA DE COBRANZA DEL PREMIO

ARTÍCULO 1º: El premio de este seguro (anual, mensual, bimestral, trimestral, cuatrimestral o semestral, según se indique en las Condiciones Particulares), debe pagarse al contado en la fecha de iniciación de la vigencia de cada período de facturación.
El comienzo de la cobertura de la Póliza tendrá lugar a partir de la fecha y hora del recibo que acredite el pago del premio, o de la fecha consignada como inicio de vigencia de la Póliza, la que fuere posterior.
Si el Asegurador lo aceptase, el premio podrá fraccionarse en cuotas iguales y consecutivas, cuyos vencimientos obrarán en las Condiciones Particulares, pero a la primera de ellas, que deberá pagarse al contado, se le agregará además el total del I.V.A. correspondiente al contrato (punto 6 del inciso b del art. 5º de la Ley de Impuesto al Valor Agregado).
El premio no será exigible sino contra entrega de la Póliza o certificado de cobertura.
Se entiende por premio la prima más los impuestos, tasas, gravámenes y todo otro recargo adicional a la misma.

ARTÍCULO 2º: Se acuerda un plazo de gracia de 30 días corridos contados a partir de la fecha de vencimiento de cada uno de los pagos del premio, lapso durante el cual la cobertura que otorga la Póliza mantendrá su plena vigencia. El plazo de gracia antes mencionado no resulta aplicable al pago del premio correspondiente a la primera cuota.
Si el premio no fuera abonado en dicho lapso, la cobertura quedará automáticamente suspendida desde la hora doce (12) del día del vencimiento de dicho plazo, sin necesidad de interpelación extrajudicial o judicial alguna ni constitución en mora, la que se producirá por el sólo vencimiento de dicho plazo; debiendo el Asegurado y/o Tomador abonar el premio corrido hasta el vencimiento del plazo de gracia.
Se deja expresamente establecido que no entrará en vigencia la cobertura de ninguna facturación en tanto no estuviera totalmente cancelado el premio anterior.

ARTÍCULO 3º: Toda rehabilitación de la cobertura suspendida por falta de pago en término surtirá efecto desde la hora doce (12) del día siguiente a aquel en que el Asegurador reciba el pago total del importe o importes vencidos. Queda entendido y convenido que la rehabilitación de la cobertura antes mencionada regirá solamente para el futuro, pero no purgará la suspensión anterior de la misma derivada de la falta de pago del premio en el término convenido.

ARTICULO 4º: Transcurridos 60 días corridos desde que se suspendió la cobertura por falta de pago, sin que el Asegurado y/o el Tomador haya cancelado el premio y rehabilitado de esta forma la cobertura, el contrato de seguro quedará automáticamente resuelto de pleno derecho por el simple vencimiento del plazo y sin necesidad de interpelación extrajudicial o judicial alguna.

ARTICULO 5º: La gestión de cobro extrajudicial o judicial del premio o saldo adeudado, no modificará la suspensión de la cobertura o la resolución del contrato conforme a lo estipulado precedentemente.

ARTICULO 6º: Las disposiciones de la presente Cláusula son también aplicables a los premios de los seguros de períodos menores de un (1) año, y a los adicionales por endoso o suplementos de la Póliza.
En este caso, el plazo de pago no podrá exceder el plazo de la vigencia, disminuido en treinta (30) días.

MEDIOS HABILITADOS DE PAGO DE PREMIOS (Anexo del punto 23.6. Inciso h) de la Res. SSN N 38.708)

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. Cheques de terceros, los que deberán ser indefectiblemente endosados por el Asegurado o Tomador de la póliza.
d. Efectivo en moneda de curso legal, mediante la utilización de un Controlador Fiscal homologado por la ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS y registrado ante la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION, únicamente hasta la suma máxima establecida en la normativa vigente.
e. Cuando la percepción de premios se materialice a través del SISTEMA UNICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (SUSS) se considerará cumplida la obligación establecida en el presente artículo.

ARTÍCULO 8º: Aprobada la liquidación de un siniestro, el Asegurador podrá descontar de la indemnización cualquier saldo o deuda vencida del mismo Asegurado por este u otros contratos (Art. 818 del Código Civil).

B - CLÁUSULA DE INTERPRETACIÓN

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

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

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

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

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

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

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

7) Sedición o Motín: Se entiende por tal al 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.

8) Tumulto Popular: Se entiende por tal a 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 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.

9) Vandalismo: Se entiende por tal al accionar destructivo de turbas que actúan irracional o desordenadamente.

10) Huelga: Se entiende por tal a 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.

11) Lock Out: Se entienden por tal:
a) El cierre de establecimientos de trabajo dispuesto por uno o más empleadores o por entidad gremial que los agrupa (reconocida o no oficialmente), o
b) El despido simultáneo de una multiplicidad de trabajadores que paralice total o parcialmente la explotación de un establecimiento.
No se tomará en cuenta la finalidad gremial o extragremial que motivó el lock out, así como tampoco su calificación de legal o ilegal.

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

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.

CONDICIONES GENERALES ESPECÍFICAS SEGURO INDIVIDUAL (II)

Cláusula 1: Definiciones

A los fines de la presente Póliza los términos que se indican a continuación tendrán exclusivamente los siguientes significados y alcances:
a. Tomador o Asegurado Titular: es la persona física o jurídica que suscribe el presente contrato de seguro con el Asegurador.
b. Asegurado: comprende tanto al ¿Asegurado Titular» como a su grupo familiar, en los casos que así hubiera sido pactado a través de la inclusión en la Póliza de la Cláusula Adicional respectiva.

Cláusula 2: Terminación de la Cobertura

La cobertura del 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 las Condiciones Particulares.
b) Por rescisión o caducidad de la Póliza.
c) Por haberse consumido totalmente la Suma Asegurada, de acuerdo a lo que se establezca en cada Condición Específica o Cláusula Adicional.
d) Por fallecimiento del Asegurado.
e) En el caso de los Asegurados familiares, por perder la calidad de Asegurado Cónyuge o Asegurado Hijo, según haya sido definida en la respectiva Cláusula Adicional.

Cláusula 1: Definiciones

A los fines de la presente Póliza, los términos que se indican a continuación tendrán exclusivamente los siguientes significados y alcances, anulando y reemplazando cualquier definición que sobre los mismos se haya introducido en las Condiciones Generales Comunes:

Accidente: se entiende por Accidente aquel sufrido por el Asegurado exclusivamente en el ejercicio de su profesión o actividad declarada en la solicitud de la cobertura, por el hecho o en ocasión del trabajo, dentro del horario y ámbitos habituales donde desempeña sus tareas, incluidos los Accidentes in itinere. Se entiende por Accidente in itinere el ocurrido en el trayecto directo e inmediato entre el lugar donde el Asegurado desempeña su actividad y su domicilio particular; siempre y cuando el Asegurado no hubiere alterado o interrumpido dicho trayecto por causas ajenas al trabajo.

Cláusula 2: Objeto del Seguro

En virtud de la redefinición del término Accidente de la Cláusula precedente, los riesgos cubiertos en cada una de las Condiciones Específicas incluidas en la Póliza serán única y exclusivamente cubiertos si los mismos se originan en un Accidente con las características descriptas precedentemente.

Cláusula 3: Agravación del Riesgo

A las agravaciones del riesgo previstas en la Cláusula 13 de las Condiciones Generales Comunes, se agregan a efectos de la cobertura las siguientes agravaciones:

a) Modificación del horario habitual en el cual desempeña sus tareas, de acuerdo a lo declarado en la solicitud.
b) Modificación del trayecto entre su domicilio y el lugar donde desempeña su actividad o viceversa.

Se mantienen invariables todas las disposiciones de las Condiciones Generales Comunes no expresamente modificadas por estas Condiciones Generales Específicas.

CONDICIONES ESPECÍFICAS COBERTURA DE MUERTE (1)

Cláusula 1: Definiciones

A los fines de la presente Póliza los términos que se indican a continuación tendrán exclusivamente los siguientes significados y alcances:

Muerte: fallecimiento del Asegurado como consecuencia inmediata de un Accidente.

Cláusula 2: Riesgos Cubiertos-Límites Indemnizatorios

El riesgo amparado por esta Condición Específica es el de Muerte del Asegurado como consecuencia inmediata de un Accidente ocurrido durante la vigencia del seguro, y siempre que el fallecimiento se produzca a más tardar dentro de un año a contar de la fecha del mismo.

El Asegurador indemnizará a el o los Beneficiarios la Suma Asegurada que se indica para esta cobertura en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Incorporación, según corresponda.

En caso de viaje aéreo del Asegurado realizado en líneas de transporte aéreo regular, si no se tuvieran noticias del avión por un período no inferior a dos meses, el Asegurador hará efectivo el pago de la Suma Asegurada prevista para esta cobertura. Si con posterioridad apareciera el Asegurado o se tuvieran noticias ciertas de él, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de las sumas abonadas.

Cláusula 3: Carácter del Beneficio

En caso de Muerte accidental el Asegurador abonará al Beneficiario el beneficio previsto para esta cobertura. Sin embargo, el Asegurador reducirá la prestación correspondiente para Muerte Accidental en los porcentajes tomados en conjunto que hubiere abonado por coberturas de Invalidez eventualmente incluidas en la Póliza, como consecuencia de un Accidente o varios ocurridos durante el período de vigencia del seguro.
En caso de Muerte del Asegurado, quedarán sin efecto las restantes coberturas, ganando el Asegurador la totalidad de la prima.

Cláusula 4: Denuncia del Fallecimiento

Ocurrido el fallecimiento del Asegurado, a los efectos de obtener el beneficio previsto en las presentes Condiciones Específicas, los Beneficiarios deberán acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 14 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos:
a) copia legalizada de la partida de defunción;
b) una declaración del médico que haya asistido al Asegurado o certificado su muerte;
c) cualquier otra documentación razonable que el Asegurador considere necesaria;
d) el testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del hecho determinante de la muerte, salvo que razones procesales lo impidieran.

CONDICIONES ESPECÍFICAS COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE - TOTAL Y PARCIAL (2)

Cláusula 1: Riesgos Cubiertos-Límites Indemnizatorios

El riesgo amparado por esta Condición Específica es el de Invalidez Permanente del Asegurado como consecuencia inmediata de un Accidente ocurrido durante la vigencia del seguro, y siempre que las consecuencias del Accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha del mismo.

Si el Accidente causare una Invalidez Permanente determinada con prescindencia de la profesión u ocupación del Asegurado, el Asegurador abonará al Asegurado una suma igual al porcentaje, sobre la Suma Asegurada indicada en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Incorporación, según corresponda, que corresponda de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida y según se indica a continuación:

INCAPACIDAD TOTAL	%
Estado absoluto e incurable de alienación mental, producido como consecuencia inmediata de un Accidente, que no permita al Asegurado ningún trabajo u ocupación, por el resto de su vida	100

Fractura incurable de la columna vertebral que determine
la invalidez total permanente. 100
INCAPACIDAD PARCIAL

a) Cabeza %

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

b Miembros superiores % %

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

c) Miembros inferiores %

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

Por pérdida total se entiende aquella que tiene lugar por la amputación o por la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano lesionado.

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

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

Por la pérdida de 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.

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

En caso que el Asegurado fuera zurdo, se invertirán los porcentajes de indemnización fijados por la pérdida de los miembros superiores.

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

Las invalideces derivadas de Accidentes sucesivos ocurridos durante un mismo período anual de la vigencia de la cobertura, serán tomadas en conjunto a fin de fijar el grado de invalidez a indemnizar por el último Accidente.

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

Cláusula 2: Carácter del Beneficio

El beneficio acordado por Invalidez Permanente es sustitutivo de la Suma Asegurada que debiera liquidarse en caso de Muerte del Asegurado, de modo que, con el pago a que se refiere el artículo anterior, si el monto abonado por Invalidez Permanente resulta coincidente con el de Muerte, el Asegurador queda liberado de cualquier otra obligación con respecto a dicho Asegurado, quedando sin efecto las restantes coberturas.

Si el monto abonado por Invalidez resultara inferior a la Suma Asegurada por Muerte, dicha liberación será parcial, por un importe igual al capital liquidado por Invalidez Permanente.

Cláusula 3: Denuncia y Comprobación de la Invalidez

Ocurrido el Accidente que diera lugar a la Invalidez Permanente del Asegurado, a los efectos de obtener el beneficio previsto en las presentes Condiciones Específicas, el Asegurado o su representante deberá acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 14 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos:

a) Constancias médicas y/o testimoniales relativas a su Invalidez Permanente: su comienzo, gravedad y causas.
b) Cualquier otra documentación razonable que el Asegurador considere necesaria.
c) El testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del Accidente determinante de la Invalidez Permanente, salvo que razones procesales lo impidieran.

Cláusula 4: Cumplimiento de la Prestación por el Asegurador ¿ Plazo de Prueba

El Asegurador, dentro de los quince (15) días de recibida la denuncia y/o las constancias a que se refiere el punto anterior y la Cláusula 15 de las Condiciones Generales Comunes, contados desde la fecha que sea posterior, deberá hacer saber al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio.

Si las comprobaciones y constancias requeridas, no resultaran concluyentes en cuanto al origen accidental de la Invalidez, a su carácter permanente 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.

La no contestación por parte del Asegurador dentro del plazo establecido, significará automáticamente el reconocimiento del beneficio reclamado.

CONDICIONES ESPECÍFICAS COBERTURA DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS (4)

Cláusula 1: Definiciones

A los fines de la presente Póliza los términos que se indican a continuación tendrán exclusivamente los siguientes significados y alcances:

a. Gastos Médicos: se entienden por tales aquellos medicamentos y/o prestaciones médicas y/o estudios médicos que hayan sido prescriptos y efectuados al Asegurado por un médico matriculado, como consecuencia inmediata de un Accidente, con exclusión de aquellos que sean reembolsables al Asegurado por una Obra Social y/o sistema de medicina privada al que se encuentre afiliado el Asegurado. Ello no incluye los gastos por viajes y estadías para tratamientos termales o convalecencias ni el suministro de lentes, aparatos ortopédicos o prótesis dentales.
b. Gastos de Traslado: son los gastos en los que incurra el Asegurado con motivo de su traslado desde, hasta o entre establecimientos de salud, siendo dicho traslado necesario para el diagnóstico o tratamiento de su patología, y respondan exclusivamente a la imposibilidad del Asegurado de movilizarse por sus propios medios, de acuerdo a indicación médica. La elección y las características del vehículo a emplear para el traslado, dependerán del estado clínico del Asegurado. Estos traslados, salvo casos de urgencia que no permitan cumplimentar este requisito, requerirán la previa autorización de la auditoría médica del Asegurador.
c. Deducible: es el importe o porcentaje de la Suma Asegurada que se encontrará a cargo del Asegurado en cada siniestro cubierto por estas Condiciones Específicas y será el previsto en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Incorporación, según corresponda.

Cláusula 2: Riesgos Cubiertos-Límites Indemnizatorios

El riesgo amparado por esta Condición Específica es el de los Gastos Médicos y Gastos de Traslado incurridos por el Asegurado como consecuencia inmediata de un Accidente ocurrido durante la vigencia del seguro, y siempre que las consecuencias del Accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha del mismo.

El Asegurador deberá abonar los Gastos Médicos y Gastos de Traslado incurridos, con detracción del Deducible, contra la presentación de la factura y/o comprobante de pago respectivo, hasta un máximo equivalente a la Suma Asegurada de esta Condición Específica, indicada en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Incorporación, según corresponda.

Se podrán establecer Sumas Aseguradas y/o Deducibles diferenciados para el caso de Accidentes ocurridos dentro del territorio de la República Argentina o bien en el extranjero.

Cláusula 3: Carácter del Beneficio

Queda entendido y convenido que en caso de siniestro que afecte las restantes coberturas no se deducirán de las mismas los importes que se hubieran abonado en concepto de Gastos Médicos y Gastos de Traslado, ya que esta cobertura es adicional e independiente de las demás.

Cláusula 4: Documentación a presentar

Ocurrido el Accidente que diera lugar a los Gastos Médicos y Gastos de Traslado cubiertos por la presente Condición Específica, a los efectos de obtener el beneficio previsto, el Asegurado o su representante deberá acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 14 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos:
a) Las facturas originales respecto de las cuales solicita el reintegro, en las cuales deberá constar la identificación de los conceptos facturados.
b) Copia de la receta u orden médica que prescribe la necesidad del medicamento, tratamiento, análisis o prestación, según se trate.
c) Troquel original de los medicamentos adquiridos respecto de los cuales se solicita el reintegro, salvo que el mismo deba ser entregado a los fines de obtener un descuento o un reintegro de una Obra Social y/o sistema de medicina privada al que se encuentre afiliado el Asegurado, circunstancia que deberá surgir de la receta u orden médica citada en el inciso anterior y/o de las facturas del inciso a) precedente.

CONDICIONES ESPECÍFICAS COBERTURA DE SERVICIOS MÉDICOS (5)

Cláusula 1: Definiciones

A los fines de la presente Póliza los términos que se indican a continuación tendrán exclusivamente los siguientes significados y alcances:

a. Servicio Médico: se entiende por tal a la Atención Médica y/o Farmacéutica a la que haya sido sometido el Asegurado, prescripta por un médico matriculado y producida como consecuencia inmediata de un Accidente, con exclusión de aquellos que sean cubiertos al Asegurado por una Obra Social y/o sistema de medicina privada al que se encuentre afiliado el Asegurado.
b. Atención Médica: se incluyen bajo este concepto la totalidad de 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.
c. Atención Farmacéutica: se incluye bajo este concepto la provisión de la totalidad de los medicamentos que pudiere requerir la atención de la afección del Asegurado, tanto sea

para su tratamiento ambulatorio como durante una internación.
d. Prestador Médico: se entiende por tal al médico o institución médica con quien el Asegurador posee convenio para otorgar los Servicios Médicos cubiertos por la presente Condición Específica y que se informa al Asegurado mediante el listado respectivo.
e. Gastos de Traslado: son los gastos en los que incurra el Asegurado con motivo de su traslado desde, hasta o entre establecimientos de salud, siendo dicho traslado necesario para el diagnóstico o tratamiento de su patología, y respondan exclusivamente a la imposibilidad del Asegurado de movilizarse por sus propios medios, de acuerdo a indicación médica. La elección y las características del vehículo a emplear para el traslado, dependerán del estado clínico del Asegurado. Estos traslados, salvo casos de urgencia que no permitan cumplimentar este requisito, requerirán la previa autorización de la auditoría médica del Asegurador.

Cláusula 2: Riesgos Cubiertos-Límites Indemnizatorios

El riesgo amparado por esta Condición Específica es el de la prestación de los Servicios Médicos requeridos y Gastos de Traslado incurridos por el Asegurado, como consecuencia inmediata de un Accidente ocurrido durante la vigencia del seguro, y siempre que las consecuencias del Accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha del mismo.

El Asegurador, a través de la red de Prestadores con la cual posee convenio y cuyo listado se encuentra a disposición del Asegurado, brindará a este último las prestaciones de Servicio Médico que éste pudiere demandar, originadas en un Accidente cubierto por la presente cobertura.

Atento que la cobertura prevista para los Servicios Médicos es de carácter estrictamente prestacional, si el Asegurado incurriera en cualquier gasto médico o si recibiera atención médica de un Prestador Médico distinto a los indicados por el Asegurador, no se efectuará reintegro alguno de los mismos.

Únicamente en los casos en que resultara 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 en un Prestador Médico no incluido en el listado, dando inmediato aviso al Asegurador. Sólo en este supuesto, el Asegurador, previa verificación de los hechos, reintegrará los gastos derivados de los Servicios Médicos recibidos por el Asegurado, dentro de los 15 días de efectuado el reclamo y de adjuntada la documentación correspondiente, incluidas las facturas originales respecto de las cuales se solicita el reintegro con indicación de los conceptos facturados.

El Asegurador responderá por la prestación (o el reembolso según lo indicado en el párrafo precedente) de los Servicios Médicos y Gastos de Traslado hasta la Suma Asegurada Máxima establecida en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Incorporación, según corresponda, para esta cobertura por todo y cada Accidente cubierto por la Póliza.

Queda expresamente convenido que el Asegurador no será responsable por los daños y perjuicios producidos por los profesionales intervinientes con motivo de la prestación de los Servicios Médicos al Asegurado.

En el caso que el Asegurado requiera los servicios del Prestador Médico con motivo de una emergencia o urgencia médica y que una vez prestados los mismos se verifique que dicha atención no respondía a un Accidente cubierto por las presentes Condiciones Específicas, el Asegurador se reserva el derecho a recuperar del Asegurado el monto de las prestaciones otorgadas por el Prestador Médico en razón de la presente cobertura.

Cláusula 3: Carácter del Beneficio

Queda entendido y convenido que en caso de siniestro que afecte las restantes coberturas no se deducirán de las mismas importe alguno en concepto de Servicios Médicos o Gastos de Traslado, ya que esta cobertura es adicional e independiente de las demás.

Cláusula 4: Documentación a presentar

Ocurrido el Accidente que diera lugar a los Servicios Médicos o Gastos de Traslado cubiertos por la presente Condición Específica, a los efectos de obtener el beneficio previsto, el Asegurado o su representante deberá:
- Presentarse ante el Prestador Médico con Documento de Identidad y el Formulario de Denuncia del Siniestro.
- Cumplimentar los requisitos relativos a la denuncia del Accidente que dio origen al reclamo, de conformidad a lo establecido en la Cláusula 14 de las Condiciones Generales Comunes.
- En caso de solicitar reintegro de gastos, las facturas originales respecto de las cuales solicita el reintegro, en las cuales deberá constar la identificación de los conceptos facturados.

CONDICIONES ESPECÍFICAS COBERTURA DE RENTA DIARIA POR INTERNACIÓN (7)

Cláusula 1: Definiciones:

A los fines de la presente Póliza los términos que se indican a continuación tendrán exclusivamente los siguientes significados y alcances:

a. Renta Diaria por Internación: se entiende por tal a la prestación que el Asegurador otorgará por cada día que el Asegurado permanezca internado u hospitalizado en un Establecimiento Asistencial (hasta la cantidad máxima de días prevista en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Incorporación, según corresponda) como consecuencia inmediata de un Accidente.
b. Establecimiento Asistencial: es un establecimiento médico que se halle legalmente autorizado, que posea servicios de enfermería durante las 24 horas del día y que esté equipado para cirugía mayor.
c. Internación: Se entiende por tal la permanencia del Asegurado en un Establecimiento Asistencial como consecuencia inmediata de un Accidente, cuando ésta supere el Período de Espera especificado en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Incorporación, según corresponda.

