TOMADOR	N° SOCIO	RAMO	N° PÓLIZA / N° FACTURA	ENDOSO
CARRIZO LUIS ALEJANDRO	03-08212696	Accidentes personales	01-03-06-30064876	0

Detalle de Coberturas

Coberturas

Grupo 1: Grupo 1 — Personas Aseguradas: 1 — Suma Asegurada Individual

Muerte accidental
Capital Asegurado — $10.000.000

Invalidez total y/o parcial permanente por accidente
Capital Asegurado — $10.000.000

Asistencia Médica Prestacional
Capital Asegurado — $5.000.000

Reembolso de Gastos por Prótesis, Ortesis e Implantes Quirúrgicos
Capital Asegurado — 10% AMF Prestacional

Cláusula de No Repetición

Listado de CUIT: 30-66313737-5 R P B Sociedad Anonima
Se deja expresa constancia que, de acuerdo a lo establecido por el Artículo 80 de la Ley de Seguros 17.418, la subrogación es inaplicable a los Seguros de Personas. Por lo tanto, la Aseguradora carece de derechos de repetición contra los CUIT declarados anteriormente.

Cláusula de Beneficiario en Primer Término

Listado de CUIT: 30-66313737-5 R P B Sociedad Anonima
Se instituye como beneficiario en primer término del listado detallado anteriormente, a aquella empresa dentro de cuyo ámbito el asegurado se encuentre desarrollando sus tareas al momento de ocurrencia de un evento cubierto por la presente póliza.
De ocurrir el siniestro fuera del ámbito de algunas de ellas, se impondrá la designación realizada por el asegurado.

Límite máximo de indemnización por evento: el menor entre la suma asegurada total del Muerte accidental y $100.000.000

Servicio Atención al Asegurado

Para consultas o reclamos, comunicarse con San Cristóbal S.M.S.G. al teléfono 0810 222 8887 o mediante correo electrónico a atencioncliente@sancristobal.com.ar

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 0810-222-8887. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web **www.sancristobal.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**.

Exclusiones a la cobertura Anexo 1. Resolucion de la Unidad de Información Financiera. Anexo 9L. El clausulado de la presente póliza se encuentra a disposición del asegurado en el Portal de Autogestión (https://autogestion.sancristobal.com.ar) o en la App del Asegurado (Disponible para Android y IOS)

Condiciones y Cláusulas

Las condiciones y cláusulas adjuntas conforman esta Póliza, así como las Cláusulas Adicionales de las Condiciones Particulares y Anexos que se mencionan a continuación

90 - AP1000 - AP2000 - AP2300 - AP3000 - AP5000 - AP5100 - AP5200 - AP6200 - AP8000 - AP8020 - AP8060 - AP8100 - AP8140 - AP8160

TOMADOR	N° SOCIO	RAMO	N° PÓLIZA / N° FACTURA	ENDOSO
CARRIZO LUIS ALEJANDRO	03-08212696	Accidentes personales	01-03-06-30064876	0

Detalle de Coberturas

Coberturas

Grupo 1: Grupo 1 — Personas Aseguradas: 1 — Suma Asegurada Individual

Muerte accidental
Capital Asegurado — $10.000.000

Invalidez total y/o parcial permanente por accidente
Capital Asegurado — $10.000.000

Asistencia Médica Prestacional
Capital Asegurado — $5.000.000

Reembolso de Gastos por Prótesis, Ortesis e Implantes Quirúrgicos
Capital Asegurado — 10% AMF Prestacional

Cláusula de No Repetición

Listado de CUIT: 30-66313737-5 R P B Sociedad Anonima
Se deja expresa constancia que, de acuerdo a lo establecido por el Artículo 80 de la Ley de Seguros 17.418, la subrogación es inaplicable a los Seguros de Personas. Por lo tanto, la Aseguradora carece de derechos de repetición contra los CUIT declarados anteriormente.

Cláusula de Beneficiario en Primer Término

Listado de CUIT: 30-66313737-5 R P B Sociedad Anonima
Se instituye como beneficiario en primer término del listado detallado anteriormente, a aquella empresa dentro de cuyo ámbito el asegurado se encuentre desarrollando sus tareas al momento de ocurrencia de un evento cubierto por la presente póliza.
De ocurrir el siniestro fuera del ámbito de algunas de ellas, se impondrá la designación realizada por el asegurado.

Límite máximo de indemnización por evento: el menor entre la suma asegurada total del Muerte accidental y $100.000.000

Servicio Atención al Asegurado

Para consultas o reclamos, comunicarse con San Cristóbal S.M.S.G. al teléfono 0810 222 8887 o mediante correo electrónico a atencioncliente@sancristobal.com.ar

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 0810-222-8887. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web **www.sancristobal.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**.

Exclusiones a la cobertura Anexo 1. Resolucion de la Unidad de Información Financiera. Anexo 9L. El clausulado de la presente póliza se encuentra a disposición del asegurado en el Portal de Autogestión (https://autogestion.sancristobal.com.ar) o en la App del Asegurado (Disponible para Android y IOS)

Condiciones y Cláusulas

Las condiciones y cláusulas adjuntas conforman esta Póliza, así como las Cláusulas Adicionales de las Condiciones Particulares y Anexos que se mencionan a continuación

90 - AP1000 - AP2000 - AP2300 - AP3000 - AP5000 - AP5100 - AP5200 - AP6200 - AP8000 - AP8020 - AP8060 - AP8100 - AP8140 - AP8160

SAN CRISTOBAL S.M.S.G.

