AP + SALUD

SANCOR SEGUROS

Tomador:

ZIEGLER DARIO GABRIEL

ARQUIMEDES 1062

1614 Villa de Mayo (Buenos Aires)

Asociado: 7422115 **D0000023456359**

Org.: 150175 Prod.: 212099 Zona/Ofic: 200.2

Emitida en Sunchales el día viernes 21 de marzo de 2025

Detalle de pólizas

Referencia	Póliza	Ramo	Producto	Premio
7191684	12878542	Accidentes Personales	A P ocasion del trabajo	$ 22.303,00
570616	2094357	Salud	Hernias	$ 1.153,00

A todos los efectos legales y contractuales, este contrato es único y comprende todas las coberturas que el Asegurado haya decidido solicitar y el Asegurador conceder. La unicidad indicada ha sido considerada para el cálculo del premio total, en atención a la compensación de riesgos que la integralidad de la cobertura representa. Sin perjuicio de ello, y al solo efecto de que el Asegurado conozca la porción del precio total que corresponde a cada cobertura contratada y al cumplimiento de normas administrativas que requieren apropiar esas porciones a cada Ramo, es que se discrimina precedentemente el número de póliza de cada cobertura y el premio que le corresponde. Pero esa discriminación no afecta la unicidad convenida en el primer párrafo. Consecuentemente, la Cláusula de Cobranza del Premio que forma parte de este contrato y el Plan de Pagos que se adjunta, corresponden en forma indiscriminada al Premio Total que involucra a todas las coberturas y los efectos que ante el incumplimiento de pago se producirán conforme la Cláusula recién nombrada, afectarán a todas las coberturas en su conjunto.

CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE

0800 444 28500

El importe de este Aviso se abona mediante débito en tarjeta XXXX XXXX XXXX 4388 - Visa

EL IMPUESTO DE SELLOS CORRESPONDIENTE A ESTE INSTRUMENTO ES REPUESTO POR DECLARACION JURADA DEL MES EN QUE FUE EMITIDO.

Esta póliza se encuentra sujeta a las disposiciones pertinentes de la Ley de Seguros Nro. 17.418 y a las Condiciones y Cláusulas Aplicables de la presente póliza.

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

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

Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. CUIT N° 30-50004946-0: Ruta 34 Km.257 – 2322-Sunchales (SF)

PREMIO TOTAL

$ 23.456,00

ALEJANDRO SIMON
GERENTE GENERAL

GRUPO SANCOR SEGUROS

Accidentes Personales

SANCOR SEGUROS

Ref: 7191684 Póliza nro. 12878542

Constancia de Póliza

VIGENCIA	
Desde las 12 hs 6/4/2025	**Hasta las 12 hs 6/1/2026 (*)**

(*) Prórroga Automática de Vigencia Hasta las 12 Hs. 06/04/2026
Según Cláusula de Cobranza del Premio impresa.-

Tomador
ZIEGLER DARIO GABRIEL
ARQUIMEDES 1062
1614 Villa de Mayo (Buenos Aires)
Asociado: 7422115 **DNI: 23456359**
Org.: 150175 Prod.: 212099 Zona/Ofic: 200.2

CUIP: 022420100100000000000000000012878542000000000063992323456359971000007307010000059918120017

UBICACIÓN DEL RIESGO

Dentro del territorio de la República Argentina debido actividad
2804 Campana (Buenos Aires)

CLIENTES ADICIONALES

Tomador
ZIEGLER DARIO GABRIEL DNI: 23456359
ARQUIMEDES 1062
1614 Villa de Mayo (Buenos Aires) - ARGENTINA

Asegurado
ZIEGLER DARIO GABRIEL DNI: 23456359
ARQUIMEDES 1062
1614 Villa de Mayo (Buenos Aires) - ARGENTINA

Beneficiario
HYDRON SEGUIMIENTOS ANALITICOS S.R.L. CUIT: 30-69445310-0
25 DE MAYO 1031
2804 Campana (Buenos Aires) - ARGENTINA