Cláusula 2: Riesgos Cubiertos-Límites Indemnizatorios

El riesgo amparado por esta Condición Específica es el de la Internación del Asegurado como consecuencia inmediata de un Accidente ocurrido durante la vigencia del seguro, y siempre que las consecuencias del Accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha del mismo.

El Asegurador indemnizará al Asegurado la Suma Asegurada estipulada en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Incorporación, según corresponda, por cada día de Internación del Asegurado.

Dicha indemnización diaria se comenzará a abonar desde el primer día de Internación -cuando ésta supere el Período de Espera-, computada en días completos y consecutivos, y por el Período Máximo de Cobertura que también se estipula en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Incorporación, según corresponda.

Cláusula 3: Carácter del Beneficio

Queda entendido y convenido que en caso de siniestro que afecte las restantes coberturas no se deducirán de las mismas los importes que se hubieran abonado en concepto de Renta Diaria por Internación, ya que esta cobertura es adicional e independiente de las demás.

Cláusula 4: Denuncia de la Internación

Ocurrido el Accidente que diera lugar a la Internación del Asegurado, a los efectos de obtener el beneficio previsto en las presentes Condiciones Específicas, el Asegurado o su representante deberá acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 14 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos:
a) Constancia expedida por el Establecimiento Asistencial con indicación de la fecha de ingreso y alta del Asegurado.
b) Certificado médico en el que conste el motivo de la Internación.

CONDICIONES ESPECÍFICAS COBERTURA DE REEMBOLSO DE GASTOS DE SEPELIO (9)

Cláusula 1: Definiciones

A los fines de la presente Póliza los términos que se indican a continuación tendrán exclusivamente los siguientes significados y alcances:

a- Gastos de Sepelio: se entienden por tales aquellos gastos en los que se incurra con motivo del entierro o cremación del Asegurado, fallecido como consecuencia inmediata de un Accidente.

Cláusula 2: Riesgos Cubiertos-Límites Indemnizatorios

El riesgo amparado por esta Condición Específica es el de los Gastos de Sepelio incurridos ante la Muerte del Asegurado, como consecuencia inmediata de un Accidente ocurrido durante la vigencia del seguro, y siempre que la Muerte se produzca dentro de un año a contar de la fecha del mismo.

El Asegurador deberá abonar los Gastos de Sepelio incurridos, contra la presentación de las facturas y/o comprobantes de pago respectivos, hasta un máximo equivalente a la Suma Asegurada de esta Condición Específica, indicada en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Incorporación, según corresponda.

Cláusula 3: Carácter del Beneficio

Queda entendido y convenido que en caso de siniestro que afecte las restantes coberturas no se deducirán de las mismas los importes que se hubieran abonado en concepto de Gastos de Sepelio, ya que esta cobertura es adicional e independiente de las demás.

Cláusula 4: Documentación a presentar

Ocurrida la Muerte que diera lugar a los Gastos de Sepelio cubiertos por la presente Condición Específica, a los efectos de obtener el beneficio previsto, el Beneficiario deberá acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 14 de las Condiciones Generales Comunes y en la Condición Específica de la Cobertura de Muerte, los siguientes elementos:
a) Las facturas originales respecto de las cuales solicita el reintegro, en las cuales deberá constar la identificación de los conceptos facturados.

CONDICIONES ESPECÍFICAS COBERTURA DE REMBOLSO DE GASTOS POR PRÓTESIS Y ÓRTESIS (11)

Cláusula 1: Definiciones

A los fines de la presente Póliza los términos que se indican a continuación tendrán exclusivamente los siguientes significados y alcances:

Prótesis u Órtesis: se entiende por tal a aquel artefacto o elemento especialmente diseñado e implantado con el fin de cumplir una función supletoria de aquella parte del cuerpo del Asegurado afectada como consecuencia inmediata de un Accidente, con exclusión de aquellos que sean reembolsables al Asegurado por una Obra Social y/o sistema de medicina privada al que se encuentre afiliado el Asegurado y siempre que se encuentre dentro de las siguientes especialidades:
a. Prótesis Oftalmológicas
b. Prótesis Traumatológicas y Ortopédicas
c. Prótesis Vasculares
d. Prótesis de Cirugía Abdominal
e. Prótesis Auditivas
f. Órtesis y Ortopedia

Cláusula 2: Riesgos Cubiertos-Límites Indemnizatorios

El riesgo amparado por esta Condición Específica es el del Reembolso de los Gastos por Prótesis u Órtesis incurridos por el Asegurado como consecuencia inmediata de un Accidente ocurrido durante la vigencia del seguro, y siempre que las consecuencias del Accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha del mismo.

El Asegurador deberá abonar, contra la presentación de la factura y/o comprobante de pago respectivo, los Gastos por Prótesis u Órtesis incurridos hasta las Sumas Aseguradas Máximas que, por cada tipo de Prótesis u Órtesis, se establecen en el Listado de Prótesis u Órtesis adjunto a la presente.

El Asegurador sólo efectuará el reembolso del gasto correspondiente a la primera Prótesis u Órtesis, no cubriéndose suma alguna por las renovaciones o reemplazos que de las mismas pudieran efectuarse.

Cláusula 3: Carácter del Beneficio

Queda entendido y convenido que en caso de siniestro que afecte las restantes coberturas no se deducirán de las mismas los importes que se hubieran abonado en concepto de Gastos por Prótesis u Órtesis, ya que esta cobertura es adicional e independiente de las demás.

Cláusula 4: Documentación a presentar

Ocurrido el Accidente que diera lugar a los Gastos por Prótesis u Órtesis cubiertos por la presente Condición Específica, a los efectos de obtener el beneficio previsto, el Asegurado o su representante deberá acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 14 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos:
a) Las facturas originales respecto de las cuales solicita el reintegro, en las cuales deberá constar la identificación de los conceptos facturados.
b) Copia de la orden médica que prescribe la necesidad del implante de la Prótesis u Órtesis, según se trate.

Cláusula 5: Exclusiones

A las exclusiones previstas en la Cláusula 6 de las Condiciones Generales Comunes, se agregan a efectos de la presente cobertura las siguientes:
a) Prótesis u Órtesis que no se encuentren expresamente detalladas en el en el Listado de Prótesis y Órtesis adjunto a la presente.
b) Prótesis utilizadas con fines estéticos.
c) Prótesis bucodentales.
d) Prótesis miogénicas o bioeléctricas.
e) Renovaciones de Prótesis u Órtesis del Asegurado preexistentes al comienzo de la presente cobertura.
f) Prótesis u Órtesis que sean reembolsables al Asegurado por una Obra Social y/o sistema de medicina privada al que se encuentre afiliado el Asegurado.

LISTADO DE PRÓTESIS Y ÓRTESIS (11)

Prótesis Oftalmológicas

Descripción	Suma Asegurada Máxima
Lente Intraocular incluyendo Healon	$ 250

Prótesis Traumatológicas y Ortopédicas

Descripción	Suma Asegurada Máxima
Prótesis parcial de cadera (tipo Thompson	$ 1.000
Prótesis total de cadera tipo Charnley o Muller	$ 1.200
Prótesis de cadera no cementada	$ 3.500
Prótesis total de rodilla	$ 3.500
Material de Osteosíntesis (cemento, placas, clavos, placa tipo Jewett o Muller, clavos tipo Kuntscher, Steiman y otros)	$ 500

Prótesis Vascular

Descripción	Suma Asegurada Máxima
Arterial no bifurcada	$ 1.200
Arterial bifurcada	$ 2.000

Prótesis de Cirugía Abdominal

Descripción	Suma Asegurada Máxima
Malla de Marlex o abdominales de otro tipo	$ 300

Prótesis Auditivas

Descripción	Suma Asegurada Máxima
Prótesis Auricular	$ 300

Órtesis y Ortopedia

Descripción	Suma Asegurada Máxima
Tutor Externo para miembros Sup. e Inf.	$ 2.800
Pierna y brazo ortopédicos	$ 3.300
Órtesis corta doble barra	$ 300
Órtesis corta o resorte de Codeville	$ 450
Órtesis larga con articulación en rodilla	$ 1.300
Valva o Férula corta acolchada	$ 140
Férula larga acolchada	$ 230
Férula larga acolchada con apoyo isquiático	$ 300
Férula larga con articulación de rodilla - anillas o suiza -	$ 470
Corset termoplástico bivalvado	$ 430

CLÁUSULA ADICIONAL Seguro sobre la Persona de un Tercero (20)

Nota: Esta cláusula es aplicación cuando el Tomador/Contratante del seguro no es la persona asegurada

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

El presente seguro cubre los Accidentes que sufran los Asegurados mediante el pago de las indemnizaciones especificadas en las Condiciones Particulares de la Póliza, mientras permanezcan al servicio del Tomador, o mientras éste tenga un interés económico lícito sobre la vida o salud de los Asegurados.

Se instituye Beneficiario en primer término al Tomador, con preeminencia sobre los restantes Beneficiarios que conservarán su derecho sólo sobre el saldo de la prestación:
a) Por el monto que resultase de cualquier responsabilidad civil o legal que tuviera que asumir con motivo de Accidentes cubiertos por la póliza que sufrieran los Asegurados;
b) Por el monto del perjuicio concreto resultante de un interés económico lícito que demostrara con respecto a la vida o salud de los Asegurados, cuando éstos sufrieran Accidentes cubiertos por el contrato.

Previa citación al Tomador, para que en el término de tres (3) días invoque su derecho al cobro preferente conforme con el párrafo anterior, el pago del saldo de las prestaciones se hará directamente a los Asegurados o Beneficiarios que justifiquen sus derechos. En caso de desacuerdo entre los interesados, se consignará judicialmente el importe.

ANEXO A LAS CONDICIONES DE PÓLIZA - NÓMINA DE ASEGURADOS

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 9148187

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 03-12-2024	Hasta 12:00 Hs. del del 03-01-2025
Término (en días)	**Plan**
31	100 - PLAN BASICO
Endoso	**Lugar de emisión**
0	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
	03-12-2024

DATOS DEL TOMADOR / CONTRATANTE

NOMBRE MELOSSI OSCAR FABIAN
DOMICILIO RAMON CALDERON N* 174 DTO 2
LOCALIDAD LA CONSULTA
CÓDIGO POSTAL 5567
PROVINCIA MENDOZA
CONDICIÓN DE IVA INSCRIPTO
CUIT/DNI 20235123976 / 23512397
ASEGURADO NRO. 2080344

NOMINA ACTIVA

Cert.	Documento	Apellido y Nombre	FE NACIMIENTO	BENEFICIARIO
1	DNI 23512397	MELOSSI OSCAR FABIAN	15-11-1973	CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES

FEDERACIÓN PATRONAL SEGUROS S.A.U. CUIT: 33-70736658-9
Domicilio: Av. 51 n°770 - La Plata - CP B1900AWP - Pcia de Bs. As.
IVA-RESPONSABLE INSCRIPTO
Imp.S/Ing.Brutos:Conv.Mult.902-867191-2.
Fecha Inicio de Actividad: 08/11/2000.

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

FACTURA ORIGINAL

SECCIÓN 12 - ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 9148187

Asegurado	Domicilio	Fecha de Emisión
MELOSSI OSCAR FABIAN	RAMON CALDERON N* 174 DTO 2	03-12-2024
CUIT/ DNI	**Localidad**	**Endoso**
20235123976 / 23512397	LA CONSULTA	0
IVA	**Provincia**	**Período Facturado Desde**
INSCRIPTO	MENDOZA	03-12-2024
Asegurado nro.	**Código Postal**	**Período Facturado Hasta**
2080344	5567	03-01-2025
	Ag. / Prod / Org	
	23 25915 - GARCIA ANA LAURA 72510 - PAS.UNUM.ORGANIZADORES S.A.S.	

PLAN DE PAGO DEL ENDOSO

NRO.	VENCIMIENTO	IMPORTE
1/1	03-12-2024	$ 4,282.21
TOTALES:		**$ 4,282.21**

LIQUIDACIÓN DE PREMIO Y OTROS CONCEPTOS

PRIMA	$	3,382.48
SUB-TOTAL	$	3,382.48
IVA	$	710.32
SUB-TOTAL	$	4,092.80
PERCEPCION IVA	$	101.47
SELLADOS	$	50.74
OTROS IMPUESTOS Y TASAS	$	37.20
MONTO TOTAL DEL PREMIO	$	4,282.21

Atento a lo establecido por la R.G. (AFIP) N 4523/2019 el contribuyente deberá descargar de la web del Organismo (www.afip.gob.ar) el Formulario F.2005 - Certificado de Percepción del Impuesto al Valor Agregado, con su numeración definitiva.

SELF

PAGO CONSOLIDADO

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PÓLIZA** 9148187

Plan de pago consolidado:

Período facturado 03-12-2024 al 03-01-2025
*** Póliza: 12-9148187-0 Riesgo: A.P. PRESTACIONAL (último endoso facturado: 0)**

ASEGURADO: 2080344 MELOSSI OSCAR FABIAN

CUIT/CUIL: 20235123976 DNI: 23512397 Domicilio: RAMON CALDERON N* 174 DTO 2
Localidad: LA CONSULTA Pcia: MENDOZA CP: 5567

CUOTA Y VENCIMIENTO	MONEDA	MONTO CUOTA	SALDO CUOTA
Pago contado saldo facturado. Fecha límite pago 02-01-2025	PESOS		4,282.21
1/1 Vencimiento 03/12/2024.	PESOS	4,282.21	4,282.21

MEDIOS DE PAGO. Las cuotas de la presente póliza pueden ser abonadas con Pago Fácil, Rapipago, Provincia Net, Cobro Express, Pago Mis Cuentas, Pagos Link, Interbanking (Interpagos), VISA Pago Puntual o Servicios de Pago Mastercard. También puede solicitar la adhesión al servicio de cobro por DEBITO AUTOMATICO en tarjeta de crédito o CBU.

Las siguientes tablas contienen información útil que te servirá a la hora de abonar esta póliza:

PAGO ELECTRÓNICO

Agente	Código de pago electrónico
Pago Mis Cuentas	2080344
Pagos Link	2080344
Visa Pago Puntual	120091481870000
Interbanking	2080344
Servicio de Pago Mastercard	2080344
Amex Pay	DNI 23512397

PAGO EN EFECTIVO

Agente	Identificación
Cobro Express	DNI 23512397
Rapipago	DNI 23512397
Multipago	DNI 23512397
Pago Fácil	DNI 23512397
Provincia Net	DNI 23512397
Pronto Pago	DNI 23512397
Ripsa	DNI 23512397
Plus Pagos	DNI 23512397

– TIEMPO + CONCIENCIA

Autogestioná el pago de tus pólizas desde nuestra **WEB** o **APP**.
De esta manera no solo ganás mucho tiempo, sino que colaborás en el cuidado del medioambiente por el menor consumo de papel.

PAGO DIRECTO

Es fácil y rápido. Entrá desde la web ingresando a Acceso Asegurados desde **www.fedpat.com.ar** o desde la APP para smartphones **FedPat Móvil** y pagá tu seguro en sencillos pasos con tarjeta de débito o crédito. Además podrás consultar y descargar tu póliza, declarar y consultar siniestros y muchas cosas más.

PAGO ELECTRÓNICO

Pago Mis Cuentas, Pagos Link, Interbanking, Servicios de Pago Mastercard, Visa Pago Puntual, Amex Pay

PAGO POR DÉBITO AUTOMÁTICO

Adherite a través de las siguientes tarjetas:

PAGO EN EFECTIVO

Cobro Express, Rapipago, Pago Fácil, Provincia Net, Multipagos, Pronto Pago, Ripsa, Plus Pagos y Pago 24

DESCARGÁ LA APP FEDPAT MÓVIL

Descargá la APP en tu smartphone y tené al ALCANCE DE LA MANO toda la información de tus seguros.
Podrás pagar tus cuotas, declarar y consultar siniestros y muchas cosas más.

DISPONIBLE EN Google Play

0810-222-5588
www.fedpat.com.ar

fedpatoficial /fedpatoficial Federación Patronal Seguros Federación Patronal Seguros seguros@fedpat.com.ar

FRENTE DE PÓLIZA

Póliza impresa el dia 03-12-2024

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 9148187

Productor: 25915 GARCIA ANA LAURA Matrícula SSN: 83475 AG: 23

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 03-12-2024	Hasta 12:00 Hs. del 03-01-2025
Término (en días)	**Plan**
31	100 - PLAN BASICO
Endoso	**Lugar de emisión**
0	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
	03-12-2024

DATOS DEL TOMADOR / CONTRATANTE

NOMBRE MELOSSI OSCAR FABIAN
DOMICILIO RAMON CALDERON N* 174 DTO 2
LOCALIDAD LA CONSULTA
CÓDIGO POSTAL 5567
PROVINCIA MENDOZA
CONDICIÓN DE IVA INSCRIPTO
CUIT/DNI 20235123976 / 23512397
ASEGURADO NRO. 2080344

FEDERACIÓN PATRONAL SEGUROS S.A.U. Domicilio: Av. 51 n°770 - La Plata - CP B1900AWP - Pcia de Bs. As. - IVA-RESPONSABLE INSCRIPTO. Imp.S/Ing.Brutos:Conv.Mult.902-867191-2. Fecha Inicio de Actividad: 08/11/2000.

FEDERACIÓN PATRONAL SEGUROS S.A.U.,CUIT: 33-70736658-9 (en adelante "el Asegurador") asegura a la persona indicada anteriormente (en adelante "el Asegurado/Tomador"), bajo las condiciones de la presente póliza, que han sido convenidas para ser ejecutadas en buena fe, y de conformidad con la solicitud de seguro presentada por el Asegurado/Tomador, la que se declara parte integrante de este contrato

PLAN DE PAGO DEL ENDOSO

NÚMERO	VENCIMIENTO	IMPORTE
1/1	03-12-2024	$ 4,282.21
TOTAL:		**$ 4,282.21**

PERÍODO FACTURADO

03-12-2024	03-01-2025

Pago del Impuesto de sellos de $ 50.74 por declaración jurada.
Números de Inscripción:
33-70736658-9

LIQUIDACION DEL PREMIO

PRIMA $ 3,382.48			
I.V.A. $ 811.79	**SELLADO** $ 50.74	**OTROS IMP. Y TASAS** $ 37.20	
PREMIO DEL ENDOSO $ 4,282.21			
MONEDA CONTRATO PESOS	**TEA** 0.00%	**CARGO FINANCIERO** $ 0.00	

Si el texto de esta póliza difiriera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el Asegurado si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza (Art.12 de la ley de Seguros). Cuando se mencionen los vocablos "Asegurado" o "Tomador/Contratante" se considerará indistintamente según correspondan. Emitida en La Plata el 03 de Diciembre de 2024

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

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 0810-222-5588. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.fedpat.com.ar.
En caso de que existiera un reclamo ante la entidad aseguradora y que el mismo no haya sido resuelto o haya sido desestimado, total o parcialmente, o que haya sido denegada su admisión, podrá comunicarse con la Superintendencia de Seguros de la Nación por teléfono al 0800-666-8400 o por correo electrónico a consultas@ssn.gob.ar.

Para consultas o reclamos, comunicarse con FEDERACIÓN PATRONAL SEGUROS S.A.U, al teléfono 0810-222-5588

Diego Fernando Vallina
Gerente General

Esta póliza ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación mediante Proveído N 105153

SELF

FRENTE DE PÓLIZA - CONDICIONES PARTICULARES (CONTINUACIÓN)

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN	ACCIDENTES PERSONALES	PRODUCTO	A.P. PRESTACIONAL	PÓLIZA	9148187

CONDICIONES GENERALES COMUNES / ESPECIFICAS Y CLAUSULAS ADICIONALES QUE SE ANEXAN Y FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA PRESENTE POLIZA

I	I3	I8	A	A1	II	V	1
2	4	5	7	9	11	20	

RIESGOS CUBIERTOS (POR CERTIFICADO)	DATOS RELEVANTES
010 MUERTE ACCIDENTAL	SUMA ASEG. INDIVIDUAL
	$ 5,000,000.00
020 INVALIDEZ	SUMA ASEG. INDIVIDUAL
	$ 5,000,000.00
050 ASIST. MEDICA Y FARMACEUTICA SIN FRANQ.	SUMA ASEG. INDIVIDUAL
	$ 5,000,000.00
070 RENTA DIARIA POR INTERNACION - 30 DIAS	SUMA ASEG. INDIVIDUAL
	$ 30,000.00
080 GASTOS DE SEPELIO	SUMA ASEG. INDIVIDUAL
	$ 1,493,642.00

OCUPACION CHOFER DE CAMIONES

LIMITES DE EDADES: La edad límite para la suscripción de la póliza es de 70 años y la edad límite de permanencia es hasta los 71 años.

Queda entendido y convenido que la presente póliza además de cubrir la actividad descripta anteriormente; cubre las siguientes actividades: Servicio de transporte urbano de carga - Carga y Descarga.

LIMITE DE EDAD MÍNIMA: La edad límite mínima para la suscripción de la póliza es de 16 años.

AMBITO DE COBERTURA
Queda entendido y convenido que la presente póliza brinda cobertura en toda la Republica Argentina como así tambien en aquellos paises con los que el país mantiene relaciones diplomaticas, siempre que las personas nominadas se encuentren cumpliendo actividades relacionadas a la actividad descripta en póliza.

RENTA DIARIA POR INTERNACIÓN: Se establece un plazo de espera de 3 días. Período máximo de cobertura treinta (30) días, abonandose desde el primero superado el plazo de espera.

USO MOTOCICLETAS IN ITINERE: Contrariamente a lo mencionado en el Inciso o) de las Exclusiones de las Condiciones Generales Comunes-Cláusula 6 de la presente póliza se autoriza el uso de motocicletas para el riesgo in itinere entendiendosé el mismo cuando ocurra en el trayecto directo e inmediato entre el lugar donde el asegurado desempeña su actividad y su domicilio particular; siempre y cuando el asegurado no hubiera alterado o interrumpido dicho trayecto por razones ajenas al trabajo.