SAN MARTIN 730 - (5000) CORDOBA - TEL: (0351) 4285500
cordoba@sancristobal.com.ar - http://www.sancristobal.com.ar

CUIT: 34-50004533-9 - IVA: Responsable Inscripto
Convenio Multilateral: 34-50004533-9
Inicio de actividades: 04/01/1940

TOMADOR	N° SOCIO	RAMO	N° PÓLIZA / N° FACTURA	ENDOSO
CARRIZO LUIS ALEJANDRO	**03-08212696**	**Accidentes personales**	**01-03-06-30064876**	**0**

N° DE INSCRIPCIÓN DE SAN CRISTÓBAL S.M.S.G.

Clave única de Identificación Tributaria: 34-50004533-9

Impuesto sobre los Ingresos Brutos: Convenio Mult. N° 34500045339-921

IVA. Resp. Inscripto (incluido en la R.G. N° 18/97 - AFIP)
Agente de Percepción Prov. Bs. As: 000-65-0808-1
Agente de Percepción Capital Federal 01097/6
Agente de Percepción Misiones 34500045339

Impuesto de sellos:

Buenos Aires	**000-84-0116-1**	Corrientes	**Inscripto sin N°**	Mendoza	**101**	San luis	**16-S**
Capital Federal	**34-50004533-0**	Entre Ríos	**154**	Misiones	**165**	Santa Cruz	**--**
Catamarca	**S-33**	Formosa	**R-40005**	Neuquén	**167**	Santa Fe	**202-000020-8**
Chaco	**34-50004533-9**	Jujuy	**S-5-1033**	Río Negro	**143**	Sgo. del Estero	**Inscripto sin N°**
Chubut	**154**	La Pampa	**30457**	Salta	**1166**	Tierra del Fuego	**--**
Córdoba	**4-00-0006-1**	La Rioja	**R-0145**	San Juan	**1818**	Tucumán	**Inscripto sin N°**

SISTEMAS HABILITADOS PARA EL PAGO DE LOS CONTRATOS DE SEGUROS

En observancia al artículo 1° de la Resolución N° 90/2001 (modificado por la Resolución N° 407/2001) del Ministerio de Economía de la Nación y de su reglamentaria, la Resolución N° 28.268 de la Superintendencia de Seguros de la Nación, San Cristóbal S.M.S.G. cumple en advertir al asegurado.

Art. 1° Resolución 407/2001 del Ministerio de Economía de la Nación.

«... 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 Nación.
b) Entidades financieras sometidas al régimen de la Ley N° 21.526.
c) Tarjetas de débito, crédito o compras emitidas en el marco de la Ley N° 25.065.
d) Medios electrónicos de cobro habilitados previamente por la Superintendencia de Seguros de la Nación a cada entidad de seguros, los que
deberán funcionar en sus domicilios, puntos de venta o cobranza. En este caso el pago deberá ser realizado mediante alguna de las siguientes formas: efectivo en moneda de curso legal, cheque cancelatorio Ley N° 25.345 o cheque no a la orden librado por el asegurado o tomador a favor de la entidad aseguradora...»

Art 2° Resolución 407/2001 del Ministerio de Economía de la Nación

«Los productores asesores de seguros Ley N° 22.400 deberán ingresar el producido de la cobranza de premios a través de los medios detallados en el Art. 1° de la presente resolución.»

La obligación del pago del premio de operaciones efectuadas mediante descuento de haberes o conjuntamente con el cobro de créditos, planes de ahorro o cualquier otro procedimiento análogo, se considerarán cumplidas cuando las mismas sean descontadas del haber o en la fecha en que el asegurado o tomador abonó la cuota, independientemente del efectivo ingreso de los fondos a la entiedad aseguradora.

Nómina de sistemas habilitados para el cobro en los términos del Art. 1° Resolución 407/2001 del Ministerio de Economía de la Nación:

a) Entidades especializadas en cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos:
- Rapipago - Chubut Pagos - Pampa Pagos - Pago Listo - Banelsip (Cobro Express, Fullcarga, Fullpago, etc.) - Entre Ríos Servicios - San juan Servicios
- Pago Fácil - Provincia Pagos - Formo Pagos - Pagocoop - Bica Ágil - Pronto Pago - Santa Fe Servicios - Santa Cruz Servicios
- Mercado Pago - Amex Pay
- Cajeros Autpomáticos de las redes Banelco y Link.
- A través de Internet: www.pagomiscuentas.com, www.linkpagos.com.ar y www.interbanking.com.ar (interpagos).
- Servicio de Pagos Mastercard: por Internet en www.masterconsultas.com.ar opción Pago de Servicios.

b) Entidades financieras (pago en ventanilla):
- Banco Municipal de Rosario, Banco de la Provincia de Córdoba, banco Credicoop, Banco BBVA Francés, Banco Macro, Banco de la Nación Argentina, Banco Supervielle, Banco del Chubut, Banco Bica, Montemar C.F.

Débito en cuenta corriente o caja de ahorros:
- Bancos adheridos al Sistema Nacional de Pagos.

c) Tarjetas de débito, crédito o compras:
- Tarjetas de Crédito (débito automático): American Express, Argencard / Mastercard, BBPS, Cabal, Coopeplus, Galicia Rural, Montemar Shopping, Naranja, Nativa Mastercard, Patagonia, Visa, Cordobesa.

SAN CRISTOBAL S.M.S.G.

SAN MARTIN 730 - (5000) CORDOBA - TEL: (0351) 4285500
cordoba@sancristobal.com.ar - http://www.sancristobal.com.ar

CUIT: 34-50004533-9 - IVA: Responsable Inscripto
Convenio Multilateral: 34-50004533-9
Inicio de actividades: 04/01/1940

TOMADOR	N° SOCIO	RAMO	N° PÓLIZA / N° FACTURA	ENDOSO
CARRIZO LUIS ALEJANDRO	**03-08212696**	**Accidentes personales**	**01-03-06-30064876**	**0**

N° DE INSCRIPCIÓN DE SAN CRISTÓBAL S.M.S.G.