Beneficiario
RIOS-NABAIS ROBALO SOCIEDAD DE RESPONSABILIDAD LIMITADA CUIT: 30-71288600-1
25 DE MAYO 1031
2804 Campana (Buenos Aires) - ARGENTINA

Beneficiario
RIOS MIGUEL ANTONIO DNI: 23208742
BERUTTI 282
2804 Campana (Buenos Aires) - ARGENTINA

Beneficiario
Andina Empaques Argentina S.A. CUIT: 30-71213488-3
AUSTRIA NORTE 650
1617 General Pacheco (Buenos Aires) - ARGENTINA

Beneficiario
AKAPOL SOCIEDAD ANONIMA CUIT: 30-50406520-7
INDEPENDENCIA 5920
1653 Villa Ballester (Buenos Aires) - ARGENTINA

Beneficiario
AMPACET SOUTH AMERICA SOCIEDAD DE RESPONSABILIDAD LIMITADA CUIT: 30-53636739-6
DR D ROCHA 2454 Piso 2
1640 Martinez (Buenos Aires) - ARGENTINA

Beneficiario
LINDAL ARGENTINA S. A. U. CUIT: 30-69669769-4
CALLE 2 MOZART LOTE 17 BARRIO CENTRO INDUSTRIAL GARIN
1619 Garin (Buenos Aires) - ARGENTINA

Tercero c/Cláus. no Repetición
RIOS MIGUEL ANTONIO DNI: 23208742
BERUTTI 282
2804 Campana (Buenos Aires) - ARGENTINA

Tercero c/Cláus. no Repetición
RIOS-NABAIS ROBALO SOCIEDAD DE RESPONSABILIDAD LIMITADA CUIT: 30-71288600-1
25 DE MAYO 1031
2804 Campana (Buenos Aires) - ARGENTINA

CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE
0800 444 28500

El importe de este Aviso se abona mediante débito en tarjeta XXXX XXXX XXXX 4388 - Visa

Continúa en la próxima página

EL IMPUESTO DE SELLOS CORRESPONDIENTE A ESTE INSTRUMENTO ES REPUESTO POR DECLARACION JURADA DEL MES EN QUE FUE EMITIDO.
Esta póliza se encuentra sujeta a las disposiciones pertinentes de la Ley de Seguros Nro. 17418 y a las Condiciones y Cláusulas Aplicables de la presente póliza.
Cuando el texto de la póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considera aprobada por el asegurado si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza.
La entidad aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado.
Por reclamos, que no hayan sido solucionados previamente por las vías de atención al público de la entidad, podrán comunicarse con este Servicio al teléfono 0800 444 2850. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.sancorseguros.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.

ALEJANDRO SIMON
GERENTE GENERAL

Para consultas o reclamos, comunicarse con Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. al 0800 444 2850
Esta póliza ha sido autorizada por Proveído Nro. 110.735 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8.del Reglamento General de la Actividad Aseguradora Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. CUIT N° 30-50004946-0: Ruta Nacional 34 Km 257 - 2322-Sunchales (SF)
La información incluida en el presente formulario, fue proporcionada por el cliente. Los datos registrados, son tratados con total confidencialidad y son utilizados únicamente en relación a los productos y servicios brindados por "Grupo Sancor Seguros".Los derechos de acceso, rectificación,cancelación y oposición respecto de los datos de carácter personal deberán ser ejercidos de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente (Ley 25.326 y Dec. Reglamentario 1558/2001). Para mayor información remitirse a Dirección Nacional de Protección de Datos Personales: www.argentina.gob.ar/aaip/datospersonales/derechos, link "Ejerza sus derechos".