EN CASO DE ACCIDENTE COMUNICARSE CON NUESTRO DE CENTRO DE ASISTENCIA PRESTACIONAL AL TELEFONO 0800-222-3123
La cobertura de asistencia médica de este seguro es de carácter prestacional, de conformidad con las definiciones establecidas en las "Condiciones Específicas Cobertura de Servicios Médicos (5)". No obstante el asegurado puede requerir la atención de un Prestador Médico no incluido en el listado, en cuyo caso serán válidas las definiciones establecidas en las "Condiciones Específicas Cobertura de Reembolso de Gastos Médicos (4)", estas modalidades de atención son excluyentes entre sí.

PROTESIS BUCODENTALES:
Queda entendido y convenido que contrariamente a lo establecido en las Cláusula 5 de las Condiciones Específicas, este seguro cubre el reembolso de gastos por prótesis bucodentales con el fin de cumplir una función supletoria de aquella parte del cuerpo afectada como consecuencia inmediata de un accidente.

ACCIDENTES PUNZOCORTANTES / SEROLOGICOS:
Queda entendido y convenido que contrariamente a lo establecido en el Anexo I, Punto u), de las Condiciones Generales Comunes-Exclusiones, la presente póliza ampara en forma excepcional y solamente para la cobertura de Asistencia Médico -Farmaceutica, los análisis de serología de HIV-SIDA y HEPATITIS B, y el eventual tratamiento antirretroviral en profilaxis posterior al episodio llevados a cabo por la autoridad médica que a tal efecto designe esta aseguradora. La atención se dará durante las 24 horas mediante el llamado al siguiente teléfono: 0800-222-3123.

LUMBALGIAS
Contrariamente a lo establecido en el punto iii. del inc. d) de la Cláusula 2 - Definiciones -, se establece que esta póliza cubre lumbalgias cuando se produzcan como consecuencia directa e inmediata de un accidente.

ESTADO DE EBRIEDAD / ABUSO DE ALCOHOL
(Aplicable cuando el asegurado conduzca un vehículo automotor)
Debe interpretarse que una persona se encuentra en estado de ebriedad si conduciendo un vehículo se niega a practicarse el examen de alcoholemia (u otro que corresponda), o cuando habiéndose practicado éste arroje un resultado igual o superior a un gramo de alcohol por 1.000 gramos de sangre al momento del accidente. A los fines de su comprobación queda establecido que la cantidad de alcohol en la sangre de una persona desciende a razón de 0,11 gramos por 1.000 cada hora.

ACTOS NOTORIAMENTE PELIGROSOS
Se deja establecido que además de los comúnmente aceptados, debe entenderse como hecho notoriamente peligroso o riesgoso, y por ende contemplado dentro del Anexo I (Riesgos No cubiertos / Exclusiones a la Cobertura), todo siniestro del asegurado que se produjera al estar como conductor ó acompañante de un vehículo en el que el conductor no posea registro vigente otorgado por autoridad competente que lo habilite a desempeñar dicha función.

Sr. Tomador / Contratante del Seguro: Le informamos que si Ud. desea una copia por medio magnético de los Certificados Individuales de Incorporación a la Cobertura (conforme a lo establecido en el Art. 6 de la Resolución General N 24.697 de la SSN), puede solicitarla a seguros@fedpat.com.ar especificando el contratante y número de póliza.

FRENTE DE PÓLIZA - CONDICIONES PARTICULARES (CONTINUACIÓN)

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN	ACCIDENTES PERSONALES	PRODUCTO	A.P. PRESTACIONAL	PÓLIZA	9148187

Cantidad de asegurados vigentes: 1
IMPORTANTE: Ver el detalle de los asegurados con sus coberturas y sumas aseguradas en el ANEXO A LAS CONDICIONES DE POLIZA - NOMINA

CLAUSULA BENEFICIARIO Y NO REPETICION

El presente seguro cubre los accidentes que sufran los asegurados indicados en las Condiciones Particulares de póliza y por las indemnizaciones especificadas en la misma mientras permanezcan al servicio de las personas o empresas que se mencionan en el detalle por certificado o mientras éstas tengan un interés económico lícito sobre su vida o salud.
Se instituye beneficiario en primer término a éstas personas o empresas que se mencionan en el detalle por certificado, con preeminencia sobre los restantes beneficiarios, que conservaran su derecho solo sobre el saldo de la prestación:
a) por el monto que resultase de cualquier responsabilidad civil o legal que tuviera que asumir, con motivo de accidentes cubiertos por la póliza que sufrieran los asegurados.
b) por el monto del perjuicio concreto resultante de un interés económico lícito que demostrara con respecto a la vida o salud de los asegurados, cuando estos sufrieran accidentes cubiertos por el contrato.
Previa citación a las mismas para que en el término de tres días invoquen su derecho al cobro preferente conforme con los términos anteriores, el pago del saldo de las prestaciones se harán directamente a los asegurados o beneficiarios que justifiquen sus derechos. En caso de desacuerdo entre los interesados se consignará judicialmente el importe.
Esta Aseguradora se obliga a mantener indemnes a las personas o empresas mencionadas dentro de los alcances previstos en la presente póliza, renunciando a ejercer la acción de repetición y en consecuencia no se subrogará en los derechos del asegurado y/o tercero reclamante y no accionará contra las mismas, y/o sus directores, y/o empleados

Empresa: R P B SOCIEDAD ANONIMA - cuit: 30663137375
CUIP:
0726201002000000000000000000091481870000000000099202351239766-10000083475200000017080700 76

En caso de siniestro, la falta de presentación de la información y/o documentación solicitada en la Resolución Nº 28/2018 de la Unidad de Información Financiera (U.I.F.), no obstará al pago correspondiente, si obrara en poder de la aseguradora la documentación requerida por la legislación aplicable en materia de seguros, sin perjuicio de la responsabilidad del Sujeto Obligado de evaluar adecuadamente esa falta de presentación de información y/o documentación, a la luz de la normativa aplicable en materia de prevención de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

*****El Asegurado o Tomador puede solicitar en cualquier momento a la Aseguradora un ejemplar en original de la presente documentación*****

ANEXO I - EXCLUSIONES

Condiciones Generales Comunes - Cláusula 6: Exclusiones

Quedan excluidos de la cobertura que otorga la Póliza los daños sufridos por el Asegurado que sean consecuencia inmediata o mediata de:
a) Accidentes que no encuadren dentro de la definición de "Accidente" incorporada en la Cláusula 2, inciso d), de las presentes Condiciones Generales Comunes, o cualquier otra definición de Accidente que la reemplace en esta Póliza.
b) Enfermedades de cualquier naturaleza inclusive las originadas por la picadura de insectos, salvo lo especificado en la Cláusula 2, inciso d), de las presentes Condiciones Generales Comunes, o en cualquier otra definición de Accidente que la reemplace en esta Póliza.
c) Acción de los rayos "x" y similares, y de cualquier elemento radioactivo u originadas en reacciones nucleares.
d) lesiones imputables a esfuerzo, salvo los casos contemplados en la Cláusula 2, inciso d), de las presentes Condiciones Generales Comunes, o en cualquier otra definición de Accidente que la reemplace en esta Póliza.
e) Insolación; quemaduras por rayos solares, enfriamiento y demás efectos de las condiciones atmosféricas o ambientales.
f) Psicopatías o enfermedades psiquiátricas transitorias o permanentes, excepto que las mismas provengan de estrés post-traumático o de reacciones vivenciales reactivas de un Accidente cubierto sufrido por el Asegurado.
g) Operaciones quirúrgicas o tratamientos, salvo que sobrevengan como consecuencia inmediata de un Accidente cubierto o del tratamiento de las lesiones por él producidas.
h) Accidentes que el Asegurado y/o Beneficiario provoquen -por acción u omisión- dolosamente o con culpa grave o el Asegurado 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.
i) Suicidio; pactos o acuerdos de suicidio.
j) Lesiones autoinflingidas, aún cuando sean cometidas en estado de enajenación mental.
k) Accidentes causados por vértigos, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que ocurran por estado de enajenación mental, salvo que tales trastornos sean consecuencia inmediata de un Accidente cubierto, tal como se lo define en la Cláusula 2, inciso d), de las presentes Condiciones Generales Comunes, o en cualquier otra definición de Accidente que la reemplace en esta Póliza.
l) Estado de ebriedad o por estar el Asegurado bajo la influencia de estupefacientes o alcaloides.
m) 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.
n) Accidentes derivados de la navegación aérea no realizada en líneas de transporte aéreo regular, salvo acuerdo en contrario.
o) Accidentes derivados del uso de motocicletas y vehículos similares, salvo acuerdo en contrario.
p) Accidentes derivados de la práctica de deportes que no sean los enumerados en el punto v), inciso d) de Cláusula 2 de las presentes Condiciones Generales Comunes o en cualquier otra definición de Accidente que la reemplace en esta Póliza, o en condiciones distintas a las allí enunciadas.
q) Accidentes derivados de la realización de trabajos en altura superiores a los 6 (seis) metros, salvo acuerdo en contrario.
r) Todo y cualquier acto o hecho de guerra, de guerra civil, de guerrillas, de rebelión, insurrección o revolución, de conmoción civil o de terrorismo.
s) Todo y cualquier acto o hecho de sedición, motín, tumulto popular, vandalismo, huelga o lock-out, cuando el Asegurado participe como elemento activo.
t) 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 los incisos r) a t) se presume que son consecuencia de los mismos, salvo prueba en contrario del Asegurado y/o Beneficiario.

Condiciones Generales Específicas - Accidentes de Tránsito Terrestre - Cláusula 3: Exclusiones

A las exclusiones previstas en la Cláusula 6 de las Condiciones Generales Comunes y las previstas en las correspondientes Condiciones Específicas, se agregan a efectos de la presente, las siguientes exclusiones:

a) Los Accidentes causados por el Asegurado como conductor cuando este:
i) Careciera de registro para conducir;
ii) Infringiera temerariamente disposiciones esenciales del reglamento de tránsito, tales como exceso de velocidad, tránsito por vías prohibidas o a contramano;
iii) Violara la prioridad de paso;
iv) Transportara en el vehículo un número de personas superior al autorizado;
v) No cumpliera cualquier disposición de tránsito emanada de autoridad competente.
b) Los Accidentes ocurridos al Asegurado mientras viaje como pasajero en otros medios de transporte distintos a los indicados en la Cláusula 1 de estas Condiciones Generales Específicas.

Condiciones Específicas ¿ Cobertura de Reembolso de Gastos por Prótesis y Órtesis - Cláusula 5: Exclusiones

A las exclusiones previstas en la Cláusula 6 de las Condiciones Generales Comunes, se agregan a efectos de la presente cobertura las siguientes:
a) Prótesis u Órtesis que no se encuentren expresamente detalladas en el en el Listado de Prótesis y Órtesis adjunto a la presente.
b) Prótesis utilizadas con fines estéticos.
c) Prótesis bucodentales.
d) Prótesis miogénicas o bioeléctricas.
e) Renovaciones de Prótesis u Órtesis del Asegurado preexistentes al comienzo de la presente cobertura.
f) Prótesis u Órtesis que sean reembolsables al Asegurado por una Obra Social y/o sistema de medicina privada al que se encuentre afiliado el Asegurado.

ANEXO A - CONDICIONES GENERALES COMUNES

Cláusula 1: Ley de las partes contratantes - Estructura de la Póliza

Las partes contratantes se someten a las disposiciones de la Ley de Seguros Nº 17.418 y a las de la presente Póliza que la complementan o modifican, cuando ello es admisible.
Esta Póliza consta de Condiciones Generales Comunes, Condiciones Generales Específicas, Condiciones Específicas, Cláusulas Adicionales y Condiciones Particulares.
En caso de discordancia, las mismas regirán en el siguiente orden de prelación:
a) Condiciones Particulares
b) Cláusulas Adicionales
c) Condiciones Específicas
d) Condiciones Generales Específicas
e) Condiciones Generales Comunes

Cláusula 2: Definiciones

A los fines de la presente Póliza los términos que se indican a continuación tendrán exclusivamente los siguientes significados y alcances:

a) Póliza: es el documento emitido por el Asegurador que instrumenta el contrato de seguro suscripto por el Tomador y en el que se establecen las condiciones, riesgos cubiertos, límites, alcances y exclusiones del seguro. Forman también parte de la misma todos los formularios, suplementos y endosos relacionados con el presente seguro.
b) Asegurador: Federación Patronal Seguros S.A.U.
c) Beneficiario: es aquella persona designada por el Asegurado, a quien el Asegurador debe abonar las prestaciones previstas en la Póliza para el caso de Muerte del Asegurado o, a falta de designación, sus herederos legales.
d) Accidente: Se entiende por Accidente toda lesión corporal que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta, sufrida por el Asegurado independientemente de su voluntad, por la acción repentina y violenta de o con un agente externo.
Se considera también Accidente a:
i) La asfixia o intoxicación por vapores o gases; la asfixia por inmersión u obstrucción en el aparato respiratorio que no provenga de una enfermedad; la intoxicación o envenenamiento por ingestión de sustancias tóxicas o alimentos en mal estado consumidos en lugares públicos o adquiridos en mal estado.
ii) Las quemaduras de todo tipo producidas por cualquier agente, salvo lo dispuesto en la Cláusula 6 de las presentes Condiciones Generales.
iii) El carbunclo, tétanos u otras infecciones microbianas o intoxicaciones cuando sean de origen traumático; rabia, luxaciones articulares y distensiones, dilaceraciones y roturas musculares, tendinosas y viscerales (excepto lumbalgia, várices y hernias) causadas por esfuerzo repentino y evidentes al diagnóstico.
Salvo las exclusiones establecidas en la Cláusula 6 de las presentes Condiciones Generales, el seguro también cubre:
iv) Los Accidentes que puedan ocurrir al Asegurado, ya sea en el ejercicio de su profesión declarada o mientras se halle prestando servicio militar en tiempo de paz, en su vida particular, o mientras se encuentre circulando o viajando en vehículo particular o público, terrestre o acuático, propio o ajeno, conduciéndolo o no, o en líneas de transporte aéreo regular.
v) Los Accidentes que puedan ocurrir al Asegurado durante la participación y/o práctica de los siguientes deportes y/o entretenimientos: 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, gimnasia, golf, handball, hockey sobre césped, natación, paddle, patinaje, pelota a paleta, pelota al cesto, pesca (salvo en altamar), remo, squash, tenis, tiro (en polígonos habilitados), volleyball y waterpolo.
vi) Los Accidentes que puedan ocurrir al Asegurado durante su tránsito o permanencia en el extranjero, salvo en aquellos países que no mantengan relaciones diplomáticas con la República Argentina.
e) Suma Asegurada: es el límite máximo de la indemnización que se establecerá en las Condiciones Particulares para cada cobertura que se otorgue por la presente Póliza y que el Asegurador abonará en caso de ocurrencia de alguno de los riesgos previstos en las Condiciones Específicas y Adicionales anexas a esta Póliza, como consecuencia de un Accidente (o varios) ocurrido durante el período de vigencia del seguro. Se estipulará una Suma Asegurada para cada riesgo cubierto por la Póliza.

Cláusula 3: Personas Asegurables

Se consideran asegurables las personas físicas que cumplan con los siguientes requisitos:
a) Edad: estén comprendidas entre la edad mínima y máxima de incorporación al seguro establecidas en las Condiciones Particulares de esta Póliza.
b) Requisitos de asegurabilidad: cumplimenten a satisfacción del Asegurador los requisitos de asegurabilidad establecidos en la Póliza.

Cláusula 4: Personas No Asegurables

Anulada según Resolución Nº 37.270 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.

Cláusula 5: Objeto del Seguro

El Asegurador se compromete al pago de las indemnizaciones estipuladas en la Póliza, en el caso de que la persona designada como Asegurado sufra durante el período de vigencia del seguro algún Accidente que fuere la causa originaria de alguno de los riesgos cubiertos establecidos en las Condiciones Específicas anexas a esta Póliza y siempre que las consecuencias del Accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha del mismo.

Cláusula 6: Exclusiones

Quedan excluidos de la cobertura que otorga la Póliza los daños sufridos por el Asegurado que sean consecuencia inmediata o mediata de:
a) Accidentes que no encuadren dentro de la definición de "Accidente" incorporada en la Cláusula 2, inciso d), de las presentes Condiciones Generales Comunes, o cualquier otra definición de Accidente que la reemplace en esta Póliza.
b) enfermedades de cualquier naturaleza inclusive las originadas por la picadura de insectos, salvo lo especificado en la Cláusula 2, inciso d), de las presentes Condiciones Generales Comunes, o en cualquier otra definición de Accidente que la reemplace en esta Póliza.
c) acción de los rayos "x" y similares, y de cualquier elemento radioactivo u originadas en reacciones nucleares.
d) lesiones imputables a esfuerzo, salvo los casos contemplados en la Cláusula 2, inciso d), de las presentes Condiciones Generales Comunes, o en cualquier otra definición de Accidente que la reemplace en esta Póliza.
e) insolación; quemaduras por rayos solares, enfriamiento y demás efectos de las condiciones atmosféricas o ambientales.
f) psicopatías o enfermedades psiquiátricas transitorias o permanentes, excepto que las mismas provengan de estrés post-traumático o de reacciones vivenciales reactivas de un Accidente cubierto sufrido por el Asegurado.
g) operaciones quirúrgicas o tratamientos, salvo que sobrevengan como consecuencia inmediata de un Accidente cubierto o del tratamiento de las lesiones por él producidas.
h) Accidentes que el Asegurado y/o Beneficiario provoquen ¿por acción u omisión- dolosamente o con culpa grave o el Asegurado 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.
i) suicidio; pactos o acuerdos de suicidio.
j) lesiones autoinflingidas, aún cuando sean cometidas en estado de enajenación mental.
k) Accidentes causados por vértigos, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que ocurran por estado de enajenación mental, salvo que tales trastornos sean consecuencia inmediata de un Accidente cubierto, tal como se lo define en la Cláusula 2, inciso d), de las presentes Condiciones Generales Comunes, o en cualquier otra definición de Accidente que la reemplace en esta Póliza.
l) estado de ebriedad o por estar el Asegurado bajo la influencia de estupefacientes o alcaloides.
m) 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.
n) Accidentes derivados de la navegación aérea no realizada en líneas de transporte aéreo regular, salvo acuerdo en contrario.
o) Accidentes derivados del uso de motocicletas y vehículos similares, salvo acuerdo en contrario.
p) Accidentes derivados de la práctica de deportes que no sean los enumerados en el punto v), inciso d) de Cláusula 2 de las presentes Condiciones Generales Comunes o en cualquier otra definición de Accidente que la reemplace en esta Póliza, o en condiciones distintas a las allí enunciadas.
q) Accidentes derivados de la realización de trabajos en altura superiores a los 6 (seis) metros, salvo acuerdo en contrario.
r) Todo y cualquier acto o hecho de guerra, de guerra civil, de guerrillas, de rebelión, insurrección o revolución, de conmoción civil o de terrorismo.
s) Todo y cualquier acto o hecho de sedición, motín, tumulto popular, vandalismo, huelga o lock-out, cuando el Asegurado participe como elemento activo.
t) 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 los incisos r) a t) se presume que son consecuencia de los mismos, salvo prueba en contrario del Asegurado y/o Beneficiario.

Cláusula 7: Pago del Premio

El premio correspondiente deberá ser abonado al Asegurador a través de alguno de los medios de pago estipulados en las Condiciones Particulares.

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

Cláusula 8: Primas del Seguro: Modificación

En caso de pactarse expresamente en la referida Cláusula de Cobranza del Premio la renovación automática de la presente póliza, las primas podrán ser ajustadas en cada vencimiento previo a la renovación de la póliza por el Asegurador con el objeto de adecuar la prima al verdadero estado del riesgo, sobre la base de la información que a tales efectos se requerirá al Tomador.

El Asegurador comunicará por escrito al Tomador las nuevas primas resultantes con una anticipación no inferior a treinta (30) días del vencimiento de la vigencia de la póliza a renovar.

La diferencia se considerará aprobada y la renovación aceptada por el Tomador si no reclama dentro de los treinta (30) días de haber recibido dicha comunicación.

Cláusula 9: Designación de Beneficiario

La designación de Beneficiario se hará por escrito y es válida aunque se notifique al Asegurador después del evento previsto.

Designadas varias personas sin indicación de proporciones, 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 fijan proporciones, 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 legales (Arts. 145 y 146 - L. de S.).

Cláusula 10: Cambio de Beneficiario

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 de Beneficiario.

En caso de imposibilidad de abonar el seguro por duda sobre la designación o cambio de Beneficiario o en cuanto a los herederos legales, el Asegurador consignará judicialmente el importe en la forma que corresponda según la situación que se presentara, dejando así liberada a resolución judicial la determinación de la persona o personas beneficiarias.

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.

Cláusula 11: Pluralidad de Seguros

Si se contratara más de un seguro de Accidentes Personales con distintos aseguradores cubriendo la misma persona por el mismo riesgo o parte de él, deberá comunicarse sin dilación tal circunstancia a cada Asegurador con indicación de la suma y riesgo asegurado.

Si al momento de contratar el presente seguro se hubiera omitido informar la existencia de otros seguros de los descriptos precedentemente, se estará a lo indicado en la Cláusula 12: Reticencia o Falsa Declaración. Por otra parte, si se omitiera informar la contratación de otros seguros de los descriptos precedentemente durante la vigencia de esta cobertura, se estará a lo indicado en la Cláusula 13: Agravación o Modificación del Riesgo.

No hay obligación de notificar los riesgos de Accidentes Personales que se cubran accesoriamente en otras ramas de seguros ni los seguros específicos de aeronavegación.

Cláusula 12: Reticencia o Falsa Declaración

Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Tomador y/o 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 Articulo 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 Tomador y del Asegurado (Art. 10 - L. de S.).

Cláusula 13: Agravación o Modificación del Riesgo

El Asegurado y/o Tomador deben 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.
c) Fijación de residencia fuera del país.
d) Contratación de otros seguros de Accidentes Personales con otros aseguradores cubriendo la misma persona por el mismo riesgo o parte de él (Cláusula 11 - Pluralidad de Seguros).