Clave única de Identificación Tributaria: 34-50004533-9

Impuesto sobre los Ingresos Brutos: Convenio Mult. N° 34500045339-921

IVA. Resp. Inscripto (incluido en la R.G. N° 18/97 - AFIP)
Agente de Percepción Prov. Bs. As: 000-65-0808-1
Agente de Percepción Capital Federal 01097/6
Agente de Percepción Misiones 34500045339

Impuesto de sellos:

Buenos Aires	**000-84-0116-1**	Corrientes	**Inscripto sin N°**	Mendoza	**101**	San luis	**16-S**
Capital Federal	**34-50004533-0**	Entre Ríos	**154**	Misiones	**165**	Santa Cruz	**--**
Catamarca	**S-33**	Formosa	**R-40005**	Neuquén	**167**	Santa Fe	**202-000020-8**
Chaco	**34-50004533-9**	Jujuy	**S-5-1033**	Río Negro	**143**	Sgo. del Estero	**Inscripto sin N°**
Chubut	**154**	La Pampa	**30457**	Salta	**1166**	Tierra del Fuego	**--**
Córdoba	**4-00-0006-1**	La Rioja	**R-0145**	San Juan	**1818**	Tucumán	**Inscripto sin N°**

SISTEMAS HABILITADOS PARA EL PAGO DE LOS CONTRATOS DE SEGUROS

En observancia al artículo 1° de la Resolución N° 90/2001 (modificado por la Resolución N° 407/2001) del Ministerio de Economía de la Nación y de su reglamentaria, la Resolución N° 28.268 de la Superintendencia de Seguros de la Nación, San Cristóbal S.M.S.G. cumple en advertir al asegurado.

Art. 1° Resolución 407/2001 del Ministerio de Economía de la Nación.

«... 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 Nación.
b) Entidades financieras sometidas al régimen de la Ley N° 21.526.
c) Tarjetas de débito, crédito o compras emitidas en el marco de la Ley N° 25.065.
d) Medios electrónicos de cobro habilitados previamente por la Superintendencia de Seguros de la Nación a cada entidad de seguros, los que
deberán funcionar en sus domicilios, puntos de venta o cobranza. En este caso el pago deberá ser realizado mediante alguna de las siguientes formas: efectivo en moneda de curso legal, cheque cancelatorio Ley N° 25.345 o cheque no a la orden librado por el asegurado o tomador a favor de la entidad aseguradora...»

Art 2° Resolución 407/2001 del Ministerio de Economía de la Nación

«Los productores asesores de seguros Ley N° 22.400 deberán ingresar el producido de la cobranza de premios a través de los medios detallados en el Art. 1° de la presente resolución.»

La obligación del pago del premio de operaciones efectuadas mediante descuento de haberes o conjuntamente con el cobro de créditos, planes de ahorro o cualquier otro procedimiento análogo, se considerarán cumplidas cuando las mismas sean descontadas del haber o en la fecha en que el asegurado o tomador abonó la cuota, independientemente del efectivo ingreso de los fondos a la entiedad aseguradora.

Nómina de sistemas habilitados para el cobro en los términos del Art. 1° Resolución 407/2001 del Ministerio de Economía de la Nación:

a) Entidades especializadas en cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos:
- Rapipago - Chubut Pagos - Pampa Pagos - Pago Listo - Banelsip (Cobro Express, Fullcarga, Fullpago, etc.) - Entre Ríos Servicios - San juan Servicios
- Pago Fácil - Provincia Pagos - Formo Pagos - Pagocoop - Bica Ágil - Pronto Pago - Santa Fe Servicios - Santa Cruz Servicios
- Mercado Pago - Amex Pay
- Cajeros Autpomáticos de las redes Banelco y Link.
- A través de Internet: www.pagomiscuentas.com, www.linkpagos.com.ar y www.interbanking.com.ar (interpagos).
- Servicio de Pagos Mastercard: por Internet en www.masterconsultas.com.ar opción Pago de Servicios.

b) Entidades financieras (pago en ventanilla):
- Banco Municipal de Rosario, Banco de la Provincia de Córdoba, banco Credicoop, Banco BBVA Francés, Banco Macro, Banco de la Nación Argentina, Banco Supervielle, Banco del Chubut, Banco Bica, Montemar C.F.

Débito en cuenta corriente o caja de ahorros:
- Bancos adheridos al Sistema Nacional de Pagos.

c) Tarjetas de débito, crédito o compras:
- Tarjetas de Crédito (débito automático): American Express, Argencard / Mastercard, BBPS, Cabal, Coopeplus, Galicia Rural, Montemar Shopping, Naranja, Nativa Mastercard, Patagonia, Visa, Cordobesa.

TOMADOR	N° SOCIO	RAMO	N° PÓLIZA / N° FACTURA	ENDOSO
CARRIZO LUIS ALEJANDRO	03-08212696	Accidentes personales	01-03-06-30064876	0

Detalle de Coberturas

Coberturas

Grupo 1: Grupo 1 — Personas Aseguradas: 1 — Suma Asegurada Individual

Muerte accidental
Capital Asegurado — $10.000.000

Invalidez total y/o parcial permanente por accidente
Capital Asegurado — $10.000.000

Asistencia Médica Prestacional
Capital Asegurado — $5.000.000

Reembolso de Gastos por Prótesis, Ortesis e Implantes Quirúrgicos
Capital Asegurado — 10% AMF Prestacional

Cláusula de No Repetición

Listado de CUIT: 30-66313737-5 R P B Sociedad Anonima
Se deja expresa constancia que, de acuerdo a lo establecido por el Artículo 80 de la Ley de Seguros 17.418, la subrogación es inaplicable a los Seguros de Personas. Por lo tanto, la Aseguradora carece de derechos de repetición contra los CUIT declarados anteriormente.