GRUPO SANCOR SEGUROS

Accidentes Personales

SANCOR SEGUROS

Continúa de página anterior

Ref: 7191684 Póliza nro. 12878542

Constancia de Póliza

VIGENCIA	
Desde las 12 hs 6/4/2025	**Hasta las 12 hs 6/1/2026 (*)**

(*) Prórroga Automática de Vigencia Hasta las 12 Hs. 06/04/2026
Según Cláusula de Cobranza del Premio impresa.-

Tomador
ZIEGLER DARIO GABRIEL
ARQUIMEDES 1062
1614 Villa de Mayo (Buenos Aires)
Asociado: 7422115 **DNI: 23456359**
Org.: 150175 Prod.: 212099 Zona/Ofic: 200.2

CUIP: 022420100100000000000000000012878542000000000063992323456359971000007307010000059918120017

Tercero c/Cláus. no Repetición
HYDRON SEGUIMIENTOS ANALITICOS S.R.L. CUIT: 30-69445310-0
25 DE MAYO 1031
2804 Campana (Buenos Aires) - ARGENTINA

Tercero c/Cláus. no Repetición
BIOGENESIS BAGO S.A. CUIT: 30-65339981-9
PANAMERICANA KM 38500 0
1619 Garin (Buenos Aires) - ARGENTINA

Tercero c/Cláus. no Repetición
MOLINOS RIO DE LA PLATA S.A. CUIT: 30-50085862-8
URUGUAY 4075
1644 Victoria (Buenos Aires) - ARGENTINA

Tercero c/Cláus. no Repetición
AIR LIQUIDE ARGENTINA S.A. CUIT: 30-50085213-1
MÑOR DR M MAGLIANO 3079
1642 San Isidro (Buenos Aires) - ARGENTINA

Tercero c/Cláus. no Repetición
SIEMENS ENERGY SA CUIT: 30-50336489-8
JULIAN SEGUNDO DE AGUERO 2830
1605 Munro (Buenos Aires) - ARGENTINA

Tercero c/Cláus. no Repetición
ROEMMERS S.A. I C F CUIT: 30-50093812-5
DR ADOLFO ALSINA 2525
1636 Borges (Buenos Aires) - ARGENTINA

Tercero c/Cláus. no Repetición
Andina Empaques Argentina S.A. CUIT: 30-71213488-3
AUSTRIA NORTE 650
1617 General Pacheco (Buenos Aires) - ARGENTINA

Tercero c/Cláus. no Repetición
EMBOTELLADORA DEL ATLANTICO S.A. CUIT: 30-52913594-3
RUTA NACIONAL 19 3 7 0
5101 Villa Esquiu (Córdoba) - ARGENTINA

Tercero c/Cláus. no Repetición
CABELMA SOCIEDAD ANONIMA CUIT: 30-50500840-1
AREVALO 3435
1617 General Pacheco (Buenos Aires) - ARGENTINA

Tercero c/Cláus. no Repetición
AMPACET SOUTH AMERICA SOCIEDAD DE RESPONSABILIDAD LIMITADA CUIT: 30-53636739-6
DR D ROCHA 2454 Piso 2
1640 Martinez (Buenos Aires) - ARGENTINA

Tercero c/Cláus. no Repetición
AKAPOL SOCIEDAD ANONIMA CUIT: 30-50406520-7
INDEPENDENCIA 5920
1653 Villa Ballester (Buenos Aires) - ARGENTINA

Tercero c/Cláus. no Repetición
PAPELERA SANTA ANGELA S.A.I.C.I.F.Y A. CUIT: 30-55295701-2
RUTA 9 KM 32600 Y AMEGHINO
1617 General Pacheco (Buenos Aires) - ARGENTINA

CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE
0800 444 28500

El importe de este Aviso se abona mediante débito en tarjeta XXXX XXXX XXXX 4388 - Visa

Continúa en la próxima página

EL IMPUESTO DE SELLOS CORRESPONDIENTE A ESTE INSTRUMENTO ES REPUESTO POR DECLARACION JURADA DEL MES EN QUE FUE EMITIDO.
Esta póliza se encuentra sujeta a las disposiciones pertinentes de la Ley de Seguros Nro. 17418 y a las Condiciones y Cláusulas Aplicables de la presente póliza.
Cuando el texto de la póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considera aprobada por el asegurado si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza.
La entidad aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado.
Por reclamos, que no hayan sido solucionados previamente por las vías de atención al público de la entidad, podrán comunicarse con este Servicio al teléfono 0800 444 2850. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.sancorseguros.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.