Cuando la agravación se deba a un hecho del Asegurado y/o Tomador la cobertura queda suspendida. El Asegurador, en el término de siete días, deberá notificar su decisión de rescindir (Art. 39 - L. de S.).
Cuando la agravación resulte de un hecho ajeno al Asegurado y/o Tomador, el Asegurador deberá notificarle su decisión de rescindir dentro del término de un mes y con un preaviso de siete días. Se aplicará el Artículo 39 de la Ley de Seguros si el riesgo no se hubiera asumido según las prácticas comerciales del Asegurador (Art. 40 - L. de S.).

No obstante, cuando la agravación provenga del cambio de la profesión o actividad del Asegurado, y si de haber existido ese cambio al tiempo de la celebración el Asegurador hubiera concluido el contrato por una prima mayor, la Suma Asegurada se reducirá en proporción a la prima pagada. Esta regla no se aplica a las exclusiones previstas en la presente Póliza.

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 del seguro en curso (Art.41 - L. de S.).

Cláusula 14: Denuncia del Accidente. Procedimiento. Cargas del Asegurado y/o Beneficiario

El Asegurado y/o el Beneficiario -según corresponda- comunicará por escrito al Asegurador el Accidente dentro del plazo de 3 días de ocurrido, bajo pena de perder el derecho a ser indemnizado, salvo que acredite caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.

Desde el momento de hacerse aparentes las lesiones, el Asegurado accidentado deberá someterse, a su cargo, a un tratamiento médico racional y seguir las indicaciones del facultativo que lo asiste; también deberá enviarse al Asegurador un certificado del médico que atiende al Asegurado expresando las causas y naturaleza de las lesiones que éste presente, sus consecuencias conocidas o presuntas y la constancia de que se encuentra sometido a un tratamiento racional.

El Asegurado remitirá al Asegurador cada 15 días certificaciones médicas que informen sobre la evolución de las lesiones y actualicen el pronóstico de curación. Asimismo, el Asegurado deberá someterse al examen de los médicos del Asegurador cada vez que éste lo solicite.

El Asegurado y/o el Beneficiario también está obligado a suministrar al Asegurador la información y/o prueba instrumental que éste le solicite a fin de poder verificar el siniestro y la extensión de la prestación a su cargo, como así también a permitirle al Asegurador efectuar las indagaciones necesarias a tales fines.

En caso de Muerte del Asegurado, el Asegurador se reserva el derecho de exigir la autopsia o la exhumación del cadáver para establecer las causas del fallecimiento, debiendo el Beneficiario prestar su conformidad y colaboración para la obtención de las correspondientes autorizaciones. La autopsia o la exhumación deberá efectuarse con citación del Beneficiario, quien podrá designar un médico para que lo represente. Los gastos de la autopsia o de la exhumación serán a cargo del Asegurador, salvo los derivados del representante médico designado por el Beneficiario.

El incumplimiento por parte del Asegurado y/o del Beneficiario -según corresponda- de las cargas impuestas en esta Cláusula producirá la caducidad automática de los derechos indemnizatorios que otorga la presente Póliza.

Cláusula 15: Valuación por Peritos

Si no hubiera acuerdo entre el Asegurador y el Asegurado y/o Beneficiario -según corresponda-, 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 tercer facultativo 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 fuera designado en el plazo establecido en precedentemente, la parte más diligente podrá requerir su nombramiento a la Secretaría de Estado de Salud Pública de la Nación o al organismo que en el futuro lo reemplace.

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

Cláusula 16: Cumplimiento de la Prestación por el Asegurador

El Asegurador efectuará el pago correspondiente en caso de siniestro, de acuerdo a lo establecido en cada Condición Específica, dentro de los 15 días de notificado el mismo o de cumplidos los requisitos establecidos en la Cláusula 14 de las presentes Condiciones Generales Comunes o en la respectiva Condición Específica, lo que sea posterior.

Cláusula 17: Caducidad por incumplimiento de Obligaciones y Cargas

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

Cláusula 18: Rescisión de la Póliza

El Tomador y el Asegurador tendrán derecho a rescindir la Póliza sin expresar causa. Si el Asegurador ejerce la facultad de rescindir, deberá dar un preaviso no menor de 15 días. Si el Tomador opta por la rescisión, la misma se producirá desde la fecha en que el Asegurador reciba la notificación por escrito.

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

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

Cláusula 19: Facultades del Productor o Agente

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

Cláusula 20: Domicilio para Denuncias y Declaraciones

El domicilio en que las partes deben efectuar las denuncias y declaraciones previstas en la Ley de Seguros o en la presente Póliza, es el último declarado (artículo 15 y 16 de la Ley de Seguros).

Cláusula 21: Cómputo de los Plazos

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

Cláusula 22: Prescripción

Las acciones fundadas en el presente contrato prescriben en el plazo de un año, computado desde que la correspondiente obligación es exigible.

Cláusula 23: Prórroga de Jurisdicción

Toda controversia judicial que se plantee en relación al presente contrato, se sustanciará ante los jueces competentes de la ciudad de 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 A - CONDICIONES GENERALES COMUNES

A - CLÁUSULA DE COBRANZA DEL PREMIO

ARTÍCULO 1º: El premio de este seguro (anual, mensual, bimestral, trimestral, cuatrimestral o semestral, según se indique en las Condiciones Particulares), debe pagarse al contado en la fecha de iniciación de la vigencia de cada período de facturación.
El comienzo de la cobertura de la Póliza tendrá lugar a partir de la fecha y hora del recibo que acredite el pago del premio, o de la fecha consignada como inicio de vigencia de la Póliza, la que fuere posterior.
Si el Asegurador lo aceptase, el premio podrá fraccionarse en cuotas iguales y consecutivas, cuyos vencimientos obrarán en las Condiciones Particulares, pero a la primera de ellas, que deberá pagarse al contado, se le agregará además el total del I.V.A. correspondiente al contrato (punto 6 del inciso b del art. 5º de la Ley de Impuesto al Valor Agregado).
El premio no será exigible sino contra entrega de la Póliza o certificado de cobertura.
Se entiende por premio la prima más los impuestos, tasas, gravámenes y todo otro recargo adicional a la misma.

ARTÍCULO 2º: Se acuerda un plazo de gracia de 30 días corridos contados a partir de la fecha de vencimiento de cada uno de los pagos del premio, lapso durante el cual la cobertura que otorga la Póliza mantendrá su plena vigencia. El plazo de gracia antes mencionado no resulta aplicable al pago del premio correspondiente a la primera cuota.
Si el premio no fuera abonado en dicho lapso, la cobertura quedará automáticamente suspendida desde la hora doce (12) del día del vencimiento de dicho plazo, sin necesidad de interpelación extrajudicial o judicial alguna ni constitución en mora, la que se producirá por el sólo vencimiento de dicho plazo; debiendo el Asegurado y/o Tomador abonar el premio corrido hasta el vencimiento del plazo de gracia.
Se deja expresamente establecido que no entrará en vigencia la cobertura de ninguna facturación en tanto no estuviera totalmente cancelado el premio anterior.

ARTÍCULO 3º: Toda rehabilitación de la cobertura suspendida por falta de pago en término surtirá efecto desde la hora doce (12) del día siguiente a aquel en que el Asegurador reciba el pago total del importe o importes vencidos. Queda entendido y convenido que la rehabilitación de la cobertura antes mencionada regirá solamente para el futuro, pero no purgará la suspensión anterior de la misma derivada de la falta de pago del premio en el término convenido.

ARTICULO 4º: Transcurridos 60 días corridos desde que se suspendió la cobertura por falta de pago, sin que el Asegurado y/o el Tomador haya cancelado el premio y rehabilitado de esta forma la cobertura, el contrato de seguro quedará automáticamente resuelto de pleno derecho por el simple vencimiento del plazo y sin necesidad de interpelación extrajudicial o judicial alguna.

ARTICULO 5º: La gestión de cobro extrajudicial o judicial del premio o saldo adeudado, no modificará la suspensión de la cobertura o la resolución del contrato conforme a lo estipulado precedentemente.

ARTICULO 6º: Las disposiciones de la presente Cláusula son también aplicables a los premios de los seguros de períodos menores de un (1) año, y a los adicionales por endoso o suplementos de la Póliza.
En este caso, el plazo de pago no podrá exceder el plazo de la vigencia, disminuido en treinta (30) días.

MEDIOS HABILITADOS DE PAGO DE PREMIOS (Anexo del punto 23.6. Inciso h) de la Res. SSN N 38.708)

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. Cheques de terceros, los que deberán ser indefectiblemente endosados por el Asegurado o Tomador de la póliza.
d. Efectivo en moneda de curso legal, mediante la utilización de un Controlador Fiscal homologado por la ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS y registrado ante la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION, únicamente hasta la suma máxima establecida en la normativa vigente.
e. Cuando la percepción de premios se materialice a través del SISTEMA UNICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (SUSS) se considerará cumplida la obligación establecida en el presente artículo.

ARTÍCULO 8º: Aprobada la liquidación de un siniestro, el Asegurador podrá descontar de la indemnización cualquier saldo o deuda vencida del mismo Asegurado por este u otros contratos (Art. 818 del Código Civil).

B - CLÁUSULA DE INTERPRETACIÓN

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

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

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

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

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

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

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

7) Sedición o Motín: Se entiende por tal al 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.

8) Tumulto Popular: Se entiende por tal a 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 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.

9) Vandalismo: Se entiende por tal al accionar destructivo de turbas que actúan irracional o desordenadamente.

10) Huelga: Se entiende por tal a 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.

11) Lock Out: Se entienden por tal:
a) El cierre de establecimientos de trabajo dispuesto por uno o más empleadores o por entidad gremial que los agrupa (reconocida o no oficialmente), o
b) El despido simultáneo de una multiplicidad de trabajadores que paralice total o parcialmente la explotación de un establecimiento.
No se tomará en cuenta la finalidad gremial o extragremial que motivó el lock out, así como tampoco su calificación de legal o ilegal.

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

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.

CONDICIONES GENERALES ESPECÍFICAS SEGURO INDIVIDUAL (II)

Cláusula 1: Definiciones

A los fines de la presente Póliza los términos que se indican a continuación tendrán exclusivamente los siguientes significados y alcances:
a. Tomador o Asegurado Titular: es la persona física o jurídica que suscribe el presente contrato de seguro con el Asegurador.
b. Asegurado: comprende tanto al ¿Asegurado Titular» como a su grupo familiar, en los casos que así hubiera sido pactado a través de la inclusión en la Póliza de la Cláusula Adicional respectiva.

Cláusula 2: Terminación de la Cobertura

La cobertura del 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 las Condiciones Particulares.
b) Por rescisión o caducidad de la Póliza.
c) Por haberse consumido totalmente la Suma Asegurada, de acuerdo a lo que se establezca en cada Condición Específica o Cláusula Adicional.
d) Por fallecimiento del Asegurado.
e) En el caso de los Asegurados familiares, por perder la calidad de Asegurado Cónyuge o Asegurado Hijo, según haya sido definida en la respectiva Cláusula Adicional.

Cláusula 1: Definiciones

A los fines de la presente Póliza, los términos que se indican a continuación tendrán exclusivamente los siguientes significados y alcances, anulando y reemplazando cualquier definición que sobre los mismos se haya introducido en las Condiciones Generales Comunes:

Accidente: se entiende por Accidente aquel sufrido por el Asegurado exclusivamente en el ejercicio de su profesión o actividad declarada en la solicitud de la cobertura, por el hecho o en ocasión del trabajo, dentro del horario y ámbitos habituales donde desempeña sus tareas, incluidos los Accidentes in itinere. Se entiende por Accidente in itinere el ocurrido en el trayecto directo e inmediato entre el lugar donde el Asegurado desempeña su actividad y su domicilio particular; siempre y cuando el Asegurado no hubiere alterado o interrumpido dicho trayecto por causas ajenas al trabajo.

Cláusula 2: Objeto del Seguro

En virtud de la redefinición del término Accidente de la Cláusula precedente, los riesgos cubiertos en cada una de las Condiciones Específicas incluidas en la Póliza serán única y exclusivamente cubiertos si los mismos se originan en un Accidente con las características descriptas precedentemente.

Cláusula 3: Agravación del Riesgo

A las agravaciones del riesgo previstas en la Cláusula 13 de las Condiciones Generales Comunes, se agregan a efectos de la cobertura las siguientes agravaciones:

a) Modificación del horario habitual en el cual desempeña sus tareas, de acuerdo a lo declarado en la solicitud.
b) Modificación del trayecto entre su domicilio y el lugar donde desempeña su actividad o viceversa.

Se mantienen invariables todas las disposiciones de las Condiciones Generales Comunes no expresamente modificadas por estas Condiciones Generales Específicas.

CONDICIONES ESPECÍFICAS COBERTURA DE MUERTE (1)

Cláusula 1: Definiciones

A los fines de la presente Póliza los términos que se indican a continuación tendrán exclusivamente los siguientes significados y alcances:

Muerte: fallecimiento del Asegurado como consecuencia inmediata de un Accidente.

Cláusula 2: Riesgos Cubiertos-Límites Indemnizatorios

El riesgo amparado por esta Condición Específica es el de Muerte del Asegurado como consecuencia inmediata de un Accidente ocurrido durante la vigencia del seguro, y siempre que el fallecimiento se produzca a más tardar dentro de un año a contar de la fecha del mismo.

El Asegurador indemnizará a el o los Beneficiarios la Suma Asegurada que se indica para esta cobertura en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Incorporación, según corresponda.

En caso de viaje aéreo del Asegurado realizado en líneas de transporte aéreo regular, si no se tuvieran noticias del avión por un período no inferior a dos meses, el Asegurador hará efectivo el pago de la Suma Asegurada prevista para esta cobertura. Si con posterioridad apareciera el Asegurado o se tuvieran noticias ciertas de él, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de las sumas abonadas.

Cláusula 3: Carácter del Beneficio

En caso de Muerte accidental el Asegurador abonará al Beneficiario el beneficio previsto para esta cobertura. Sin embargo, el Asegurador reducirá la prestación correspondiente para Muerte Accidental en los porcentajes tomados en conjunto que hubiere abonado por coberturas de Invalidez eventualmente incluidas en la Póliza, como consecuencia de un Accidente o varios ocurridos durante el período de vigencia del seguro.
En caso de Muerte del Asegurado, quedarán sin efecto las restantes coberturas, ganando el Asegurador la totalidad de la prima.

Cláusula 4: Denuncia del Fallecimiento

Ocurrido el fallecimiento del Asegurado, a los efectos de obtener el beneficio previsto en las presentes Condiciones Específicas, los Beneficiarios deberán acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 14 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos:
a) copia legalizada de la partida de defunción;
b) una declaración del médico que haya asistido al Asegurado o certificado su muerte;
c) cualquier otra documentación razonable que el Asegurador considere necesaria;
d) el testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del hecho determinante de la muerte, salvo que razones procesales lo impidieran.

CONDICIONES ESPECÍFICAS COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE - TOTAL Y PARCIAL (2)

Cláusula 1: Riesgos Cubiertos-Límites Indemnizatorios

El riesgo amparado por esta Condición Específica es el de Invalidez Permanente del Asegurado como consecuencia inmediata de un Accidente ocurrido durante la vigencia del seguro, y siempre que las consecuencias del Accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha del mismo.

Si el Accidente causare una Invalidez Permanente determinada con prescindencia de la profesión u ocupación del Asegurado, el Asegurador abonará al Asegurado una suma igual al porcentaje, sobre la Suma Asegurada indicada en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Incorporación, según corresponda, que corresponda de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida y según se indica a continuación:

INCAPACIDAD TOTAL	%
Estado absoluto e incurable de alienación mental, producido como consecuencia inmediata de un Accidente, que no permita al Asegurado ningún trabajo u ocupación, por el resto de su vida	100

Fractura incurable de la columna vertebral que determine
la invalidez total permanente. 100
INCAPACIDAD PARCIAL

a) Cabeza %

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

b Miembros superiores % %

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

c) Miembros inferiores %

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

Por pérdida total se entiende aquella que tiene lugar por la amputación o por la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano lesionado.

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

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

Por la pérdida de 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.

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

En caso que el Asegurado fuera zurdo, se invertirán los porcentajes de indemnización fijados por la pérdida de los miembros superiores.

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

Las invalideces derivadas de Accidentes sucesivos ocurridos durante un mismo período anual de la vigencia de la cobertura, serán tomadas en conjunto a fin de fijar el grado de invalidez a indemnizar por el último Accidente.

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

Cláusula 2: Carácter del Beneficio

El beneficio acordado por Invalidez Permanente es sustitutivo de la Suma Asegurada que debiera liquidarse en caso de Muerte del Asegurado, de modo que, con el pago a que se refiere el artículo anterior, si el monto abonado por Invalidez Permanente resulta coincidente con el de Muerte, el Asegurador queda liberado de cualquier otra obligación con respecto a dicho Asegurado, quedando sin efecto las restantes coberturas.

Si el monto abonado por Invalidez resultara inferior a la Suma Asegurada por Muerte, dicha liberación será parcial, por un importe igual al capital liquidado por Invalidez Permanente.

Cláusula 3: Denuncia y Comprobación de la Invalidez

Ocurrido el Accidente que diera lugar a la Invalidez Permanente del Asegurado, a los efectos de obtener el beneficio previsto en las presentes Condiciones Específicas, el Asegurado o su representante deberá acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 14 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos:

a) Constancias médicas y/o testimoniales relativas a su Invalidez Permanente: su comienzo, gravedad y causas.
b) Cualquier otra documentación razonable que el Asegurador considere necesaria.
c) El testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del Accidente determinante de la Invalidez Permanente, salvo que razones procesales lo impidieran.

Cláusula 4: Cumplimiento de la Prestación por el Asegurador ¿ Plazo de Prueba

El Asegurador, dentro de los quince (15) días de recibida la denuncia y/o las constancias a que se refiere el punto anterior y la Cláusula 15 de las Condiciones Generales Comunes, contados desde la fecha que sea posterior, deberá hacer saber al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio.

Si las comprobaciones y constancias requeridas, no resultaran concluyentes en cuanto al origen accidental de la Invalidez, a su carácter permanente 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.

La no contestación por parte del Asegurador dentro del plazo establecido, significará automáticamente el reconocimiento del beneficio reclamado.

CONDICIONES ESPECÍFICAS COBERTURA DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS (4)

Cláusula 1: Definiciones

A los fines de la presente Póliza los términos que se indican a continuación tendrán exclusivamente los siguientes significados y alcances:

a. Gastos Médicos: se entienden por tales aquellos medicamentos y/o prestaciones médicas y/o estudios médicos que hayan sido prescriptos y efectuados al Asegurado por un médico matriculado, como consecuencia inmediata de un Accidente, con exclusión de aquellos que sean reembolsables al Asegurado por una Obra Social y/o sistema de medicina privada al que se encuentre afiliado el Asegurado. Ello no incluye los gastos por viajes y estadías para tratamientos termales o convalecencias ni el suministro de lentes, aparatos ortopédicos o prótesis dentales.
b. Gastos de Traslado: son los gastos en los que incurra el Asegurado con motivo de su traslado desde, hasta o entre establecimientos de salud, siendo dicho traslado necesario para el diagnóstico o tratamiento de su patología, y respondan exclusivamente a la imposibilidad del Asegurado de movilizarse por sus propios medios, de acuerdo a indicación médica. La elección y las características del vehículo a emplear para el traslado, dependerán del estado clínico del Asegurado. Estos traslados, salvo casos de urgencia que no permitan cumplimentar este requisito, requerirán la previa autorización de la auditoría médica del Asegurador.
c. Deducible: es el importe o porcentaje de la Suma Asegurada que se encontrará a cargo del Asegurado en cada siniestro cubierto por estas Condiciones Específicas y será el previsto en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Incorporación, según corresponda.

Cláusula 2: Riesgos Cubiertos-Límites Indemnizatorios

El riesgo amparado por esta Condición Específica es el de los Gastos Médicos y Gastos de Traslado incurridos por el Asegurado como consecuencia inmediata de un Accidente ocurrido durante la vigencia del seguro, y siempre que las consecuencias del Accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha del mismo.

El Asegurador deberá abonar los Gastos Médicos y Gastos de Traslado incurridos, con detracción del Deducible, contra la presentación de la factura y/o comprobante de pago respectivo, hasta un máximo equivalente a la Suma Asegurada de esta Condición Específica, indicada en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Incorporación, según corresponda.

Se podrán establecer Sumas Aseguradas y/o Deducibles diferenciados para el caso de Accidentes ocurridos dentro del territorio de la República Argentina o bien en el extranjero.

Cláusula 3: Carácter del Beneficio

Queda entendido y convenido que en caso de siniestro que afecte las restantes coberturas no se deducirán de las mismas los importes que se hubieran abonado en concepto de Gastos Médicos y Gastos de Traslado, ya que esta cobertura es adicional e independiente de las demás.

Cláusula 4: Documentación a presentar

Ocurrido el Accidente que diera lugar a los Gastos Médicos y Gastos de Traslado cubiertos por la presente Condición Específica, a los efectos de obtener el beneficio previsto, el Asegurado o su representante deberá acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 14 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos:
a) Las facturas originales respecto de las cuales solicita el reintegro, en las cuales deberá constar la identificación de los conceptos facturados.
b) Copia de la receta u orden médica que prescribe la necesidad del medicamento, tratamiento, análisis o prestación, según se trate.
c) Troquel original de los medicamentos adquiridos respecto de los cuales se solicita el reintegro, salvo que el mismo deba ser entregado a los fines de obtener un descuento o un reintegro de una Obra Social y/o sistema de medicina privada al que se encuentre afiliado el Asegurado, circunstancia que deberá surgir de la receta u orden médica citada en el inciso anterior y/o de las facturas del inciso a) precedente.