Cláusula de Beneficiario en Primer Término

Listado de CUIT: 30-66313737-5 R P B Sociedad Anonima
Se instituye como beneficiario en primer término del listado detallado anteriormente, a aquella empresa dentro de cuyo ámbito el asegurado se encuentre desarrollando sus tareas al momento de ocurrencia de un evento cubierto por la presente póliza.
De ocurrir el siniestro fuera del ámbito de algunas de ellas, se impondrá la designación realizada por el asegurado.

Límite máximo de indemnización por evento: el menor entre la suma asegurada total del Muerte accidental y $100.000.000

Servicio Atención al Asegurado

Para consultas o reclamos, comunicarse con San Cristóbal S.M.S.G. al teléfono 0810 222 8887 o mediante correo electrónico a atencioncliente@sancristobal.com.ar

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 0810-222-8887. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web **www.sancristobal.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**.

Exclusiones a la cobertura Anexo 1. Resolucion de la Unidad de Información Financiera. Anexo 9L. El clausulado de la presente póliza se encuentra a disposición del asegurado en el Portal de Autogestión (https://autogestion.sancristobal.com.ar) o en la App del Asegurado (Disponible para Android y IOS)

Condiciones y Cláusulas

Las condiciones y cláusulas adjuntas conforman esta Póliza, así como las Cláusulas Adicionales de las Condiciones Particulares y Anexos que se mencionan a continuación

90 - AP1000 - AP2000 - AP2300 - AP3000 - AP5000 - AP5100 - AP5200 - AP6200 - AP8000 - AP8020 - AP8060 - AP8100 - AP8140 - AP8160

Comprobante de Pago

San Cristóbal Seguros

Póliza: 01-03-06-30064876 **Suc:** 03
N° de Cuenta: 01-04255604
Tomador: CARRIZO LUIS ALEJANDRO
Ramo: Accidente Personal
Pago Aplicado:
Productor: 03-007213

Emisión Comprobante: 11/11/2025
Vigencia: 11/11/2025 - 11/05/2026
Modalidad de Pago: Efectivo
Subramo: AP Colectivo
Próximo Vencimiento: 18/11/2025
Organizador: 03-006262

Nota:

El presente comprobante de pago no implica renunciar a oponer la suspensión o caducidad de la cobertura por condiciones de póliza. Este comprobante lleva firma facsimilar, conforme lo previsto en el punto 7.8. del Reglamento de la Actividad Aseguradora.
El presente comprobante de pago es válido hasta la fecha del próximo vencimiento 18/11/2025.



Diego Guaita
Gerente General

Control: 01-03-06-30064876

TOMADOR	N° SOCIO	RAMO	N° PÓLIZA / N° FACTURA	ENDOSO
CARRIZO LUIS ALEJANDRO	**03-08212696**	**Accidentes personales**	**01-03-06-30064876**	**0**

90 - Anexo 9L

Se deja constancia que en caso de siniestros indemnizable y en cumplimiento de la Resolución 28/2018 de Unidad de Información Financiera, la Sociedad podrá requerirle, parcial o totalmente, la siguiente información:

a) Nombre y Apellido o Razón Social
b) DNI y CUIT / CUIL / CDI (Personas Físicas).
c) CUIT (Personas Jurídicas)
d) Lugar de Nacimiento (Personas Físicas)
e) Estado Civil, Nombre y Apellido y Tipo y Número de Documento del Cónyuge (Personas Físicas).
f) Listado de miembros que integran el órgano de administración y de socios que ejercen el control de la sociedad (Personas Jurídicas)
g) Domicilio real, laboral o comercial, o domicilio de la sede social principal.
h) N° de teléfono
i) Dirección de Correo Electrónico
j) Vínculo con el asegurado o el tomador del seguro, si lo hubiere.
k) Calidad bajo la cual cobra la indemnización. A tales efectos deberá preverse la siguiente clasificación básica:
• Titular del interés asegurado.
• Tercero damnificado.
• Beneficiario designado o heredero legal.
• Cesionario de los derechos de la póliza. En tal caso, deberá cumplimentarse la siguiente información mínima, en el momento de notificarse una cesión de derechos derivados de la póliza o un cambio en los beneficiarios designados, si no hubiese sido completada con anterioridad:
o Identificación del cesionario o beneficiario
o Motivo que origina la cesión de derechos o cambio de beneficiarios.
o Vínculo que une al asegurado o tomador del seguro con el cesionario o beneficiario.
l) Manifestación de bienes,
m) Certificación de ingresos
n) Declaraciones juradas de impuestos
o) Estados contables auditado por Contador Público y certificado por el Consejo Profesional correspondiente
p) Documentación bancaria
q) Toda otra información que contribuya en la definición del perfil del cliente.

AP1000 - Instructivo para siniestros de AMF Prestacional

IMPORTANTE:
El único canal de denuncias de siniestros para la modalidad Prestacional será exclusivamente el 0810-888-8889. Se deberá brindar DNI del asegurado o número de póliza y se deberá tener conocimiento de cómo ocurrió el hecho.
En los casos donde la denuncia se realice por otro medio, el siniestro será atendido a través de la modalidad Reintegro.
Es obligatorio que el asegurado que deba ser atendido concurra al prestador designado con el DNI para verificar su identidad.