ALEJANDRO SIMON
GERENTE GENERAL

Para consultas o reclamos, comunicarse con Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. al 0800 444 2850
Esta póliza ha sido autorizada por Proveído Nro. 110.735 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8.del Reglamento General de la Actividad Aseguradora Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. CUIT N° 30-50004946-0: Ruta Nacional 34 Km 257 - 2322-Sunchales (SF)
La información incluida en el presente formulario, fue proporcionada por el cliente. Los datos registrados, son tratados con total confidencialidad y son utilizados únicamente en relación a los productos y servicios brindados por "Grupo Sancor Seguros".Los derechos de acceso, rectificación,cancelación y oposición respecto de los datos de carácter personal deberán ser ejercidos de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente (Ley 25.326 y Dec. Reglamentario 1558/2001). Para mayor información remitirse a Dirección Nacional de Protección de Datos Personales: www.argentina.gob.ar/aaip/datospersonales/derechos, link "Ejerza sus derechos".

GRUPO SANCOR SEGUROS

Accidentes Personales

SANCOR SEGUROS

Continúa de página anterior

Ref: 7191684 Póliza nro. 12878542

Constancia de Póliza

VIGENCIA	
Desde las 12 hs 6/4/2025	**Hasta las 12 hs 6/1/2026 (*)**

(*) Prórroga Automática de Vigencia Hasta las 12 Hs. 06/04/2026
Según Cláusula de Cobranza del Premio impresa.-

Tomador
ZIEGLER DARIO GABRIEL
ARQUIMEDES 1062
1614 Villa de Mayo (Buenos Aires)
Asociado: 7422115 DNI: 23456359
Org.: 150175 Prod.: 212099 Zona/Ofic: 200.2

CUIP: 0224201001000000000000000000128785420000000006399232345635997-10000073070100000599181200 17

Tercero c/Cláus. no Repetición
CELULOSA CAMPANA SOCIEDAD ANONIMA CUIT: 30-59797159-8
DR JOSE DE DARREGUEYRA 1261
1822 Valentin Alsina - Lanus (Buenos Aires) - ARGENTINA

Tercero c/Cláus. no Repetición
DUAS RODAS ARGENTINA S.A. CUIT: 30-53540049-7
GRAL MANUEL N SAVIO 685
1619 Garin (Buenos Aires) - ARGENTINA

Tercero c/Cláus. no Repetición
ECOPEK S.A. CUIT: 30-71020070-6
AVDA JUAN DOMINGO PERON 3659
1617 General Pacheco (Buenos Aires) - ARGENTINA

Tercero c/Cláus. no Repetición
PAPELERA DON TORCUATO S A C I CUIT: 30-50232558-9
BURGOS 1380
1611 Don Torcuato (Buenos Aires) - ARGENTINA

Tercero c/Cláus. no Repetición
ISOLANT S A CUIT: 30-66030654-0
DARREGUEYRA 54
1642 San Isidro (Buenos Aires) - ARGENTINA

Tercero c/Cláus. no Repetición
DANTIEN S A CUIT: 30-68857910-0
AV PTE J D PERON 3374
1644 Victoria (Buenos Aires) - ARGENTINA

Tercero c/Cláus. no Repetición
SCC POWER SAN PEDRO SA CUIT: 30-71520796-2
AVDA DEL LIBERTADOR 498
1145 Capital Federal (Capital Federal) - ARGENTINA