CONDICIONES ESPECÍFICAS COBERTURA DE SERVICIOS MÉDICOS (5)

Cláusula 1: Definiciones

A los fines de la presente Póliza los términos que se indican a continuación tendrán exclusivamente los siguientes significados y alcances:

a. Servicio Médico: se entiende por tal a la Atención Médica y/o Farmacéutica a la que haya sido sometido el Asegurado, prescripta por un médico matriculado y producida como consecuencia inmediata de un Accidente, con exclusión de aquellos que sean cubiertos al Asegurado por una Obra Social y/o sistema de medicina privada al que se encuentre afiliado el Asegurado.
b. Atención Médica: se incluyen bajo este concepto la totalidad de 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.
c. Atención Farmacéutica: se incluye bajo este concepto la provisión de la totalidad de los medicamentos que pudiere requerir la atención de la afección del Asegurado, tanto sea

para su tratamiento ambulatorio como durante una internación.
d. Prestador Médico: se entiende por tal al médico o institución médica con quien el Asegurador posee convenio para otorgar los Servicios Médicos cubiertos por la presente Condición Específica y que se informa al Asegurado mediante el listado respectivo.
e. Gastos de Traslado: son los gastos en los que incurra el Asegurado con motivo de su traslado desde, hasta o entre establecimientos de salud, siendo dicho traslado necesario para el diagnóstico o tratamiento de su patología, y respondan exclusivamente a la imposibilidad del Asegurado de movilizarse por sus propios medios, de acuerdo a indicación médica. La elección y las características del vehículo a emplear para el traslado, dependerán del estado clínico del Asegurado. Estos traslados, salvo casos de urgencia que no permitan cumplimentar este requisito, requerirán la previa autorización de la auditoría médica del Asegurador.

Cláusula 2: Riesgos Cubiertos-Límites Indemnizatorios

El riesgo amparado por esta Condición Específica es el de la prestación de los Servicios Médicos requeridos y Gastos de Traslado incurridos por el Asegurado, como consecuencia inmediata de un Accidente ocurrido durante la vigencia del seguro, y siempre que las consecuencias del Accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha del mismo.

El Asegurador, a través de la red de Prestadores con la cual posee convenio y cuyo listado se encuentra a disposición del Asegurado, brindará a este último las prestaciones de Servicio Médico que éste pudiere demandar, originadas en un Accidente cubierto por la presente cobertura.

Atento que la cobertura prevista para los Servicios Médicos es de carácter estrictamente prestacional, si el Asegurado incurriera en cualquier gasto médico o si recibiera atención médica de un Prestador Médico distinto a los indicados por el Asegurador, no se efectuará reintegro alguno de los mismos.

Únicamente en los casos en que resultara 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 en un Prestador Médico no incluido en el listado, dando inmediato aviso al Asegurador. Sólo en este supuesto, el Asegurador, previa verificación de los hechos, reintegrará los gastos derivados de los Servicios Médicos recibidos por el Asegurado, dentro de los 15 días de efectuado el reclamo y de adjuntada la documentación correspondiente, incluidas las facturas originales respecto de las cuales se solicita el reintegro con indicación de los conceptos facturados.

El Asegurador responderá por la prestación (o el reembolso según lo indicado en el párrafo precedente) de los Servicios Médicos y Gastos de Traslado hasta la Suma Asegurada Máxima establecida en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Incorporación, según corresponda, para esta cobertura por todo y cada Accidente cubierto por la Póliza.

Queda expresamente convenido que el Asegurador no será responsable por los daños y perjuicios producidos por los profesionales intervinientes con motivo de la prestación de los Servicios Médicos al Asegurado.

En el caso que el Asegurado requiera los servicios del Prestador Médico con motivo de una emergencia o urgencia médica y que una vez prestados los mismos se verifique que dicha atención no respondía a un Accidente cubierto por las presentes Condiciones Específicas, el Asegurador se reserva el derecho a recuperar del Asegurado el monto de las prestaciones otorgadas por el Prestador Médico en razón de la presente cobertura.

Cláusula 3: Carácter del Beneficio

Queda entendido y convenido que en caso de siniestro que afecte las restantes coberturas no se deducirán de las mismas importe alguno en concepto de Servicios Médicos o Gastos de Traslado, ya que esta cobertura es adicional e independiente de las demás.

Cláusula 4: Documentación a presentar

Ocurrido el Accidente que diera lugar a los Servicios Médicos o Gastos de Traslado cubiertos por la presente Condición Específica, a los efectos de obtener el beneficio previsto, el Asegurado o su representante deberá:
- Presentarse ante el Prestador Médico con Documento de Identidad y el Formulario de Denuncia del Siniestro.
- Cumplimentar los requisitos relativos a la denuncia del Accidente que dio origen al reclamo, de conformidad a lo establecido en la Cláusula 14 de las Condiciones Generales Comunes.
- En caso de solicitar reintegro de gastos, las facturas originales respecto de las cuales solicita el reintegro, en las cuales deberá constar la identificación de los conceptos facturados.

CONDICIONES ESPECÍFICAS COBERTURA DE RENTA DIARIA POR INTERNACIÓN (7)

Cláusula 1: Definiciones:

A los fines de la presente Póliza los términos que se indican a continuación tendrán exclusivamente los siguientes significados y alcances:

a. Renta Diaria por Internación: se entiende por tal a la prestación que el Asegurador otorgará por cada día que el Asegurado permanezca internado u hospitalizado en un Establecimiento Asistencial (hasta la cantidad máxima de días prevista en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Incorporación, según corresponda) como consecuencia inmediata de un Accidente.
b. Establecimiento Asistencial: es un establecimiento médico que se halle legalmente autorizado, que posea servicios de enfermería durante las 24 horas del día y que esté equipado para cirugía mayor.
c. Internación: Se entiende por tal la permanencia del Asegurado en un Establecimiento Asistencial como consecuencia inmediata de un Accidente, cuando ésta supere el Período de Espera especificado en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Incorporación, según corresponda.

Cláusula 2: Riesgos Cubiertos-Límites Indemnizatorios

El riesgo amparado por esta Condición Específica es el de la Internación del Asegurado como consecuencia inmediata de un Accidente ocurrido durante la vigencia del seguro, y siempre que las consecuencias del Accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha del mismo.

El Asegurador indemnizará al Asegurado la Suma Asegurada estipulada en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Incorporación, según corresponda, por cada día de Internación del Asegurado.

Dicha indemnización diaria se comenzará a abonar desde el primer día de Internación -cuando ésta supere el Período de Espera-, computada en días completos y consecutivos, y por el Período Máximo de Cobertura que también se estipula en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Incorporación, según corresponda.

Cláusula 3: Carácter del Beneficio

Queda entendido y convenido que en caso de siniestro que afecte las restantes coberturas no se deducirán de las mismas los importes que se hubieran abonado en concepto de Renta Diaria por Internación, ya que esta cobertura es adicional e independiente de las demás.

Cláusula 4: Denuncia de la Internación

Ocurrido el Accidente que diera lugar a la Internación del Asegurado, a los efectos de obtener el beneficio previsto en las presentes Condiciones Específicas, el Asegurado o su representante deberá acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 14 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos:
a) Constancia expedida por el Establecimiento Asistencial con indicación de la fecha de ingreso y alta del Asegurado.
b) Certificado médico en el que conste el motivo de la Internación.

CONDICIONES ESPECÍFICAS COBERTURA DE REEMBOLSO DE GASTOS DE SEPELIO (9)

Cláusula 1: Definiciones

A los fines de la presente Póliza los términos que se indican a continuación tendrán exclusivamente los siguientes significados y alcances:

a- Gastos de Sepelio: se entienden por tales aquellos gastos en los que se incurra con motivo del entierro o cremación del Asegurado, fallecido como consecuencia inmediata de un Accidente.

Cláusula 2: Riesgos Cubiertos-Límites Indemnizatorios

El riesgo amparado por esta Condición Específica es el de los Gastos de Sepelio incurridos ante la Muerte del Asegurado, como consecuencia inmediata de un Accidente ocurrido durante la vigencia del seguro, y siempre que la Muerte se produzca dentro de un año a contar de la fecha del mismo.

El Asegurador deberá abonar los Gastos de Sepelio incurridos, contra la presentación de las facturas y/o comprobantes de pago respectivos, hasta un máximo equivalente a la Suma Asegurada de esta Condición Específica, indicada en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Incorporación, según corresponda.

Cláusula 3: Carácter del Beneficio

Queda entendido y convenido que en caso de siniestro que afecte las restantes coberturas no se deducirán de las mismas los importes que se hubieran abonado en concepto de Gastos de Sepelio, ya que esta cobertura es adicional e independiente de las demás.

Cláusula 4: Documentación a presentar

Ocurrida la Muerte que diera lugar a los Gastos de Sepelio cubiertos por la presente Condición Específica, a los efectos de obtener el beneficio previsto, el Beneficiario deberá acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 14 de las Condiciones Generales Comunes y en la Condición Específica de la Cobertura de Muerte, los siguientes elementos:
a) Las facturas originales respecto de las cuales solicita el reintegro, en las cuales deberá constar la identificación de los conceptos facturados.

CONDICIONES ESPECÍFICAS COBERTURA DE REMBOLSO DE GASTOS POR PRÓTESIS Y ÓRTESIS (11)

Cláusula 1: Definiciones

A los fines de la presente Póliza los términos que se indican a continuación tendrán exclusivamente los siguientes significados y alcances:

Prótesis u Órtesis: se entiende por tal a aquel artefacto o elemento especialmente diseñado e implantado con el fin de cumplir una función supletoria de aquella parte del cuerpo del Asegurado afectada como consecuencia inmediata de un Accidente, con exclusión de aquellos que sean reembolsables al Asegurado por una Obra Social y/o sistema de medicina privada al que se encuentre afiliado el Asegurado y siempre que se encuentre dentro de las siguientes especialidades:
a. Prótesis Oftalmológicas
b. Prótesis Traumatológicas y Ortopédicas
c. Prótesis Vasculares
d. Prótesis de Cirugía Abdominal
e. Prótesis Auditivas
f. Órtesis y Ortopedia

Cláusula 2: Riesgos Cubiertos-Límites Indemnizatorios

El riesgo amparado por esta Condición Específica es el del Reembolso de los Gastos por Prótesis u Órtesis incurridos por el Asegurado como consecuencia inmediata de un Accidente ocurrido durante la vigencia del seguro, y siempre que las consecuencias del Accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha del mismo.

El Asegurador deberá abonar, contra la presentación de la factura y/o comprobante de pago respectivo, los Gastos por Prótesis u Órtesis incurridos hasta las Sumas Aseguradas Máximas que, por cada tipo de Prótesis u Órtesis, se establecen en el Listado de Prótesis u Órtesis adjunto a la presente.

El Asegurador sólo efectuará el reembolso del gasto correspondiente a la primera Prótesis u Órtesis, no cubriéndose suma alguna por las renovaciones o reemplazos que de las mismas pudieran efectuarse.

Cláusula 3: Carácter del Beneficio

Queda entendido y convenido que en caso de siniestro que afecte las restantes coberturas no se deducirán de las mismas los importes que se hubieran abonado en concepto de Gastos por Prótesis u Órtesis, ya que esta cobertura es adicional e independiente de las demás.

Cláusula 4: Documentación a presentar

Ocurrido el Accidente que diera lugar a los Gastos por Prótesis u Órtesis cubiertos por la presente Condición Específica, a los efectos de obtener el beneficio previsto, el Asegurado o su representante deberá acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 14 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos:
a) Las facturas originales respecto de las cuales solicita el reintegro, en las cuales deberá constar la identificación de los conceptos facturados.
b) Copia de la orden médica que prescribe la necesidad del implante de la Prótesis u Órtesis, según se trate.

Cláusula 5: Exclusiones

A las exclusiones previstas en la Cláusula 6 de las Condiciones Generales Comunes, se agregan a efectos de la presente cobertura las siguientes:
a) Prótesis u Órtesis que no se encuentren expresamente detalladas en el en el Listado de Prótesis y Órtesis adjunto a la presente.
b) Prótesis utilizadas con fines estéticos.
c) Prótesis bucodentales.
d) Prótesis miogénicas o bioeléctricas.
e) Renovaciones de Prótesis u Órtesis del Asegurado preexistentes al comienzo de la presente cobertura.
f) Prótesis u Órtesis que sean reembolsables al Asegurado por una Obra Social y/o sistema de medicina privada al que se encuentre afiliado el Asegurado.

LISTADO DE PRÓTESIS Y ÓRTESIS (11)

Prótesis Oftalmológicas

Descripción	Suma Asegurada Máxima
Lente Intraocular incluyendo Healon	$ 250

Prótesis Traumatológicas y Ortopédicas

Descripción	Suma Asegurada Máxima
Prótesis parcial de cadera (tipo Thompson	$ 1.000
Prótesis total de cadera tipo Charnley o Muller	$ 1.200
Prótesis de cadera no cementada	$ 3.500
Prótesis total de rodilla	$ 3.500
Material de Osteosíntesis (cemento, placas, clavos, placa tipo Jewett o Muller, clavos tipo Kuntscher, Steiman y otros)	$ 500

Prótesis Vascular

Descripción	Suma Asegurada Máxima
Arterial no bifurcada	$ 1.200
Arterial bifurcada	$ 2.000

Prótesis de Cirugía Abdominal

Descripción	Suma Asegurada Máxima
Malla de Marlex o abdominales de otro tipo	$ 300

Prótesis Auditivas

Descripción	Suma Asegurada Máxima
Prótesis Auricular	$ 300

Órtesis y Ortopedia

Descripción	Suma Asegurada Máxima
Tutor Externo para miembros Sup. e Inf.	$ 2.800
Pierna y brazo ortopédicos	$ 3.300
Órtesis corta doble barra	$ 300
Órtesis corta o resorte de Codeville	$ 450
Órtesis larga con articulación en rodilla	$ 1.300
Valva o Férula corta acolchada	$ 140
Férula larga acolchada	$ 230
Férula larga acolchada con apoyo isquiático	$ 300
Férula larga con articulación de rodilla - anillas o suiza -	$ 470
Corset termoplástico bivalvado	$ 430

CLÁUSULA ADICIONAL Seguro sobre la Persona de un Tercero (20)

Nota: Esta cláusula es aplicación cuando el Tomador/Contratante del seguro no es la persona asegurada

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

El presente seguro cubre los Accidentes que sufran los Asegurados mediante el pago de las indemnizaciones especificadas en las Condiciones Particulares de la Póliza, mientras permanezcan al servicio del Tomador, o mientras éste tenga un interés económico lícito sobre la vida o salud de los Asegurados.

Se instituye Beneficiario en primer término al Tomador, con preeminencia sobre los restantes Beneficiarios que conservarán su derecho sólo sobre el saldo de la prestación:
a) Por el monto que resultase de cualquier responsabilidad civil o legal que tuviera que asumir con motivo de Accidentes cubiertos por la póliza que sufrieran los Asegurados;
b) Por el monto del perjuicio concreto resultante de un interés económico lícito que demostrara con respecto a la vida o salud de los Asegurados, cuando éstos sufrieran Accidentes cubiertos por el contrato.

Previa citación al Tomador, para que en el término de tres (3) días invoque su derecho al cobro preferente conforme con el párrafo anterior, el pago del saldo de las prestaciones se hará directamente a los Asegurados o Beneficiarios que justifiquen sus derechos. En caso de desacuerdo entre los interesados, se consignará judicialmente el importe.

ANEXO A LAS CONDICIONES DE PÓLIZA - NÓMINA DE ASEGURADOS

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 9148187

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 03-12-2024	Hasta 12:00 Hs. del del 03-01-2025
Término (en días)	**Plan**
31	100 - PLAN BASICO
Endoso	**Lugar de emisión**
0	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
	03-12-2024

DATOS DEL TOMADOR / CONTRATANTE

NOMBRE MELOSSI OSCAR FABIAN
DOMICILIO RAMON CALDERON N* 174 DTO 2
LOCALIDAD LA CONSULTA
CÓDIGO POSTAL 5567
PROVINCIA MENDOZA
CONDICIÓN DE IVA INSCRIPTO
CUIT/DNI 20235123976 / 23512397
ASEGURADO NRO. 2080344

NOMINA ACTIVA

Cert.	Documento	Apellido y Nombre	FE NACIMIENTO	BENEFICIARIO
1	DNI 23512397	MELOSSI OSCAR FABIAN	15-11-1973	CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES

FEDERACIÓN PATRONAL SEGUROS S.A.U. CUIT: 33-70736658-9
Domicilio: Av. 51 n°770 - La Plata - CP B1900AWP - Pcia de Bs. As.
IVA-RESPONSABLE INSCRIPTO
Imp.S/Ing.Brutos:Conv.Mult.902-867191-2.
Fecha Inicio de Actividad: 08/11/2000.

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

FACTURA ORIGINAL

SECCIÓN 12 - ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 9148187

Asegurado	Domicilio	Fecha de Emisión
MELOSSI OSCAR FABIAN	RAMON CALDERON N* 174 DTO 2	03-12-2024
CUIT/ DNI	**Localidad**	**Endoso**
20235123976 / 23512397	LA CONSULTA	0
IVA	**Provincia**	**Período Facturado Desde**
INSCRIPTO	MENDOZA	03-12-2024
Asegurado nro.	**Código Postal**	**Período Facturado Hasta**
2080344	5567	03-01-2025
	Ag. / Prod / Org	
	23 25915 - GARCIA ANA LAURA 72510 - PAS.UNUM.ORGANIZADORES S.A.S.	

PLAN DE PAGO DEL ENDOSO

NRO.	VENCIMIENTO	IMPORTE
1/1	03-12-2024	$ 4,282.21
TOTALES:		**$ 4,282.21**

LIQUIDACIÓN DE PREMIO Y OTROS CONCEPTOS

PRIMA	$	3,382.48
SUB-TOTAL	$	3,382.48
IVA	$	710.32
SUB-TOTAL	$	4,092.80
PERCEPCION IVA	$	101.47
SELLADOS	$	50.74
OTROS IMPUESTOS Y TASAS	$	37.20
MONTO TOTAL DEL PREMIO	$	4,282.21

Atento a lo establecido por la R.G. (AFIP) N 4523/2019 el contribuyente deberá descargar de la web del Organismo (www.afip.gob.ar) el Formulario F.2005 - Certificado de Percepción del Impuesto al Valor Agregado, con su numeración definitiva.

SELF

PAGO CONSOLIDADO

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PÓLIZA** 9148187

Plan de pago consolidado:

Período facturado 03-12-2024 al 03-01-2025
*** Póliza: 12-9148187-0 Riesgo: A.P. PRESTACIONAL (último endoso facturado: 0)**

ASEGURADO: 2080344 MELOSSI OSCAR FABIAN

CUIT/CUIL: 20235123976 DNI: 23512397 Domicilio: RAMON CALDERON N* 174 DTO 2
Localidad: LA CONSULTA Pcia: MENDOZA CP: 5567

CUOTA Y VENCIMIENTO	MONEDA	MONTO CUOTA	SALDO CUOTA
Pago contado saldo facturado. Fecha límite pago 02-01-2025	PESOS		4,282.21
1/1 Vencimiento 03/12/2024.	PESOS	4,282.21	4,282.21

MEDIOS DE PAGO. Las cuotas de la presente póliza pueden ser abonadas con Pago Fácil, Rapipago, Provincia Net, Cobro Express, Pago Mis Cuentas, Pagos Link, Interbanking (Interpagos), VISA Pago Puntual o Servicios de Pago Mastercard. También puede solicitar la adhesión al servicio de cobro por DEBITO AUTOMATICO en tarjeta de crédito o CBU.

Las siguientes tablas contienen información útil que te servirá a la hora de abonar esta póliza:

PAGO ELECTRÓNICO

Agente	Código de pago electrónico
Pago Mis Cuentas	2080344
Pagos Link	2080344
Visa Pago Puntual	120091481870000
Interbanking	2080344
Servicio de Pago Mastercard	2080344
Amex Pay	DNI 23512397

PAGO EN EFECTIVO

Agente	Identificación
Cobro Express	DNI 23512397
Rapipago	DNI 23512397
Multipago	DNI 23512397
Pago Fácil	DNI 23512397
Provincia Net	DNI 23512397
Pronto Pago	DNI 23512397
Ripsa	DNI 23512397
Plus Pagos	DNI 23512397

– TIEMPO + CONCIENCIA

Autogestioná el pago de tus pólizas desde nuestra **WEB** o **APP**.
De esta manera no solo ganás mucho tiempo, sino que colaborás en el cuidado del medioambiente por el menor consumo de papel.

PAGO DIRECTO

Es fácil y rápido. Entrá desde la web ingresando a Acceso Asegurados desde **www.fedpat.com.ar** o desde la APP para smartphones **FedPat Móvil** y pagá tu seguro en sencillos pasos con tarjeta de débito o crédito. Además podrás consultar y descargar tu póliza, declarar y consultar siniestros y muchas cosas más.

PAGO ELECTRÓNICO

Pago Mis Cuentas, Pagos Link, Interbanking, Servicios de Pago Mastercard, Visa Pago Puntual, Amex Pay

PAGO POR DÉBITO AUTOMÁTICO

Adherite a través de las siguientes tarjetas:

PAGO EN EFECTIVO

Cobro Express, Rapipago, Pago Fácil, Provincia Net, Multipagos, Pronto Pago, Ripsa, Plus Pagos y Pago 24

DESCARGÁ LA APP FEDPAT MÓVIL

Descargá la APP en tu smartphone y tené al ALCANCE DE LA MANO toda la información de tus seguros.
Podrás pagar tus cuotas, declarar y consultar siniestros y muchas cosas más.

DISPONIBLE EN Google Play

0810-222-5588
www.fedpat.com.ar

fedpatoficial /fedpatoficial Federación Patronal Seguros Federación Patronal Seguros seguros@fedpat.com.ar

FRENTE DE PÓLIZA

Póliza impresa el dia 03-12-2024

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 9148187

Productor: 25915 GARCIA ANA LAURA Matrícula SSN: 83475 AG: 23

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 03-12-2024	Hasta 12:00 Hs. del 03-01-2025
Término (en días)	**Plan**
31	100 - PLAN BASICO
Endoso	**Lugar de emisión**
0	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
	03-12-2024

DATOS DEL TOMADOR / CONTRATANTE

NOMBRE MELOSSI OSCAR FABIAN
DOMICILIO RAMON CALDERON N* 174 DTO 2
LOCALIDAD LA CONSULTA
CÓDIGO POSTAL 5567
PROVINCIA MENDOZA
CONDICIÓN DE IVA INSCRIPTO
CUIT/DNI 20235123976 / 23512397
ASEGURADO NRO. 2080344

FEDERACIÓN PATRONAL SEGUROS S.A.U. Domicilio: Av. 51 n°770 - La Plata - CP B1900AWP - Pcia de Bs. As. - IVA-RESPONSABLE INSCRIPTO. Imp.S/Ing.Brutos:Conv.Mult.902-867191-2. Fecha Inicio de Actividad: 08/11/2000.