AP2000 - Anexo I - Exclusiones a las Condiciones Generales Comunes - Cláusula 8

Quedan excluidos de la cobertura que otorga la Póliza, salvo pacto en contrario en las Condiciones Particulares, 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 las Condiciones Generales Específicas de esta Póliza.
b) enfermedades de cualquier naturaleza inclusive las originadas por la picadura de insectos, salvo lo especificado en la definición de Accidente incluida en las Condiciones Generales Específicas de esta Póliza.
c) acción de los rayos “x”, y de cualquier elemento radioactivo u originadas en reacciones nucleares.
d) lesiones imputables a esfuerzo, salvo los casos contemplados en la definición de Accidente incluida en las Condiciones Generales Específicas de 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, según se defina en las Condiciones Generales Específicas de 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.
o) Accidentes derivados del uso de motocicletas.
p) Accidentes derivados de la práctica de deportes que no sean los enumerados en la definición de Accidente de las Condiciones Generales Específicas de esta Póliza.
q) Accidentes derivados de la realización de trabajos en altura superiores a los 6 (seis) metros.
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 o lock-out, cuando el Asegurado participe como elemento activo.
t) Accidentes causados por fenómenos sísmicos o inundaciones.
u) Accidentes causados por fenómenos naturales de carácter catastrófico.

AP2300 - Exclusiones a las Cláusulas Adicionales - Cobertura de reembolso de Gastos de Prótesis, Ortesis e Implantes Quirúrgicos

Cláusula 5
Exclusiones Específicas

A las exclusiones previstas en la Cláusula de Exclusiones de las Condiciones Generales y a las previstas en las Condiciones Generales Específicas, se agregan a efectos de la presente cobertura las siguientes:
a) Prótesis utilizadas con fines estéticos.
b) Prótesis e implantes bucodentales.
c) Prótesis mioeléctricas, biónicas y exoesqueletos
d) Implantes capilares
e) Anteojos y lentes de contacto
f) Implantes del dolor (neuroestimuladores, bombas de infusión, etc)
g) Sillas de ruedas motorizadas
h) Renovaciones de Prótesis, Órtesis o Implantes Quirúrgicos del Asegurado preexistentes al comienzo de la presente cobertura.

AP3000 - Condiciones Generales - Seguro Colectivo

Cláusula 1
Preeminencia Normativa

Las partes contratantes se someten a las disposiciones de la Ley de Seguros Nº 17.418, a la Ley Nº 20.091, demás normativa aplicable y a las de la presente Póliza que la complementan o modifican, cuando ello es admisible.

Esta Póliza consta de Condiciones Generales, Condiciones Generales 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 Generales Específicas
d) Condiciones Generales

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: San Cristóbal Sociedad Mutual de Seguros Generales

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) 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 Cláusulas 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.

e) Tomador: es la persona física o jurídica que suscribe el presente contrato de seguro con el Asegurador y que posee un vínculo previo con las personas asegurables distinto al de la suscripción del presente seguro.

f) Asegurado: son todas aquellas personas que forman parte del grupo regido por el Tomador, designadas como "Asegurado Titular" en el respectivo Certificado de Incorporación. También el término Asegurado comprende al grupo familiar, en los casos que así hubiera sido pactado, a través de la inclusión en la Póliza de la Cláusula Adicional respectiva.

g) Certificado de Incorporación Individual: es el documento que emite el Asegurador a favor de cada uno de los “Asegurados Titulares” que conforman este Seguro Colectivo y que exterioriza y prueba la incorporación de este último, y su grupo familiar en caso de corresponder, a la Póliza contratada por el Tomador. En este documento constan las prestaciones que la Póliza otorga a cada Asegurado con sujeción a lo establecido en las Condiciones Generales, Condiciones Generales Específicas y en las respectivas Cláusulas Adicionales.

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
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 Cláusulas Adicionales 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 5
Vigencia

Esta Póliza adquiere fuerza legal desde las cero (0) horas de la fecha de inicio de vigencia indicada en las Condiciones Particulares de Póliza.

Cláusula 6
Forma y Plazo para solicitar la Cobertura Individual

Todo asegurable que desee incorporarse a esta Póliza, deberá solicitarlo por escrito en las solicitudes que a este efecto proporciona el Asegurador. La solicitud deberá formularla dentro de los 30 días contados desde la fecha en que fuera asegurable.

Los asegurables que soliciten su incorporación a esta Póliza, fuera del término indicado, como asimismo los que vuelvan a solicitar su cobertura individual después de haberla rescindido, deberán previamente cumplimentar los requisitos de asegurabilidad que determine la Compañía, a fin de que ésta considere su solicitud. Cumplidos los requisitos que se establecieran, y siempre que resultaran satisfactorios a juicio del Asegurador, el asegurable quedará incorporado al seguro desde la fecha que se prevé en la Cláusula siguiente.

Cláusula 7
Inicio de Vigencia de Cobertura de cada Certificado de Incorporación Individual

Los asegurables que hubieran solicitado su incorporación a esta Póliza hasta la cero hora del día fijado como comienzo de vigencia y hubiera sido aprobada su incorporación por el Asegurador, quedarán comprendidos en las prescripciones de esta Póliza desde dicha fecha y hora y tendrán cobertura desde el día indicado en las Condiciones Particulares.

Para el caso de las personas que, perteneciendo al grupo asegurable, satisfagan las condiciones de ingreso con posterioridad a la fecha de inicio de vigencia de este contrato, el seguro regirá a partir de la cero hora del día siguiente a la fecha en que se cumplimenten las condiciones de ingreso al seguro.

Los ajustes de la prima que correspondan con motivo de variaciones en el grupo asegurado, se efectuarán a prorrata del tiempo transcurrido como Asegurado, ya sea desde la fecha de aceptación en el caso de incorporaciones o bien desde la fecha de exclusión en el caso de bajas de Asegurados.

Cláusula 8
Exclusiones

Quedan excluidos de la cobertura que otorga la Póliza, salvo pacto en contrario en las Condiciones Particulares, 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 las Condiciones Generales Específicas de esta Póliza.
b) enfermedades de cualquier naturaleza inclusive las originadas por la picadura de insectos, salvo lo especificado en la definición de Accidente incluida en las Condiciones Generales Específicas de esta Póliza.
c) acción de los rayos “x”, y de cualquier elemento radioactivo u originadas en reacciones nucleares.
d) lesiones imputables a esfuerzo, salvo los casos contemplados en la definición de Accidente incluida en las Condiciones Generales Específicas de 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, según se defina en las Condiciones Generales Específicas de 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.

o) Accidentes derivados del uso de motocicletas.
p) Accidentes derivados de la práctica de deportes que no sean los enumerados en la definición de Accidente de las Condiciones Generales Específicas de esta Póliza.
q) Accidentes derivados de la realización de trabajos en altura superiores a los 6 (seis) metros.
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 o lock-out, cuando el Asegurado participe como elemento activo.
t) Accidentes causados por fenómenos sísmicos o inundaciones.
u) Accidentes causados por fenómenos naturales de carácter catastrófico.

Cláusula 9
Prima y Premio

La prima del seguro será calculada en función de la categoría de riesgo que corresponda al Asegurado por su actividad y el capital asegurado indicado en las Condiciones Particulares.

Podrá pactarse con el Tomador de la Póliza la aplicación de un coeficiente por actividad uniforme para todos los integrantes del grupo asegurado, calculado como el promedio ponderado del coeficiente que corresponda a la actividad desarrollada por cada Asegurado.

Como premio del seguro se entiende el importe total formado por la prima más los impuestos, contribuciones, tasas y sellados.

Cláusula 10
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 11
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 12
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.

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 13
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 14: 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 15: 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 14
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 Tomador y/o 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 15
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 13 – 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 16
Denuncia del Siniestro. 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, y salvo pacto en contrario en las Cláusulas Adicionales que integran la Póliza, 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 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 17
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 18
Pago de la Indemnización. Cumplimiento de la Prestación por el Asegurador

El Asegurador efectuará el pago correspondiente en caso de siniestro, de acuerdo a lo establecido en cada Cláusula Adicional, dentro de los 15 días de notificado el mismo o de cumplidos los requisitos establecidos en la Cláusula 16 de las presentes Condiciones Generales o en la respectiva Cláusula Adicional, lo que sea posterior.

Cláusula 19
Caducidad por incumplimiento de Obligaciones y Cargas

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

Cláusula 20
Obligaciones del Tomador – Nómina de Asegurados

A los efectos del presente seguro, el Tomador se compromete a:
a) Denunciar al Asegurador todo Accidente presumiblemente cubierto por esta Póliza.
b) Informar al momento de ocurrida y/o conocida cualquier alta, baja y/o modificación relativa a los Asegurados.
c) Hacer entrega a los Asegurados de los Certificados de Incorporación emitidos por el Asegurador.
d) Denunciar al Asegurador las agravaciones / modificaciones del riesgo asumido.

El Asegurador podrá solicitar o acceder en cualquier momento a la información, documentación y registros en poder del Tomador relacionados con la ejecución de este contrato.

Cláusula 21
Cantidad Mínima de Asegurados. Porcentaje Mínimo de Adhesión

De acuerdo a lo establecido en la Cláusula precedente, el Tomador está obligado a notificar al Asegurador las variaciones que se produzcan en la composición del grupo asegurado, por el ingreso y egreso de Asegurados.

Es requisito primordial para que este seguro pueda mantenerse en vigencia, que tanto la cantidad de asegurados como el porcentaje de los mismos con relación a los que se hallen en condiciones de ser incorporados al seguro, alcancen por lo menos los mínimos indicados en las Condiciones Particulares de esta Póliza.

Si en un determinado momento no se reunieran los mínimos antes mencionados, el Asegurador se reserva el derecho de reducir los capitales asegurados y/o de modificar las tasas de prima aplicadas. El Asegurador notificará la decisión por escrito al Tomador con una anticipación mínima de 30 días.

Cláusula 22
Rescisión de la Póliza

El Tomador tendrá derecho a rescindir la Póliza sin expresar causa. De ejercer dicha facultad, la rescisión 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.

En caso de rescisión de esta Póliza, el Asegurador tendrá derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido, según las tarifas de corto plazo.

Se hace extensivo a los Certificados de Incorporación lo establecido precedentemente. De esta forma, el Asegurado tendrá derecho a rescindir el correspondiente Certificado de Incorporación sin expresar causas, resultando aplicable en todos sus términos lo aquí establecido para ambas partes.

Se deja constancia que el Asegurador no podrá rescindir sin causa la Póliza. Sin perjuicio de ello, cuenta con el derecho de no renovar la Póliza al finalizar la vigencia pactada, comunicándolo fehacientemente en forma previa al Tomador, con un preaviso de 30 días anteriores a la finalización de la vigencia.

Cláusula 23
Terminación de la Cobertura Individual

La cobertura individual de cada Asegurado quedará rescindida o caducará en cualquiera de los siguientes casos (el que ocurra primero):
a) Por renuncia del Asegurado a continuar con su cobertura.
b) Por cumplir el Asegurado la Edad Máxima de Permanencia establecida en las Condiciones Particulares.
c) Por rescisión o caducidad de la Póliza.
d) Por rescisión o caducidad del Certificado de Incorporación.
e) Por dejar de pertenecer el Asegurado al grupo regido por el Tomador.
f) Por fallecimiento del Asegurado.
g) Por Invalidez Total y Permanente del Asegurado, de haberse contratado dicha cobertura, y el monto a indemnizar resultara coincidente con el de Muerte.
h) 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.
i) Por falta de pago del premio, conforme lo establecido en la Cláusula de Cobranza del Premio.