FEDERACIÓN PATRONAL SEGUROS S.A.U.,CUIT: 33-70736658-9 (en adelante "el Asegurador") asegura a la persona indicada anteriormente (en adelante "el Asegurado/Tomador"), bajo las condiciones de la presente póliza, que han sido convenidas para ser ejecutadas en buena fe, y de conformidad con la solicitud de seguro presentada por el Asegurado/Tomador, la que se declara parte integrante de este contrato

PLAN DE PAGO DEL ENDOSO

NÚMERO	VENCIMIENTO	IMPORTE
1/1	03-12-2024	$ 4,282.21
TOTAL:		**$ 4,282.21**

PERÍODO FACTURADO

03-12-2024	03-01-2025

Pago del Impuesto de sellos de $ 50.74 por declaración jurada.
Números de Inscripción:
33-70736658-9

LIQUIDACION DEL PREMIO

PRIMA $ 3,382.48			
I.V.A. $ 811.79	**SELLADO** $ 50.74	**OTROS IMP. Y TASAS** $ 37.20	
PREMIO DEL ENDOSO $ 4,282.21			
MONEDA CONTRATO PESOS	**TEA** 0.00%	**CARGO FINANCIERO** $ 0.00	

Si el texto de esta póliza difiriera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el Asegurado si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza (Art.12 de la ley de Seguros). Cuando se mencionen los vocablos "Asegurado" o "Tomador/Contratante" se considerará indistintamente según correspondan. Emitida en La Plata el 03 de Diciembre de 2024

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

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 0810-222-5588. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.fedpat.com.ar.
En caso de que existiera un reclamo ante la entidad aseguradora y que el mismo no haya sido resuelto o haya sido desestimado, total o parcialmente, o que haya sido denegada su admisión, podrá comunicarse con la Superintendencia de Seguros de la Nación por teléfono al 0800-666-8400 o por correo electrónico a consultas@ssn.gob.ar.

Para consultas o reclamos, comunicarse con FEDERACIÓN PATRONAL SEGUROS S.A.U, al teléfono 0810-222-5588

Diego Fernando Vallina
Gerente General

Esta póliza ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación mediante Proveído N 105153

SELF

FRENTE DE PÓLIZA - CONDICIONES PARTICULARES (CONTINUACIÓN)

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN	ACCIDENTES PERSONALES	PRODUCTO	A.P. PRESTACIONAL	PÓLIZA	9148187

CONDICIONES GENERALES COMUNES / ESPECIFICAS Y CLAUSULAS ADICIONALES QUE SE ANEXAN Y FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA PRESENTE POLIZA

I	I3	I8	A	A1	II	V	1
2	4	5	7	9	11	20	

RIESGOS CUBIERTOS (POR CERTIFICADO)	DATOS RELEVANTES
010 MUERTE ACCIDENTAL	SUMA ASEG. INDIVIDUAL
	$ 5,000,000.00
020 INVALIDEZ	SUMA ASEG. INDIVIDUAL
	$ 5,000,000.00
050 ASIST. MEDICA Y FARMACEUTICA SIN FRANQ.	SUMA ASEG. INDIVIDUAL
	$ 5,000,000.00
070 RENTA DIARIA POR INTERNACION - 30 DIAS	SUMA ASEG. INDIVIDUAL
	$ 30,000.00
080 GASTOS DE SEPELIO	SUMA ASEG. INDIVIDUAL
	$ 1,493,642.00

OCUPACION CHOFER DE CAMIONES

LIMITES DE EDADES: La edad límite para la suscripción de la póliza es de 70 años y la edad límite de permanencia es hasta los 71 años.

Queda entendido y convenido que la presente póliza además de cubrir la actividad descripta anteriormente; cubre las siguientes actividades: Servicio de transporte urbano de carga - Carga y Descarga.

LIMITE DE EDAD MÍNIMA: La edad límite mínima para la suscripción de la póliza es de 16 años.

AMBITO DE COBERTURA
Queda entendido y convenido que la presente póliza brinda cobertura en toda la Republica Argentina como así tambien en aquellos paises con los que el país mantiene relaciones diplomaticas, siempre que las personas nominadas se encuentren cumpliendo actividades relacionadas a la actividad descripta en póliza.

RENTA DIARIA POR INTERNACIÓN: Se establece un plazo de espera de 3 días. Período máximo de cobertura treinta (30) días, abonandose desde el primero superado el plazo de espera.

USO MOTOCICLETAS IN ITINERE: Contrariamente a lo mencionado en el Inciso o) de las Exclusiones de las Condiciones Generales Comunes-Cláusula 6 de la presente póliza se autoriza el uso de motocicletas para el riesgo in itinere entendiendosé el mismo cuando ocurra en el trayecto directo e inmediato entre el lugar donde el asegurado desempeña su actividad y su domicilio particular; siempre y cuando el asegurado no hubiera alterado o interrumpido dicho trayecto por razones ajenas al trabajo.

EN CASO DE ACCIDENTE COMUNICARSE CON NUESTRO DE CENTRO DE ASISTENCIA PRESTACIONAL AL TELEFONO 0800-222-3123
La cobertura de asistencia médica de este seguro es de carácter prestacional, de conformidad con las definiciones establecidas en las "Condiciones Específicas Cobertura de Servicios Médicos (5)". No obstante el asegurado puede requerir la atención de un Prestador Médico no incluido en el listado, en cuyo caso serán válidas las definiciones establecidas en las "Condiciones Específicas Cobertura de Reembolso de Gastos Médicos (4)", estas modalidades de atención son excluyentes entre sí.

PROTESIS BUCODENTALES:
Queda entendido y convenido que contrariamente a lo establecido en las Cláusula 5 de las Condiciones Específicas, este seguro cubre el reembolso de gastos por prótesis bucodentales con el fin de cumplir una función supletoria de aquella parte del cuerpo afectada como consecuencia inmediata de un accidente.

ACCIDENTES PUNZOCORTANTES / SEROLOGICOS:
Queda entendido y convenido que contrariamente a lo establecido en el Anexo I, Punto u), de las Condiciones Generales Comunes-Exclusiones, la presente póliza ampara en forma excepcional y solamente para la cobertura de Asistencia Médico -Farmaceutica, los análisis de serología de HIV-SIDA y HEPATITIS B, y el eventual tratamiento antirretroviral en profilaxis posterior al episodio llevados a cabo por la autoridad médica que a tal efecto designe esta aseguradora. La atención se dará durante las 24 horas mediante el llamado al siguiente teléfono: 0800-222-3123.

LUMBALGIAS
Contrariamente a lo establecido en el punto iii. del inc. d) de la Cláusula 2 - Definiciones -, se establece que esta póliza cubre lumbalgias cuando se produzcan como consecuencia directa e inmediata de un accidente.

ESTADO DE EBRIEDAD / ABUSO DE ALCOHOL
(Aplicable cuando el asegurado conduzca un vehículo automotor)
Debe interpretarse que una persona se encuentra en estado de ebriedad si conduciendo un vehículo se niega a practicarse el examen de alcoholemia (u otro que corresponda), o cuando habiéndose practicado éste arroje un resultado igual o superior a un gramo de alcohol por 1.000 gramos de sangre al momento del accidente. A los fines de su comprobación queda establecido que la cantidad de alcohol en la sangre de una persona desciende a razón de 0,11 gramos por 1.000 cada hora.

ACTOS NOTORIAMENTE PELIGROSOS
Se deja establecido que además de los comúnmente aceptados, debe entenderse como hecho notoriamente peligroso o riesgoso, y por ende contemplado dentro del Anexo I (Riesgos No cubiertos / Exclusiones a la Cobertura), todo siniestro del asegurado que se produjera al estar como conductor ó acompañante de un vehículo en el que el conductor no posea registro vigente otorgado por autoridad competente que lo habilite a desempeñar dicha función.

Sr. Tomador / Contratante del Seguro: Le informamos que si Ud. desea una copia por medio magnético de los Certificados Individuales de Incorporación a la Cobertura (conforme a lo establecido en el Art. 6 de la Resolución General N 24.697 de la SSN), puede solicitarla a seguros@fedpat.com.ar especificando el contratante y número de póliza.

FRENTE DE PÓLIZA - CONDICIONES PARTICULARES (CONTINUACIÓN)

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN	ACCIDENTES PERSONALES	PRODUCTO	A.P. PRESTACIONAL	PÓLIZA	9148187

Cantidad de asegurados vigentes: 1
IMPORTANTE: Ver el detalle de los asegurados con sus coberturas y sumas aseguradas en el ANEXO A LAS CONDICIONES DE POLIZA - NOMINA

CLAUSULA BENEFICIARIO Y NO REPETICION

El presente seguro cubre los accidentes que sufran los asegurados indicados en las Condiciones Particulares de póliza y por las indemnizaciones especificadas en la misma mientras permanezcan al servicio de las personas o empresas que se mencionan en el detalle por certificado o mientras éstas tengan un interés económico lícito sobre su vida o salud.
Se instituye beneficiario en primer término a éstas personas o empresas que se mencionan en el detalle por certificado, con preeminencia sobre los restantes beneficiarios, que conservaran su derecho solo sobre el saldo de la prestación:
a) por el monto que resultase de cualquier responsabilidad civil o legal que tuviera que asumir, con motivo de accidentes cubiertos por la póliza que sufrieran los asegurados.
b) por el monto del perjuicio concreto resultante de un interés económico lícito que demostrara con respecto a la vida o salud de los asegurados, cuando estos sufrieran accidentes cubiertos por el contrato.
Previa citación a las mismas para que en el término de tres días invoquen su derecho al cobro preferente conforme con los términos anteriores, el pago del saldo de las prestaciones se harán directamente a los asegurados o beneficiarios que justifiquen sus derechos. En caso de desacuerdo entre los interesados se consignará judicialmente el importe.
Esta Aseguradora se obliga a mantener indemnes a las personas o empresas mencionadas dentro de los alcances previstos en la presente póliza, renunciando a ejercer la acción de repetición y en consecuencia no se subrogará en los derechos del asegurado y/o tercero reclamante y no accionará contra las mismas, y/o sus directores, y/o empleados

Empresa: R P B SOCIEDAD ANONIMA - cuit: 30663137375
CUIP:
0726201002000000000000000000091481870000000000099202351239766-10000083475200000017080700 76

En caso de siniestro, la falta de presentación de la información y/o documentación solicitada en la Resolución Nº 28/2018 de la Unidad de Información Financiera (U.I.F.), no obstará al pago correspondiente, si obrara en poder de la aseguradora la documentación requerida por la legislación aplicable en materia de seguros, sin perjuicio de la responsabilidad del Sujeto Obligado de evaluar adecuadamente esa falta de presentación de información y/o documentación, a la luz de la normativa aplicable en materia de prevención de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

*****El Asegurado o Tomador puede solicitar en cualquier momento a la Aseguradora un ejemplar en original de la presente documentación*****

ANEXO I - EXCLUSIONES

Condiciones Generales Comunes - Cláusula 6: Exclusiones

Quedan excluidos de la cobertura que otorga la Póliza los daños sufridos por el Asegurado que sean consecuencia inmediata o mediata de:
a) Accidentes que no encuadren dentro de la definición de "Accidente" incorporada en la Cláusula 2, inciso d), de las presentes Condiciones Generales Comunes, o cualquier otra definición de Accidente que la reemplace en esta Póliza.
b) Enfermedades de cualquier naturaleza inclusive las originadas por la picadura de insectos, salvo lo especificado en la Cláusula 2, inciso d), de las presentes Condiciones Generales Comunes, o en cualquier otra definición de Accidente que la reemplace en esta Póliza.
c) Acción de los rayos "x" y similares, y de cualquier elemento radioactivo u originadas en reacciones nucleares.
d) lesiones imputables a esfuerzo, salvo los casos contemplados en la Cláusula 2, inciso d), de las presentes Condiciones Generales Comunes, o en cualquier otra definición de Accidente que la reemplace en esta Póliza.
e) Insolación; quemaduras por rayos solares, enfriamiento y demás efectos de las condiciones atmosféricas o ambientales.
f) Psicopatías o enfermedades psiquiátricas transitorias o permanentes, excepto que las mismas provengan de estrés post-traumático o de reacciones vivenciales reactivas de un Accidente cubierto sufrido por el Asegurado.
g) Operaciones quirúrgicas o tratamientos, salvo que sobrevengan como consecuencia inmediata de un Accidente cubierto o del tratamiento de las lesiones por él producidas.
h) Accidentes que el Asegurado y/o Beneficiario provoquen -por acción u omisión- dolosamente o con culpa grave o el Asegurado 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.
i) Suicidio; pactos o acuerdos de suicidio.
j) Lesiones autoinflingidas, aún cuando sean cometidas en estado de enajenación mental.
k) Accidentes causados por vértigos, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que ocurran por estado de enajenación mental, salvo que tales trastornos sean consecuencia inmediata de un Accidente cubierto, tal como se lo define en la Cláusula 2, inciso d), de las presentes Condiciones Generales Comunes, o en cualquier otra definición de Accidente que la reemplace en esta Póliza.
l) Estado de ebriedad o por estar el Asegurado bajo la influencia de estupefacientes o alcaloides.
m) 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.
n) Accidentes derivados de la navegación aérea no realizada en líneas de transporte aéreo regular, salvo acuerdo en contrario.
o) Accidentes derivados del uso de motocicletas y vehículos similares, salvo acuerdo en contrario.
p) Accidentes derivados de la práctica de deportes que no sean los enumerados en el punto v), inciso d) de Cláusula 2 de las presentes Condiciones Generales Comunes o en cualquier otra definición de Accidente que la reemplace en esta Póliza, o en condiciones distintas a las allí enunciadas.
q) Accidentes derivados de la realización de trabajos en altura superiores a los 6 (seis) metros, salvo acuerdo en contrario.
r) Todo y cualquier acto o hecho de guerra, de guerra civil, de guerrillas, de rebelión, insurrección o revolución, de conmoción civil o de terrorismo.
s) Todo y cualquier acto o hecho de sedición, motín, tumulto popular, vandalismo, huelga o lock-out, cuando el Asegurado participe como elemento activo.
t) 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 los incisos r) a t) se presume que son consecuencia de los mismos, salvo prueba en contrario del Asegurado y/o Beneficiario.

Condiciones Generales Específicas - Accidentes de Tránsito Terrestre - Cláusula 3: Exclusiones

A las exclusiones previstas en la Cláusula 6 de las Condiciones Generales Comunes y las previstas en las correspondientes Condiciones Específicas, se agregan a efectos de la presente, las siguientes exclusiones:

a) Los Accidentes causados por el Asegurado como conductor cuando este:
i) Careciera de registro para conducir;
ii) Infringiera temerariamente disposiciones esenciales del reglamento de tránsito, tales como exceso de velocidad, tránsito por vías prohibidas o a contramano;
iii) Violara la prioridad de paso;
iv) Transportara en el vehículo un número de personas superior al autorizado;
v) No cumpliera cualquier disposición de tránsito emanada de autoridad competente.
b) Los Accidentes ocurridos al Asegurado mientras viaje como pasajero en otros medios de transporte distintos a los indicados en la Cláusula 1 de estas Condiciones Generales Específicas.

Condiciones Específicas ¿ Cobertura de Reembolso de Gastos por Prótesis y Órtesis - Cláusula 5: Exclusiones

A las exclusiones previstas en la Cláusula 6 de las Condiciones Generales Comunes, se agregan a efectos de la presente cobertura las siguientes:
a) Prótesis u Órtesis que no se encuentren expresamente detalladas en el en el Listado de Prótesis y Órtesis adjunto a la presente.
b) Prótesis utilizadas con fines estéticos.
c) Prótesis bucodentales.
d) Prótesis miogénicas o bioeléctricas.
e) Renovaciones de Prótesis u Órtesis del Asegurado preexistentes al comienzo de la presente cobertura.
f) Prótesis u Órtesis que sean reembolsables al Asegurado por una Obra Social y/o sistema de medicina privada al que se encuentre afiliado el Asegurado.

ANEXO A - CONDICIONES GENERALES COMUNES

Cláusula 1: Ley de las partes contratantes - Estructura de la Póliza

Las partes contratantes se someten a las disposiciones de la Ley de Seguros Nº 17.418 y a las de la presente Póliza que la complementan o modifican, cuando ello es admisible.
Esta Póliza consta de Condiciones Generales Comunes, Condiciones Generales Específicas, Condiciones Específicas, Cláusulas Adicionales y Condiciones Particulares.
En caso de discordancia, las mismas regirán en el siguiente orden de prelación:
a) Condiciones Particulares
b) Cláusulas Adicionales
c) Condiciones Específicas
d) Condiciones Generales Específicas
e) Condiciones Generales Comunes

Cláusula 2: Definiciones

A los fines de la presente Póliza los términos que se indican a continuación tendrán exclusivamente los siguientes significados y alcances:

a) Póliza: es el documento emitido por el Asegurador que instrumenta el contrato de seguro suscripto por el Tomador y en el que se establecen las condiciones, riesgos cubiertos, límites, alcances y exclusiones del seguro. Forman también parte de la misma todos los formularios, suplementos y endosos relacionados con el presente seguro.
b) Asegurador: Federación Patronal Seguros S.A.U.
c) Beneficiario: es aquella persona designada por el Asegurado, a quien el Asegurador debe abonar las prestaciones previstas en la Póliza para el caso de Muerte del Asegurado o, a falta de designación, sus herederos legales.
d) Accidente: Se entiende por Accidente toda lesión corporal que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta, sufrida por el Asegurado independientemente de su voluntad, por la acción repentina y violenta de o con un agente externo.
Se considera también Accidente a:
i) La asfixia o intoxicación por vapores o gases; la asfixia por inmersión u obstrucción en el aparato respiratorio que no provenga de una enfermedad; la intoxicación o envenenamiento por ingestión de sustancias tóxicas o alimentos en mal estado consumidos en lugares públicos o adquiridos en mal estado.
ii) Las quemaduras de todo tipo producidas por cualquier agente, salvo lo dispuesto en la Cláusula 6 de las presentes Condiciones Generales.
iii) El carbunclo, tétanos u otras infecciones microbianas o intoxicaciones cuando sean de origen traumático; rabia, luxaciones articulares y distensiones, dilaceraciones y roturas musculares, tendinosas y viscerales (excepto lumbalgia, várices y hernias) causadas por esfuerzo repentino y evidentes al diagnóstico.
Salvo las exclusiones establecidas en la Cláusula 6 de las presentes Condiciones Generales, el seguro también cubre:
iv) Los Accidentes que puedan ocurrir al Asegurado, ya sea en el ejercicio de su profesión declarada o mientras se halle prestando servicio militar en tiempo de paz, en su vida particular, o mientras se encuentre circulando o viajando en vehículo particular o público, terrestre o acuático, propio o ajeno, conduciéndolo o no, o en líneas de transporte aéreo regular.
v) Los Accidentes que puedan ocurrir al Asegurado durante la participación y/o práctica de los siguientes deportes y/o entretenimientos: 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, gimnasia, golf, handball, hockey sobre césped, natación, paddle, patinaje, pelota a paleta, pelota al cesto, pesca (salvo en altamar), remo, squash, tenis, tiro (en polígonos habilitados), volleyball y waterpolo.
vi) Los Accidentes que puedan ocurrir al Asegurado durante su tránsito o permanencia en el extranjero, salvo en aquellos países que no mantengan relaciones diplomáticas con la República Argentina.
e) Suma Asegurada: es el límite máximo de la indemnización que se establecerá en las Condiciones Particulares para cada cobertura que se otorgue por la presente Póliza y que el Asegurador abonará en caso de ocurrencia de alguno de los riesgos previstos en las Condiciones Específicas y Adicionales anexas a esta Póliza, como consecuencia de un Accidente (o varios) ocurrido durante el período de vigencia del seguro. Se estipulará una Suma Asegurada para cada riesgo cubierto por la Póliza.

Cláusula 3: Personas Asegurables

Se consideran asegurables las personas físicas que cumplan con los siguientes requisitos:
a) Edad: estén comprendidas entre la edad mínima y máxima de incorporación al seguro establecidas en las Condiciones Particulares de esta Póliza.
b) Requisitos de asegurabilidad: cumplimenten a satisfacción del Asegurador los requisitos de asegurabilidad establecidos en la Póliza.

Cláusula 4: Personas No Asegurables

Anulada según Resolución Nº 37.270 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.

Cláusula 5: Objeto del Seguro

El Asegurador se compromete al pago de las indemnizaciones estipuladas en la Póliza, en el caso de que la persona designada como Asegurado sufra durante el período de vigencia del seguro algún Accidente que fuere la causa originaria de alguno de los riesgos cubiertos establecidos en las Condiciones Específicas anexas a esta Póliza y siempre que las consecuencias del Accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha del mismo.

Cláusula 6: Exclusiones

Quedan excluidos de la cobertura que otorga la Póliza los daños sufridos por el Asegurado que sean consecuencia inmediata o mediata de:
a) Accidentes que no encuadren dentro de la definición de "Accidente" incorporada en la Cláusula 2, inciso d), de las presentes Condiciones Generales Comunes, o cualquier otra definición de Accidente que la reemplace en esta Póliza.
b) enfermedades de cualquier naturaleza inclusive las originadas por la picadura de insectos, salvo lo especificado en la Cláusula 2, inciso d), de las presentes Condiciones Generales Comunes, o en cualquier otra definición de Accidente que la reemplace en esta Póliza.
c) acción de los rayos "x" y similares, y de cualquier elemento radioactivo u originadas en reacciones nucleares.
d) lesiones imputables a esfuerzo, salvo los casos contemplados en la Cláusula 2, inciso d), de las presentes Condiciones Generales Comunes, o en cualquier otra definición de Accidente que la reemplace en esta Póliza.
e) insolación; quemaduras por rayos solares, enfriamiento y demás efectos de las condiciones atmosféricas o ambientales.
f) psicopatías o enfermedades psiquiátricas transitorias o permanentes, excepto que las mismas provengan de estrés post-traumático o de reacciones vivenciales reactivas de un Accidente cubierto sufrido por el Asegurado.
g) operaciones quirúrgicas o tratamientos, salvo que sobrevengan como consecuencia inmediata de un Accidente cubierto o del tratamiento de las lesiones por él producidas.
h) Accidentes que el Asegurado y/o Beneficiario provoquen ¿por acción u omisión- dolosamente o con culpa grave o el Asegurado 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.
i) suicidio; pactos o acuerdos de suicidio.
j) lesiones autoinflingidas, aún cuando sean cometidas en estado de enajenación mental.
k) Accidentes causados por vértigos, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que ocurran por estado de enajenación mental, salvo que tales trastornos sean consecuencia inmediata de un Accidente cubierto, tal como se lo define en la Cláusula 2, inciso d), de las presentes Condiciones Generales Comunes, o en cualquier otra definición de Accidente que la reemplace en esta Póliza.
l) estado de ebriedad o por estar el Asegurado bajo la influencia de estupefacientes o alcaloides.
m) 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.
n) Accidentes derivados de la navegación aérea no realizada en líneas de transporte aéreo regular, salvo acuerdo en contrario.
o) Accidentes derivados del uso de motocicletas y vehículos similares, salvo acuerdo en contrario.
p) Accidentes derivados de la práctica de deportes que no sean los enumerados en el punto v), inciso d) de Cláusula 2 de las presentes Condiciones Generales Comunes o en cualquier otra definición de Accidente que la reemplace en esta Póliza, o en condiciones distintas a las allí enunciadas.
q) Accidentes derivados de la realización de trabajos en altura superiores a los 6 (seis) metros, salvo acuerdo en contrario.
r) Todo y cualquier acto o hecho de guerra, de guerra civil, de guerrillas, de rebelión, insurrección o revolución, de conmoción civil o de terrorismo.
s) Todo y cualquier acto o hecho de sedición, motín, tumulto popular, vandalismo, huelga o lock-out, cuando el Asegurado participe como elemento activo.
t) 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 los incisos r) a t) se presume que son consecuencia de los mismos, salvo prueba en contrario del Asegurado y/o Beneficiario.