La rescisión de los Certificados de Incorporación Individual operará al término del mes en el cual se hubieran descontado primas. En los casos que corresponda, el Asegurador procederá a la devolución de la prima en concepto del riesgo no corrido.

Cláusula 24
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.

Cláusula 25
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 26
Cómputo de los Plazos

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

Cláusula 27
Prescripción

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

Cláusula 28
Jurisdicción

Toda controversia judicial que se plantee en relación al presente contrato se sustanciará, a opción del Asegurado y/o sus beneficiarios, ante los jueces competentes del domicilio del Asegurado y/o del lugar de ocurrencia del siniestro, siempre que sea dentro de los límites del país.

Sin perjuicio de ello, el Asegurado o sus derecho-habientes, 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.

AP5000 - Cláusulas Anexas a las condiciones generales - 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) 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 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.

AP5100 - Cláusula de Cobranza del premio

ARTÍCULO 1º: El premio de este seguro, 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 5 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.

ARTÍCULO 7º: Todos los pagos del Asegurado y/o Tomador que resulten de la aplicación de la presente Cláusula, se efectuarán de acuerdo a lo normado en el Artículo 1º de la Resolución Nº 407/01 del Ministerio de Economía de la Nación, cuyo texto se trascribe seguidamente:
"Articulo 1° — Los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros son los siguientes:
a) Entidades especializadas en cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION.
b) Entidades financieras sometidas al régimen de la Ley N° 21.526.
c) Tarjetas de crédito, débito o compras emitidas en el marco de la Ley N° 25.065.
d) Medios electrónicos de cobro habilitados previamente por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION a cada entidad de seguros, los que deberán funcionar en sus domicilios, puntos de venta o cobranza. En este caso, el pago deberá ser realizado mediante alguna de las siguientes formas: efectivo en moneda de curso legal, cheque cancelatorio Ley N° 25.345 o cheque no a la orden librado por el asegurado o tomador a favor de la entidad aseguradora.
Cuando la percepción de premios se materialice a través del SISTEMA UNICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (SUSS) se considerará cumplida la obligación establecida en el presente artículo."

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. 921 del Código Civil y Comercial).

AP5200 - Cláusula de renovación Automática - Seguro Colectivo

Se deja expresa constancia que las partes han convenido que esta póliza tendrá vigencia anual, con el compromiso por parte del Asegurador de renovarla automáticamente al finalizar su vigencia.

Las condiciones contractuales convenidas en la póliza original se mantendrán en las renovaciones automáticas, incluyendo la presente modalidad de renovación automática, salvo indicación en contrario por parte del Asegurador, que notificará al Tomador y Asegurados de las modificaciones introducidas en cada renovación con una antelación no menor a 30 (treinta) días corridos, en cuyo plazo el Tomador y los Asegurados podrán expedirse sobre la aceptación o rechazo de las nuevas condiciones. En caso que no se expidan en el plazo estipulado, las nuevas condiciones se consideran aprobadas por el Tomador y/o los Asegurados, según corresponda.

En las sucesivas renovaciones se establecerá la nueva suma asegurada, la variación tarifaria que pudiera corresponder a fin de adecuar la prima al verdadero estado del riesgo, sobre la base de la información que a tales efectos se requerirá al Tomador, y el premio que surja de la aplicación de la misma, el que deberá ser pagado de la manera convenida, por los medios habilitados por el régimen de cobranza en vigencia; todo lo cual será notificado al Tomador y Asegurados con una antelación no menor a 30 (treinta) días corridos, en cuyo plazo el Tomador y los Asegurados podrán expedirse sobre la aceptación o rechazo de las nuevas condiciones. En caso que no se expidan en el plazo estipulado, las nuevas condiciones e consideran aprobadas por el Tomador y/o los Asegurados, según corresponda.

AP6200 - Condiciones Generales Específicas - Accidente en lugar de trabajo o en Itinere

Cláusula 1
Definiciones

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

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,

acaecida 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.
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 de Exclusiones de las 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.

Cláusula 2
Objeto del Seguro

En virtud de la definición del término Accidente de la Cláusula precedente, los riesgos cubiertos en cada una de las Cláusulas Adicionales 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 de Agravación o Modificación del Riesgo de las Condiciones Generales, se agregan a efectos de la cobertura las siguientes agravaciones:

a) Modificación del trayecto entre su domicilio y el lugar donde desempeña su actividad o viceversa.
b) Modificación del lugar habitual de trabajo.

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

AP8000 - Cláusulas Adicionales - Cobertura de Muerte

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 Cláusula Adicional 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 él 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, 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 eventualmente incluidas en la Póliza, cuyo capital fuera sustitutivo del de Muerte accidental, 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. Documentación a presentar

Ocurrido el fallecimiento del Asegurado, a los efectos de obtener el beneficio previsto en la presente Cláusula Adicional, los Beneficiarios deberán acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula de Denuncia del Siniestro de las Condiciones Generales, 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.

AP8020 - Cláusulas Adicionales - Cobertura de Invalidez Permanente - Total y/o Parcial

Cláusula 1
Riesgos Cubiertos-Límites Indemnizatorios

El riesgo amparado por esta Cláusula Adicional 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 resulte de aplicación de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida y según se indica a continuación:

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

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

b) Miembros superiores Der Izq

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

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

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.