Cláusula 7: Pago del Premio

El premio correspondiente deberá ser abonado al Asegurador a través de alguno de los medios de pago estipulados en las Condiciones Particulares.

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

Cláusula 8: Primas del Seguro: Modificación

En caso de pactarse expresamente en la referida Cláusula de Cobranza del Premio la renovación automática de la presente póliza, las primas podrán ser ajustadas en cada vencimiento previo a la renovación de la póliza por el Asegurador con el objeto de adecuar la prima al verdadero estado del riesgo, sobre la base de la información que a tales efectos se requerirá al Tomador.

El Asegurador comunicará por escrito al Tomador las nuevas primas resultantes con una anticipación no inferior a treinta (30) días del vencimiento de la vigencia de la póliza a renovar.

La diferencia se considerará aprobada y la renovación aceptada por el Tomador si no reclama dentro de los treinta (30) días de haber recibido dicha comunicación.

Cláusula 9: Designación de Beneficiario

La designación de Beneficiario se hará por escrito y es válida aunque se notifique al Asegurador después del evento previsto.

Designadas varias personas sin indicación de proporciones, 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 fijan proporciones, 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 legales (Arts. 145 y 146 - L. de S.).

Cláusula 10: Cambio de Beneficiario

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 de Beneficiario.

En caso de imposibilidad de abonar el seguro por duda sobre la designación o cambio de Beneficiario o en cuanto a los herederos legales, el Asegurador consignará judicialmente el importe en la forma que corresponda según la situación que se presentara, dejando así liberada a resolución judicial la determinación de la persona o personas beneficiarias.

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.

Cláusula 11: Pluralidad de Seguros

Si se contratara más de un seguro de Accidentes Personales con distintos aseguradores cubriendo la misma persona por el mismo riesgo o parte de él, deberá comunicarse sin dilación tal circunstancia a cada Asegurador con indicación de la suma y riesgo asegurado.

Si al momento de contratar el presente seguro se hubiera omitido informar la existencia de otros seguros de los descriptos precedentemente, se estará a lo indicado en la Cláusula 12: Reticencia o Falsa Declaración. Por otra parte, si se omitiera informar la contratación de otros seguros de los descriptos precedentemente durante la vigencia de esta cobertura, se estará a lo indicado en la Cláusula 13: Agravación o Modificación del Riesgo.

No hay obligación de notificar los riesgos de Accidentes Personales que se cubran accesoriamente en otras ramas de seguros ni los seguros específicos de aeronavegación.

Cláusula 12: Reticencia o Falsa Declaración

Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Tomador y/o 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 Articulo 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 Tomador y del Asegurado (Art. 10 - L. de S.).

Cláusula 13: Agravación o Modificación del Riesgo

El Asegurado y/o Tomador deben 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.
c) Fijación de residencia fuera del país.
d) Contratación de otros seguros de Accidentes Personales con otros aseguradores cubriendo la misma persona por el mismo riesgo o parte de él (Cláusula 11 - Pluralidad de Seguros).

Cuando la agravación se deba a un hecho del Asegurado y/o Tomador la cobertura queda suspendida. El Asegurador, en el término de siete días, deberá notificar su decisión de rescindir (Art. 39 - L. de S.).
Cuando la agravación resulte de un hecho ajeno al Asegurado y/o Tomador, el Asegurador deberá notificarle su decisión de rescindir dentro del término de un mes y con un preaviso de siete días. Se aplicará el Artículo 39 de la Ley de Seguros si el riesgo no se hubiera asumido según las prácticas comerciales del Asegurador (Art. 40 - L. de S.).

No obstante, cuando la agravación provenga del cambio de la profesión o actividad del Asegurado, y si de haber existido ese cambio al tiempo de la celebración el Asegurador hubiera concluido el contrato por una prima mayor, la Suma Asegurada se reducirá en proporción a la prima pagada. Esta regla no se aplica a las exclusiones previstas en la presente Póliza.

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 del seguro en curso (Art.41 - L. de S.).

Cláusula 14: Denuncia del Accidente. Procedimiento. Cargas del Asegurado y/o Beneficiario

El Asegurado y/o el Beneficiario -según corresponda- comunicará por escrito al Asegurador el Accidente dentro del plazo de 3 días de ocurrido, bajo pena de perder el derecho a ser indemnizado, salvo que acredite caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.

Desde el momento de hacerse aparentes las lesiones, el Asegurado accidentado deberá someterse, a su cargo, a un tratamiento médico racional y seguir las indicaciones del facultativo que lo asiste; también deberá enviarse al Asegurador un certificado del médico que atiende al Asegurado expresando las causas y naturaleza de las lesiones que éste presente, sus consecuencias conocidas o presuntas y la constancia de que se encuentra sometido a un tratamiento racional.

El Asegurado remitirá al Asegurador cada 15 días certificaciones médicas que informen sobre la evolución de las lesiones y actualicen el pronóstico de curación. Asimismo, el Asegurado deberá someterse al examen de los médicos del Asegurador cada vez que éste lo solicite.

El Asegurado y/o el Beneficiario también está obligado a suministrar al Asegurador la información y/o prueba instrumental que éste le solicite a fin de poder verificar el siniestro y la extensión de la prestación a su cargo, como así también a permitirle al Asegurador efectuar las indagaciones necesarias a tales fines.

En caso de Muerte del Asegurado, el Asegurador se reserva el derecho de exigir la autopsia o la exhumación del cadáver para establecer las causas del fallecimiento, debiendo el Beneficiario prestar su conformidad y colaboración para la obtención de las correspondientes autorizaciones. La autopsia o la exhumación deberá efectuarse con citación del Beneficiario, quien podrá designar un médico para que lo represente. Los gastos de la autopsia o de la exhumación serán a cargo del Asegurador, salvo los derivados del representante médico designado por el Beneficiario.

El incumplimiento por parte del Asegurado y/o del Beneficiario -según corresponda- de las cargas impuestas en esta Cláusula producirá la caducidad automática de los derechos indemnizatorios que otorga la presente Póliza.

Cláusula 15: Valuación por Peritos

Si no hubiera acuerdo entre el Asegurador y el Asegurado y/o Beneficiario -según corresponda-, 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 tercer facultativo 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 fuera designado en el plazo establecido en precedentemente, la parte más diligente podrá requerir su nombramiento a la Secretaría de Estado de Salud Pública de la Nación o al organismo que en el futuro lo reemplace.

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

Cláusula 16: Cumplimiento de la Prestación por el Asegurador

El Asegurador efectuará el pago correspondiente en caso de siniestro, de acuerdo a lo establecido en cada Condición Específica, dentro de los 15 días de notificado el mismo o de cumplidos los requisitos establecidos en la Cláusula 14 de las presentes Condiciones Generales Comunes o en la respectiva Condición Específica, lo que sea posterior.

Cláusula 17: Caducidad por incumplimiento de Obligaciones y Cargas

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

Cláusula 18: Rescisión de la Póliza

El Tomador y el Asegurador tendrán derecho a rescindir la Póliza sin expresar causa. Si el Asegurador ejerce la facultad de rescindir, deberá dar un preaviso no menor de 15 días. Si el Tomador opta por la rescisión, la misma se producirá desde la fecha en que el Asegurador reciba la notificación por escrito.

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

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

Cláusula 19: Facultades del Productor o Agente

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

Cláusula 20: Domicilio para Denuncias y Declaraciones

El domicilio en que las partes deben efectuar las denuncias y declaraciones previstas en la Ley de Seguros o en la presente Póliza, es el último declarado (artículo 15 y 16 de la Ley de Seguros).

Cláusula 21: Cómputo de los Plazos

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

Cláusula 22: Prescripción

Las acciones fundadas en el presente contrato prescriben en el plazo de un año, computado desde que la correspondiente obligación es exigible.

Cláusula 23: Prórroga de Jurisdicción

Toda controversia judicial que se plantee en relación al presente contrato, se sustanciará ante los jueces competentes de la ciudad de 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 A - CONDICIONES GENERALES COMUNES

A - CLÁUSULA DE COBRANZA DEL PREMIO

ARTÍCULO 1º: El premio de este seguro (anual, mensual, bimestral, trimestral, cuatrimestral o semestral, según se indique en las Condiciones Particulares), debe pagarse al contado en la fecha de iniciación de la vigencia de cada período de facturación.
El comienzo de la cobertura de la Póliza tendrá lugar a partir de la fecha y hora del recibo que acredite el pago del premio, o de la fecha consignada como inicio de vigencia de la Póliza, la que fuere posterior.
Si el Asegurador lo aceptase, el premio podrá fraccionarse en cuotas iguales y consecutivas, cuyos vencimientos obrarán en las Condiciones Particulares, pero a la primera de ellas, que deberá pagarse al contado, se le agregará además el total del I.V.A. correspondiente al contrato (punto 6 del inciso b del art. 5º de la Ley de Impuesto al Valor Agregado).
El premio no será exigible sino contra entrega de la Póliza o certificado de cobertura.
Se entiende por premio la prima más los impuestos, tasas, gravámenes y todo otro recargo adicional a la misma.

ARTÍCULO 2º: Se acuerda un plazo de gracia de 30 días corridos contados a partir de la fecha de vencimiento de cada uno de los pagos del premio, lapso durante el cual la cobertura que otorga la Póliza mantendrá su plena vigencia. El plazo de gracia antes mencionado no resulta aplicable al pago del premio correspondiente a la primera cuota.
Si el premio no fuera abonado en dicho lapso, la cobertura quedará automáticamente suspendida desde la hora doce (12) del día del vencimiento de dicho plazo, sin necesidad de interpelación extrajudicial o judicial alguna ni constitución en mora, la que se producirá por el sólo vencimiento de dicho plazo; debiendo el Asegurado y/o Tomador abonar el premio corrido hasta el vencimiento del plazo de gracia.
Se deja expresamente establecido que no entrará en vigencia la cobertura de ninguna facturación en tanto no estuviera totalmente cancelado el premio anterior.

ARTÍCULO 3º: Toda rehabilitación de la cobertura suspendida por falta de pago en término surtirá efecto desde la hora doce (12) del día siguiente a aquel en que el Asegurador reciba el pago total del importe o importes vencidos. Queda entendido y convenido que la rehabilitación de la cobertura antes mencionada regirá solamente para el futuro, pero no purgará la suspensión anterior de la misma derivada de la falta de pago del premio en el término convenido.

ARTICULO 4º: Transcurridos 60 días corridos desde que se suspendió la cobertura por falta de pago, sin que el Asegurado y/o el Tomador haya cancelado el premio y rehabilitado de esta forma la cobertura, el contrato de seguro quedará automáticamente resuelto de pleno derecho por el simple vencimiento del plazo y sin necesidad de interpelación extrajudicial o judicial alguna.

ARTICULO 5º: La gestión de cobro extrajudicial o judicial del premio o saldo adeudado, no modificará la suspensión de la cobertura o la resolución del contrato conforme a lo estipulado precedentemente.

ARTICULO 6º: Las disposiciones de la presente Cláusula son también aplicables a los premios de los seguros de períodos menores de un (1) año, y a los adicionales por endoso o suplementos de la Póliza.
En este caso, el plazo de pago no podrá exceder el plazo de la vigencia, disminuido en treinta (30) días.

MEDIOS HABILITADOS DE PAGO DE PREMIOS (Anexo del punto 23.6. Inciso h) de la Res. SSN N 38.708)

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. Cheques de terceros, los que deberán ser indefectiblemente endosados por el Asegurado o Tomador de la póliza.
d. Efectivo en moneda de curso legal, mediante la utilización de un Controlador Fiscal homologado por la ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS y registrado ante la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION, únicamente hasta la suma máxima establecida en la normativa vigente.
e. Cuando la percepción de premios se materialice a través del SISTEMA UNICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (SUSS) se considerará cumplida la obligación establecida en el presente artículo.

ARTÍCULO 8º: Aprobada la liquidación de un siniestro, el Asegurador podrá descontar de la indemnización cualquier saldo o deuda vencida del mismo Asegurado por este u otros contratos (Art. 818 del Código Civil).

B - CLÁUSULA DE INTERPRETACIÓN

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

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

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

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

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

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

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

7) Sedición o Motín: Se entiende por tal al 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.

8) Tumulto Popular: Se entiende por tal a 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 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.

9) Vandalismo: Se entiende por tal al accionar destructivo de turbas que actúan irracional o desordenadamente.

10) Huelga: Se entiende por tal a 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.

11) Lock Out: Se entienden por tal:
a) El cierre de establecimientos de trabajo dispuesto por uno o más empleadores o por entidad gremial que los agrupa (reconocida o no oficialmente), o
b) El despido simultáneo de una multiplicidad de trabajadores que paralice total o parcialmente la explotación de un establecimiento.
No se tomará en cuenta la finalidad gremial o extragremial que motivó el lock out, así como tampoco su calificación de legal o ilegal.

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

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.

CONDICIONES GENERALES ESPECÍFICAS SEGURO INDIVIDUAL (II)

Cláusula 1: Definiciones

A los fines de la presente Póliza los términos que se indican a continuación tendrán exclusivamente los siguientes significados y alcances:
a. Tomador o Asegurado Titular: es la persona física o jurídica que suscribe el presente contrato de seguro con el Asegurador.
b. Asegurado: comprende tanto al ¿Asegurado Titular» como a su grupo familiar, en los casos que así hubiera sido pactado a través de la inclusión en la Póliza de la Cláusula Adicional respectiva.

Cláusula 2: Terminación de la Cobertura

La cobertura del 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 las Condiciones Particulares.
b) Por rescisión o caducidad de la Póliza.
c) Por haberse consumido totalmente la Suma Asegurada, de acuerdo a lo que se establezca en cada Condición Específica o Cláusula Adicional.
d) Por fallecimiento del Asegurado.
e) En el caso de los Asegurados familiares, por perder la calidad de Asegurado Cónyuge o Asegurado Hijo, según haya sido definida en la respectiva Cláusula Adicional.

Cláusula 1: Definiciones

A los fines de la presente Póliza, los términos que se indican a continuación tendrán exclusivamente los siguientes significados y alcances, anulando y reemplazando cualquier definición que sobre los mismos se haya introducido en las Condiciones Generales Comunes:

Accidente: se entiende por Accidente aquel sufrido por el Asegurado exclusivamente en el ejercicio de su profesión o actividad declarada en la solicitud de la cobertura, por el hecho o en ocasión del trabajo, dentro del horario y ámbitos habituales donde desempeña sus tareas, incluidos los Accidentes in itinere. Se entiende por Accidente in itinere el ocurrido en el trayecto directo e inmediato entre el lugar donde el Asegurado desempeña su actividad y su domicilio particular; siempre y cuando el Asegurado no hubiere alterado o interrumpido dicho trayecto por causas ajenas al trabajo.

Cláusula 2: Objeto del Seguro

En virtud de la redefinición del término Accidente de la Cláusula precedente, los riesgos cubiertos en cada una de las Condiciones Específicas incluidas en la Póliza serán única y exclusivamente cubiertos si los mismos se originan en un Accidente con las características descriptas precedentemente.

Cláusula 3: Agravación del Riesgo

A las agravaciones del riesgo previstas en la Cláusula 13 de las Condiciones Generales Comunes, se agregan a efectos de la cobertura las siguientes agravaciones:

a) Modificación del horario habitual en el cual desempeña sus tareas, de acuerdo a lo declarado en la solicitud.
b) Modificación del trayecto entre su domicilio y el lugar donde desempeña su actividad o viceversa.

Se mantienen invariables todas las disposiciones de las Condiciones Generales Comunes no expresamente modificadas por estas Condiciones Generales Específicas.

CONDICIONES ESPECÍFICAS COBERTURA DE MUERTE (1)

Cláusula 1: Definiciones

A los fines de la presente Póliza los términos que se indican a continuación tendrán exclusivamente los siguientes significados y alcances:

Muerte: fallecimiento del Asegurado como consecuencia inmediata de un Accidente.

Cláusula 2: Riesgos Cubiertos-Límites Indemnizatorios

El riesgo amparado por esta Condición Específica es el de Muerte del Asegurado como consecuencia inmediata de un Accidente ocurrido durante la vigencia del seguro, y siempre que el fallecimiento se produzca a más tardar dentro de un año a contar de la fecha del mismo.

El Asegurador indemnizará a el o los Beneficiarios la Suma Asegurada que se indica para esta cobertura en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Incorporación, según corresponda.

En caso de viaje aéreo del Asegurado realizado en líneas de transporte aéreo regular, si no se tuvieran noticias del avión por un período no inferior a dos meses, el Asegurador hará efectivo el pago de la Suma Asegurada prevista para esta cobertura. Si con posterioridad apareciera el Asegurado o se tuvieran noticias ciertas de él, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de las sumas abonadas.

Cláusula 3: Carácter del Beneficio

En caso de Muerte accidental el Asegurador abonará al Beneficiario el beneficio previsto para esta cobertura. Sin embargo, el Asegurador reducirá la prestación correspondiente para Muerte Accidental en los porcentajes tomados en conjunto que hubiere abonado por coberturas de Invalidez eventualmente incluidas en la Póliza, como consecuencia de un Accidente o varios ocurridos durante el período de vigencia del seguro.
En caso de Muerte del Asegurado, quedarán sin efecto las restantes coberturas, ganando el Asegurador la totalidad de la prima.

Cláusula 4: Denuncia del Fallecimiento

Ocurrido el fallecimiento del Asegurado, a los efectos de obtener el beneficio previsto en las presentes Condiciones Específicas, los Beneficiarios deberán acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 14 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos:
a) copia legalizada de la partida de defunción;
b) una declaración del médico que haya asistido al Asegurado o certificado su muerte;
c) cualquier otra documentación razonable que el Asegurador considere necesaria;
d) el testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del hecho determinante de la muerte, salvo que razones procesales lo impidieran.

CONDICIONES ESPECÍFICAS COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE - TOTAL Y PARCIAL (2)

Cláusula 1: Riesgos Cubiertos-Límites Indemnizatorios

El riesgo amparado por esta Condición Específica es el de Invalidez Permanente del Asegurado como consecuencia inmediata de un Accidente ocurrido durante la vigencia del seguro, y siempre que las consecuencias del Accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha del mismo.

Si el Accidente causare una Invalidez Permanente determinada con prescindencia de la profesión u ocupación del Asegurado, el Asegurador abonará al Asegurado una suma igual al porcentaje, sobre la Suma Asegurada indicada en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Incorporación, según corresponda, que corresponda de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida y según se indica a continuación:

INCAPACIDAD TOTAL	%
Estado absoluto e incurable de alienación mental, producido como consecuencia inmediata de un Accidente, que no permita al Asegurado ningún trabajo u ocupación, por el resto de su vida	100

Fractura incurable de la columna vertebral que determine
la invalidez total permanente. 100
INCAPACIDAD PARCIAL

a) Cabeza %

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

b Miembros superiores % %

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

c) Miembros inferiores %

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

Por pérdida total se entiende aquella que tiene lugar por la amputación o por la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano lesionado.

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

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

Por la pérdida de 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.

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

En caso que el Asegurado fuera zurdo, se invertirán los porcentajes de indemnización fijados por la pérdida de los miembros superiores.

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

Las invalideces derivadas de Accidentes sucesivos ocurridos durante un mismo período anual de la vigencia de la cobertura, serán tomadas en conjunto a fin de fijar el grado de invalidez a indemnizar por el último Accidente.

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

Cláusula 2: Carácter del Beneficio

El beneficio acordado por Invalidez Permanente es sustitutivo de la Suma Asegurada que debiera liquidarse en caso de Muerte del Asegurado, de modo que, con el pago a que se refiere el artículo anterior, si el monto abonado por Invalidez Permanente resulta coincidente con el de Muerte, el Asegurador queda liberado de cualquier otra obligación con respecto a dicho Asegurado, quedando sin efecto las restantes coberturas.

Si el monto abonado por Invalidez resultara inferior a la Suma Asegurada por Muerte, dicha liberación será parcial, por un importe igual al capital liquidado por Invalidez Permanente.

Cláusula 3: Denuncia y Comprobación de la Invalidez

Ocurrido el Accidente que diera lugar a la Invalidez Permanente del Asegurado, a los efectos de obtener el beneficio previsto en las presentes Condiciones Específicas, el Asegurado o su representante deberá acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 14 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos:

a) Constancias médicas y/o testimoniales relativas a su Invalidez Permanente: su comienzo, gravedad y causas.
b) Cualquier otra documentación razonable que el Asegurador considere necesaria.
c) El testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del Accidente determinante de la Invalidez Permanente, salvo que razones procesales lo impidieran.

Cláusula 4: Cumplimiento de la Prestación por el Asegurador ¿ Plazo de Prueba

El Asegurador, dentro de los quince (15) días de recibida la denuncia y/o las constancias a que se refiere el punto anterior y la Cláusula 15 de las Condiciones Generales Comunes, contados desde la fecha que sea posterior, deberá hacer saber al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio.

Si las comprobaciones y constancias requeridas, no resultaran concluyentes en cuanto al origen accidental de la Invalidez, a su carácter permanente 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.

La no contestación por parte del Asegurador dentro del plazo establecido, significará automáticamente el reconocimiento del beneficio reclamado.

CONDICIONES ESPECÍFICAS COBERTURA DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS (4)

Cláusula 1: Definiciones

A los fines de la presente Póliza los términos que se indican a continuación tendrán exclusivamente los siguientes significados y alcances:

a. Gastos Médicos: se entienden por tales aquellos medicamentos y/o prestaciones médicas y/o estudios médicos que hayan sido prescriptos y efectuados al Asegurado por un médico matriculado, como consecuencia inmediata de un Accidente, con exclusión de aquellos que sean reembolsables al Asegurado por una Obra Social y/o sistema de medicina privada al que se encuentre afiliado el Asegurado. Ello no incluye los gastos por viajes y estadías para tratamientos termales o convalecencias ni el suministro de lentes, aparatos ortopédicos o prótesis dentales.
b. Gastos de Traslado: son los gastos en los que incurra el Asegurado con motivo de su traslado desde, hasta o entre establecimientos de salud, siendo dicho traslado necesario para el diagnóstico o tratamiento de su patología, y respondan exclusivamente a la imposibilidad del Asegurado de movilizarse por sus propios medios, de acuerdo a indicación médica. La elección y las características del vehículo a emplear para el traslado, dependerán del estado clínico del Asegurado. Estos traslados, salvo casos de urgencia que no permitan cumplimentar este requisito, requerirán la previa autorización de la auditoría médica del Asegurador.
c. Deducible: es el importe o porcentaje de la Suma Asegurada que se encontrará a cargo del Asegurado en cada siniestro cubierto por estas Condiciones Específicas y será el previsto en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Incorporación, según corresponda.

Cláusula 2: Riesgos Cubiertos-Límites Indemnizatorios

El riesgo amparado por esta Condición Específica es el de los Gastos Médicos y Gastos de Traslado incurridos por el Asegurado como consecuencia inmediata de un Accidente ocurrido durante la vigencia del seguro, y siempre que las consecuencias del Accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha del mismo.

El Asegurador deberá abonar los Gastos Médicos y Gastos de Traslado incurridos, con detracción del Deducible, contra la presentación de la factura y/o comprobante de pago respectivo, hasta un máximo equivalente a la Suma Asegurada de esta Condición Específica, indicada en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Incorporación, según corresponda.

Se podrán establecer Sumas Aseguradas y/o Deducibles diferenciados para el caso de Accidentes ocurridos dentro del territorio de la República Argentina o bien en el extranjero.

Cláusula 3: Carácter del Beneficio

Queda entendido y convenido que en caso de siniestro que afecte las restantes coberturas no se deducirán de las mismas los importes que se hubieran abonado en concepto de Gastos Médicos y Gastos de Traslado, ya que esta cobertura es adicional e independiente de las demás.

Cláusula 4: Documentación a presentar

Ocurrido el Accidente que diera lugar a los Gastos Médicos y Gastos de Traslado cubiertos por la presente Condición Específica, a los efectos de obtener el beneficio previsto, el Asegurado o su representante deberá acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 14 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos:
a) Las facturas originales respecto de las cuales solicita el reintegro, en las cuales deberá constar la identificación de los conceptos facturados.
b) Copia de la receta u orden médica que prescribe la necesidad del medicamento, tratamiento, análisis o prestación, según se trate.
c) Troquel original de los medicamentos adquiridos respecto de los cuales se solicita el reintegro, salvo que el mismo deba ser entregado a los fines de obtener un descuento o un reintegro de una Obra Social y/o sistema de medicina privada al que se encuentre afiliado el Asegurado, circunstancia que deberá surgir de la receta u orden médica citada en el inciso anterior y/o de las facturas del inciso a) precedente.

CONDICIONES ESPECÍFICAS COBERTURA DE SERVICIOS MÉDICOS (5)

Cláusula 1: Definiciones

A los fines de la presente Póliza los términos que se indican a continuación tendrán exclusivamente los siguientes significados y alcances:

a. Servicio Médico: se entiende por tal a la Atención Médica y/o Farmacéutica a la que haya sido sometido el Asegurado, prescripta por un médico matriculado y producida como consecuencia inmediata de un Accidente, con exclusión de aquellos que sean cubiertos al Asegurado por una Obra Social y/o sistema de medicina privada al que se encuentre afiliado el Asegurado.
b. Atención Médica: se incluyen bajo este concepto la totalidad de 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.
c. Atención Farmacéutica: se incluye bajo este concepto la provisión de la totalidad de los medicamentos que pudiere requerir la atención de la afección del Asegurado, tanto sea

para su tratamiento ambulatorio como durante una internación.
d. Prestador Médico: se entiende por tal al médico o institución médica con quien el Asegurador posee convenio para otorgar los Servicios Médicos cubiertos por la presente Condición Específica y que se informa al Asegurado mediante el listado respectivo.
e. Gastos de Traslado: son los gastos en los que incurra el Asegurado con motivo de su traslado desde, hasta o entre establecimientos de salud, siendo dicho traslado necesario para el diagnóstico o tratamiento de su patología, y respondan exclusivamente a la imposibilidad del Asegurado de movilizarse por sus propios medios, de acuerdo a indicación médica. La elección y las características del vehículo a emplear para el traslado, dependerán del estado clínico del Asegurado. Estos traslados, salvo casos de urgencia que no permitan cumplimentar este requisito, requerirán la previa autorización de la auditoría médica del Asegurador.

Cláusula 2: Riesgos Cubiertos-Límites Indemnizatorios

El riesgo amparado por esta Condición Específica es el de la prestación de los Servicios Médicos requeridos y Gastos de Traslado incurridos por el Asegurado, como consecuencia inmediata de un Accidente ocurrido durante la vigencia del seguro, y siempre que las consecuencias del Accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha del mismo.

El Asegurador, a través de la red de Prestadores con la cual posee convenio y cuyo listado se encuentra a disposición del Asegurado, brindará a este último las prestaciones de Servicio Médico que éste pudiere demandar, originadas en un Accidente cubierto por la presente cobertura.

Atento que la cobertura prevista para los Servicios Médicos es de carácter estrictamente prestacional, si el Asegurado incurriera en cualquier gasto médico o si recibiera atención médica de un Prestador Médico distinto a los indicados por el Asegurador, no se efectuará reintegro alguno de los mismos.

Únicamente en los casos en que resultara 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 en un Prestador Médico no incluido en el listado, dando inmediato aviso al Asegurador. Sólo en este supuesto, el Asegurador, previa verificación de los hechos, reintegrará los gastos derivados de los Servicios Médicos recibidos por el Asegurado, dentro de los 15 días de efectuado el reclamo y de adjuntada la documentación correspondiente, incluidas las facturas originales respecto de las cuales se solicita el reintegro con indicación de los conceptos facturados.

El Asegurador responderá por la prestación (o el reembolso según lo indicado en el párrafo precedente) de los Servicios Médicos y Gastos de Traslado hasta la Suma Asegurada Máxima establecida en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Incorporación, según corresponda, para esta cobertura por todo y cada Accidente cubierto por la Póliza.

Queda expresamente convenido que el Asegurador no será responsable por los daños y perjuicios producidos por los profesionales intervinientes con motivo de la prestación de los Servicios Médicos al Asegurado.

En el caso que el Asegurado requiera los servicios del Prestador Médico con motivo de una emergencia o urgencia médica y que una vez prestados los mismos se verifique que dicha atención no respondía a un Accidente cubierto por las presentes Condiciones Específicas, el Asegurador se reserva el derecho a recuperar del Asegurado el monto de las prestaciones otorgadas por el Prestador Médico en razón de la presente cobertura.

Cláusula 3: Carácter del Beneficio

Queda entendido y convenido que en caso de siniestro que afecte las restantes coberturas no se deducirán de las mismas importe alguno en concepto de Servicios Médicos o Gastos de Traslado, ya que esta cobertura es adicional e independiente de las demás.

Cláusula 4: Documentación a presentar

Ocurrido el Accidente que diera lugar a los Servicios Médicos o Gastos de Traslado cubiertos por la presente Condición Específica, a los efectos de obtener el beneficio previsto, el Asegurado o su representante deberá:
- Presentarse ante el Prestador Médico con Documento de Identidad y el Formulario de Denuncia del Siniestro.
- Cumplimentar los requisitos relativos a la denuncia del Accidente que dio origen al reclamo, de conformidad a lo establecido en la Cláusula 14 de las Condiciones Generales Comunes.
- En caso de solicitar reintegro de gastos, las facturas originales respecto de las cuales solicita el reintegro, en las cuales deberá constar la identificación de los conceptos facturados.

CONDICIONES ESPECÍFICAS COBERTURA DE RENTA DIARIA POR INTERNACIÓN (7)

Cláusula 1: Definiciones:

A los fines de la presente Póliza los términos que se indican a continuación tendrán exclusivamente los siguientes significados y alcances:

a. Renta Diaria por Internación: se entiende por tal a la prestación que el Asegurador otorgará por cada día que el Asegurado permanezca internado u hospitalizado en un Establecimiento Asistencial (hasta la cantidad máxima de días prevista en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Incorporación, según corresponda) como consecuencia inmediata de un Accidente.
b. Establecimiento Asistencial: es un establecimiento médico que se halle legalmente autorizado, que posea servicios de enfermería durante las 24 horas del día y que esté equipado para cirugía mayor.
c. Internación: Se entiende por tal la permanencia del Asegurado en un Establecimiento Asistencial como consecuencia inmediata de un Accidente, cuando ésta supere el Período de Espera especificado en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Incorporación, según corresponda.

Cláusula 2: Riesgos Cubiertos-Límites Indemnizatorios

El riesgo amparado por esta Condición Específica es el de la Internación del Asegurado como consecuencia inmediata de un Accidente ocurrido durante la vigencia del seguro, y siempre que las consecuencias del Accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha del mismo.

El Asegurador indemnizará al Asegurado la Suma Asegurada estipulada en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Incorporación, según corresponda, por cada día de Internación del Asegurado.

Dicha indemnización diaria se comenzará a abonar desde el primer día de Internación -cuando ésta supere el Período de Espera-, computada en días completos y consecutivos, y por el Período Máximo de Cobertura que también se estipula en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Incorporación, según corresponda.

Cláusula 3: Carácter del Beneficio

Queda entendido y convenido que en caso de siniestro que afecte las restantes coberturas no se deducirán de las mismas los importes que se hubieran abonado en concepto de Renta Diaria por Internación, ya que esta cobertura es adicional e independiente de las demás.

Cláusula 4: Denuncia de la Internación

Ocurrido el Accidente que diera lugar a la Internación del Asegurado, a los efectos de obtener el beneficio previsto en las presentes Condiciones Específicas, el Asegurado o su representante deberá acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 14 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos:
a) Constancia expedida por el Establecimiento Asistencial con indicación de la fecha de ingreso y alta del Asegurado.
b) Certificado médico en el que conste el motivo de la Internación.

CONDICIONES ESPECÍFICAS COBERTURA DE REEMBOLSO DE GASTOS DE SEPELIO (9)

Cláusula 1: Definiciones

A los fines de la presente Póliza los términos que se indican a continuación tendrán exclusivamente los siguientes significados y alcances:

a- Gastos de Sepelio: se entienden por tales aquellos gastos en los que se incurra con motivo del entierro o cremación del Asegurado, fallecido como consecuencia inmediata de un Accidente.

Cláusula 2: Riesgos Cubiertos-Límites Indemnizatorios

El riesgo amparado por esta Condición Específica es el de los Gastos de Sepelio incurridos ante la Muerte del Asegurado, como consecuencia inmediata de un Accidente ocurrido durante la vigencia del seguro, y siempre que la Muerte se produzca dentro de un año a contar de la fecha del mismo.

El Asegurador deberá abonar los Gastos de Sepelio incurridos, contra la presentación de las facturas y/o comprobantes de pago respectivos, hasta un máximo equivalente a la Suma Asegurada de esta Condición Específica, indicada en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Incorporación, según corresponda.

Cláusula 3: Carácter del Beneficio

Queda entendido y convenido que en caso de siniestro que afecte las restantes coberturas no se deducirán de las mismas los importes que se hubieran abonado en concepto de Gastos de Sepelio, ya que esta cobertura es adicional e independiente de las demás.

Cláusula 4: Documentación a presentar

Ocurrida la Muerte que diera lugar a los Gastos de Sepelio cubiertos por la presente Condición Específica, a los efectos de obtener el beneficio previsto, el Beneficiario deberá acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 14 de las Condiciones Generales Comunes y en la Condición Específica de la Cobertura de Muerte, los siguientes elementos:
a) Las facturas originales respecto de las cuales solicita el reintegro, en las cuales deberá constar la identificación de los conceptos facturados.

CONDICIONES ESPECÍFICAS COBERTURA DE REMBOLSO DE GASTOS POR PRÓTESIS Y ÓRTESIS (11)

Cláusula 1: Definiciones

A los fines de la presente Póliza los términos que se indican a continuación tendrán exclusivamente los siguientes significados y alcances:

Prótesis u Órtesis: se entiende por tal a aquel artefacto o elemento especialmente diseñado e implantado con el fin de cumplir una función supletoria de aquella parte del cuerpo del Asegurado afectada como consecuencia inmediata de un Accidente, con exclusión de aquellos que sean reembolsables al Asegurado por una Obra Social y/o sistema de medicina privada al que se encuentre afiliado el Asegurado y siempre que se encuentre dentro de las siguientes especialidades:
a. Prótesis Oftalmológicas
b. Prótesis Traumatológicas y Ortopédicas
c. Prótesis Vasculares
d. Prótesis de Cirugía Abdominal
e. Prótesis Auditivas
f. Órtesis y Ortopedia

Cláusula 2: Riesgos Cubiertos-Límites Indemnizatorios

El riesgo amparado por esta Condición Específica es el del Reembolso de los Gastos por Prótesis u Órtesis incurridos por el Asegurado como consecuencia inmediata de un Accidente ocurrido durante la vigencia del seguro, y siempre que las consecuencias del Accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha del mismo.

El Asegurador deberá abonar, contra la presentación de la factura y/o comprobante de pago respectivo, los Gastos por Prótesis u Órtesis incurridos hasta las Sumas Aseguradas Máximas que, por cada tipo de Prótesis u Órtesis, se establecen en el Listado de Prótesis u Órtesis adjunto a la presente.

El Asegurador sólo efectuará el reembolso del gasto correspondiente a la primera Prótesis u Órtesis, no cubriéndose suma alguna por las renovaciones o reemplazos que de las mismas pudieran efectuarse.

Cláusula 3: Carácter del Beneficio

Queda entendido y convenido que en caso de siniestro que afecte las restantes coberturas no se deducirán de las mismas los importes que se hubieran abonado en concepto de Gastos por Prótesis u Órtesis, ya que esta cobertura es adicional e independiente de las demás.

Cláusula 4: Documentación a presentar

Ocurrido el Accidente que diera lugar a los Gastos por Prótesis u Órtesis cubiertos por la presente Condición Específica, a los efectos de obtener el beneficio previsto, el Asegurado o su representante deberá acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 14 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos:
a) Las facturas originales respecto de las cuales solicita el reintegro, en las cuales deberá constar la identificación de los conceptos facturados.
b) Copia de la orden médica que prescribe la necesidad del implante de la Prótesis u Órtesis, según se trate.

Cláusula 5: Exclusiones

A las exclusiones previstas en la Cláusula 6 de las Condiciones Generales Comunes, se agregan a efectos de la presente cobertura las siguientes:
a) Prótesis u Órtesis que no se encuentren expresamente detalladas en el en el Listado de Prótesis y Órtesis adjunto a la presente.
b) Prótesis utilizadas con fines estéticos.
c) Prótesis bucodentales.
d) Prótesis miogénicas o bioeléctricas.
e) Renovaciones de Prótesis u Órtesis del Asegurado preexistentes al comienzo de la presente cobertura.
f) Prótesis u Órtesis que sean reembolsables al Asegurado por una Obra Social y/o sistema de medicina privada al que se encuentre afiliado el Asegurado.

LISTADO DE PRÓTESIS Y ÓRTESIS (11)

Prótesis Oftalmológicas

Descripción	Suma Asegurada Máxima
Lente Intraocular incluyendo Healon	$ 250

Prótesis Traumatológicas y Ortopédicas

Descripción	Suma Asegurada Máxima
Prótesis parcial de cadera (tipo Thompson	$ 1.000
Prótesis total de cadera tipo Charnley o Muller	$ 1.200
Prótesis de cadera no cementada	$ 3.500
Prótesis total de rodilla	$ 3.500
Material de Osteosíntesis (cemento, placas, clavos, placa tipo Jewett o Muller, clavos tipo Kuntscher, Steiman y otros)	$ 500

Prótesis Vascular

Descripción	Suma Asegurada Máxima
Arterial no bifurcada	$ 1.200
Arterial bifurcada	$ 2.000

Prótesis de Cirugía Abdominal

Descripción	Suma Asegurada Máxima
Malla de Marlex o abdominales de otro tipo	$ 300

Prótesis Auditivas

Descripción	Suma Asegurada Máxima
Prótesis Auricular	$ 300

Órtesis y Ortopedia

Descripción	Suma Asegurada Máxima
Tutor Externo para miembros Sup. e Inf.	$ 2.800
Pierna y brazo ortopédicos	$ 3.300
Órtesis corta doble barra	$ 300
Órtesis corta o resorte de Codeville	$ 450
Órtesis larga con articulación en rodilla	$ 1.300
Valva o Férula corta acolchada	$ 140
Férula larga acolchada	$ 230
Férula larga acolchada con apoyo isquiático	$ 300
Férula larga con articulación de rodilla - anillas o suiza -	$ 470
Corset termoplástico bivalvado	$ 430

CLÁUSULA ADICIONAL Seguro sobre la Persona de un Tercero (20)

Nota: Esta cláusula es aplicación cuando el Tomador/Contratante del seguro no es la persona asegurada

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

El presente seguro cubre los Accidentes que sufran los Asegurados mediante el pago de las indemnizaciones especificadas en las Condiciones Particulares de la Póliza, mientras permanezcan al servicio del Tomador, o mientras éste tenga un interés económico lícito sobre la vida o salud de los Asegurados.

Se instituye Beneficiario en primer término al Tomador, con preeminencia sobre los restantes Beneficiarios que conservarán su derecho sólo sobre el saldo de la prestación:
a) Por el monto que resultase de cualquier responsabilidad civil o legal que tuviera que asumir con motivo de Accidentes cubiertos por la póliza que sufrieran los Asegurados;
b) Por el monto del perjuicio concreto resultante de un interés económico lícito que demostrara con respecto a la vida o salud de los Asegurados, cuando éstos sufrieran Accidentes cubiertos por el contrato.

Previa citación al Tomador, para que en el término de tres (3) días invoque su derecho al cobro preferente conforme con el párrafo anterior, el pago del saldo de las prestaciones se hará directamente a los Asegurados o Beneficiarios que justifiquen sus derechos. En caso de desacuerdo entre los interesados, se consignará judicialmente el importe.

ANEXO A LAS CONDICIONES DE PÓLIZA - NÓMINA DE ASEGURADOS

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 9148187

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 03-12-2024	Hasta 12:00 Hs. del del 03-01-2025
Término (en días)	**Plan**
31	100 - PLAN BASICO
Endoso	**Lugar de emisión**
0	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
	03-12-2024

DATOS DEL TOMADOR / CONTRATANTE

NOMBRE MELOSSI OSCAR FABIAN
DOMICILIO RAMON CALDERON N* 174 DTO 2
LOCALIDAD LA CONSULTA
CÓDIGO POSTAL 5567
PROVINCIA MENDOZA
CONDICIÓN DE IVA INSCRIPTO
CUIT/DNI 20235123976 / 23512397
ASEGURADO NRO. 2080344

NOMINA ACTIVA

Cert.	Documento	Apellido y Nombre	FE NACIMIENTO	BENEFICIARIO
1	DNI 23512397	MELOSSI OSCAR FABIAN	15-11-1973	CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES

FEDERACIÓN PATRONAL SEGUROS S.A.U. CUIT: 33-70736658-9
Domicilio: Av. 51 n°770 - La Plata - CP B1900AWP - Pcia de Bs. As.
IVA-RESPONSABLE INSCRIPTO
Imp.S/Ing.Brutos:Conv.Mult.902-867191-2.
Fecha Inicio de Actividad: 08/11/2000.

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

FACTURA ORIGINAL

SECCIÓN 12 - ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 9148187

Asegurado	Domicilio	Fecha de Emisión
MELOSSI OSCAR FABIAN	RAMON CALDERON N* 174 DTO 2	03-12-2024
CUIT/ DNI	**Localidad**	**Endoso**
20235123976 / 23512397	LA CONSULTA	0
IVA	**Provincia**	**Período Facturado Desde**
INSCRIPTO	MENDOZA	03-12-2024
Asegurado nro.	**Código Postal**	**Período Facturado Hasta**
2080344	5567	03-01-2025
	Ag. / Prod / Org	
	23 25915 - GARCIA ANA LAURA 72510 - PAS.UNUM.ORGANIZADORES S.A.S.	

PLAN DE PAGO DEL ENDOSO

NRO.	VENCIMIENTO	IMPORTE
1/1	03-12-2024	$ 4,282.21
TOTALES:		**$ 4,282.21**

LIQUIDACIÓN DE PREMIO Y OTROS CONCEPTOS

PRIMA	$	3,382.48
SUB-TOTAL	$	3,382.48
IVA	$	710.32
SUB-TOTAL	$	4,092.80
PERCEPCION IVA	$	101.47
SELLADOS	$	50.74
OTROS IMPUESTOS Y TASAS	$	37.20
MONTO TOTAL DEL PREMIO	$	4,282.21

Atento a lo establecido por la R.G. (AFIP) N 4523/2019 el contribuyente deberá descargar de la web del Organismo (www.afip.gob.ar) el Formulario F.2005 - Certificado de Percepción del Impuesto al Valor Agregado, con su numeración definitiva.

SELF