Si las consecuencias de un Accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente de él, de un estado constitucional anormal con respecto a la edad del Asegurado, o de un defecto físico de cualquier naturaleza y origen, la indemnización que corresponda a cargo del Asegurador se liquidará de acuerdo con las consecuencias que el mismo Accidente hubiera presumiblemente producido sin la mencionada concausa.

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 del Siniestro. 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 la presente Cláusula Adicional, el Asegurado o su representante deberá acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula de Denuncia del Siniestro de las Condiciones Generales, 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 de Valuación por Peritos de las Condiciones Generales, 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.

AP8060 - Cláusulas Adicionales - Cobertura de Servicios Médicos

COBERTURA DE SERVICIOS MÉDICOS

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, siempre que fueran prescriptos por el Prestador Médico, 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 Cláusula Adicional y que se informa al Asegurado mediante el listado respectivo.

Cláusula 2
Riesgos Cubiertos-Límites Indemnizatorios

El riesgo amparado por esta Cláusula Adicional es el de la prestación de los Servicios Médicos requeridos 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.

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 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 la presente Cláusula Adicional , 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, ya que esta cobertura es adicional e independiente de las demás.

Cláusula 4
Denuncia del Siniestro. Documentación a presentar

Ocurrido el Accidente que diera lugar a los Servicios Médicos cubiertos por la presente Cláusula Adicional, a los efectos de obtener el beneficio previsto, el Asegurado o su representante deberá:

? Comunicarse con el centro de atención telefónica que la Compañía hubiera dispuesto y presentarse ante el Prestador Médico con Documento de Identidad.
? Cumplimentar los requisitos relativos a la denuncia del Accidente que dio origen al reclamo, de conformidad a lo establecido en la Cláusula de Denuncia del Siniestro de las Condiciones Generales.
? 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.

AP8100 - Cláusulas Adicionales - Cobertura por Gastos de Prótesis, Ortesis e Implantes Quirúrgicos

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: 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 Auditivas

Ortesis: se entiende por tal al apoyo u otro dispositivo externo aplicado al cuerpo para modificar los aspectos funcionales o estructurales del sistema músculo-esquelético, afectados 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.

Implantes Quirúrgicos: se entiende por tal a aquel dispositivo médico creado para reemplazar, ayudar o mejorar alguna estructura biológica lesionada y/o faltante 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- Implantes Vasculares
b- Cirugía Abdominal
c- Implantes y Endoprótesis de Ortopedia y Traumatología
d- Implantes de Neurocirugía

Cláusula 2
Riesgos Cubiertos-Límites Indemnizatorios

El riesgo amparado por esta Cláusula Adicional es el del Reembolso de los Gastos por Prótesis, Órtesis e Implantes Quirúrgicos, 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, Órtesis e Implantes Quirúrgicos incurridos hasta las Sumas Aseguradas Máximas definidas para cada uno de ellos en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Incorporación, según corresponda.

El Asegurador sólo efectuará el reembolso del gasto correspondiente a la primera Prótesis, Órtesis o Implante Quirúrgico, 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, Órtesis e Implantes Quirúrgicos, ya que esta cobertura es adicional e independiente de las demás.

Cláusula 4
Denuncia del Siniestro. Documentación a presentar

Ocurrido el Accidente que diera lugar a los Gastos cubiertos por la presente Cláusula Adicional, a los efectos de obtener el beneficio previsto, el Asegurado o su representante deberá acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 12 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 Quirúrgico, la Prótesis u Órtesis, según se trate.

Cláusula 5
Exclusiones Específicas

A las exclusiones previstas en la Cláusula de Exclusiones de las Condiciones Generales y a las previstas en las Condiciones Generales Específicas, se agregan a efectos de la presente cobertura las siguientes:
a) Prótesis utilizadas con fines estéticos.
b) Prótesis e implantes bucodentales.
c) Prótesis mioeléctricas, biónicas y exoesqueletos
d) Implantes capilares
e) Anteojos y lentes de contacto
f) Implantes del dolor (neuroestimuladores, bombas de infusión, etc)
g) Sillas de ruedas motorizadas
h) Renovaciones de Prótesis, Órtesis o Implantes Quirúrgicos del Asegurado preexistentes al comienzo de la presente cobertura.
i) Prótesis, Órtesis o Implantes Quirúrgicos que sean reembolsables al Asegurado por una Obra Social y/o sistema de medicina privada al que se encuentre afiliado el Asegurado.

AP8140 - Cláusulas Adicionales - Seguro sobre la persona de un tercero

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.

TOMADOR	N° SOCIO	RAMO	N° PÓLIZA / N° FACTURA	ENDOSO
CARRIZO LUIS ALEJANDRO	**03-08212696**	**Accidentes personales**	**01-03-06-30064876**	**0**

AP8160 - Cláusulas Adicionales - Seguros Colectivos - Ingreso de Nuevos Asegurados - Cobertura automática

Contrariamente a lo establecido en la Cláusula 7 de las Condiciones Generales – Seguro Colectivo, queda entendido y convenido que las personas que ingresen al servicio del Tomador en una fecha posterior al inicio de vigencia de la Póliza, quedarán automáticamente comprendidas en las coberturas y por las Sumas Aseguradas que otorga la Póliza a partir de la fecha en la que hubieran ingresado al servicio activo del Tomador.

Atento que la Póliza cubre a la totalidad de las personas pertenecientes al grupo regido por el Tomador, este último se compromete a mantener actualizada la nómina de Asegurados, so pena de quedar sin efecto esta cobertura automática, permitiendo al Asegurador la verificación pertinente.