Tercero c/Cláus. no Repetición
ZANHANG SA CUIT: 30-71592069-3
GRAL O HIGGINS 4475 Piso 3 Dpto F
1429 Capital Federal (Capital Federal) - ARGENTINA

Tercero c/Cláus. no Repetición
TRANSPORTE TRACCION S.R.L. CUIT: 30-71392970-7
SAN NICOLAS 4742
1419 Capital Federal (Capital Federal) - ARGENTINA

Tercero c/Cláus. no Repetición
CONSORCIO DE PROPIETARIOS BARRIO CERRADO TALAR DEL LAGO 2 CUIT: 30-70895524-4
RUTA V 50 30 0
1617 General Pacheco (Buenos Aires) - ARGENTINA

Tercero c/Cláus. no Repetición
SFC CONSTRUCCIONES S.R.L. CUIT: 33-71550097-9
DR JUAN JOSE CASTELLI 5612
1606 Carapachay (Buenos Aires) - ARGENTINA

Tercero c/Cláus. no Repetición
INDUSTRIAS GUIDI SACIF CUIT: 33-52537286-9
PTE H YRIGOYEN 16299
1852 Burzaco (Buenos Aires) - ARGENTINA

CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE
0800 444 28500

El importe de este Aviso se abona mediante débito en tarjeta XXXX XXXX XXXX 4388 - Visa

Continúa en la próxima página

EL IMPUESTO DE SELLOS CORRESPONDIENTE A ESTE INSTRUMENTO ES REPUESTO POR DECLARACION JURADA DEL MES EN QUE FUE EMITIDO.
Esta póliza se encuentra sujeta a las disposiciones pertinentes de la Ley de Seguros Nro. 17418 y a las Condiciones y Cláusulas Aplicables de la presente póliza.
Cuando el texto de la póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considera aprobada por el asegurado si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza.
La entidad aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado.
Por reclamos, que no hayan sido solucionados previamente por las vías de atención al público de la entidad, podrán comunicarse con este Servicio al teléfono 0800 444 2850. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.sancorseguros.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.

ALEJANDRO SIMON
GERENTE GENERAL

Para consultas o reclamos, comunicarse con Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. al 0800 444 2850
Esta póliza ha sido autorizada por Proveído Nro. 110.735 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8.del Reglamento General de la Actividad Aseguradora Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. CUIT N° 30-50004946-0: Ruta Nacional 34 Km 257 - 2322-Sunchales (SF)
La información incluida en el presente formulario, fue proporcionada por el cliente. Los datos registrados, son tratados con total confidencialidad y son utilizados únicamente en relación a los productos y servicios brindados por "Grupo Sancor Seguros".Los derechos de acceso, rectificación,cancelación y oposición respecto de los datos de carácter personal deberán ser ejercidos de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente (Ley 25.326 y Dec. Reglamentario 1558/2001). Para mayor información remitirse a Dirección Nacional de Protección de Datos Personales: www.argentina.gob.ar/aaip/datospersonales/derechos, link "Ejerza sus derechos".

GRUPO SANCOR SEGUROS

Accidentes Personales

SANCOR SEGUROS

Continúa de página anterior

Ref: 7191684 Póliza nro. 12878542

Constancia de Póliza

VIGENCIA	
Desde las 12 hs 6/4/2025	**Hasta las 12 hs 6/1/2026 (*)**

(*) Prórroga Automática de Vigencia Hasta las 12 Hs. 06/04/2026
Según Cláusula de Cobranza del Premio impresa.-

Tomador
ZIEGLER DARIO GABRIEL
ARQUIMEDES 1062
1614 Villa de Mayo (Buenos Aires)
Asociado: 7422115 DNI: 23456359
Org.: 150175 Prod.: 212099 Zona/Ofic: 200.2

CUIP: 022420100100000000000000000012878542000000000063992323456359971000007307010000059918120017

Tercero c/Cláus. no Repetición
LINDAL ARGENTINA S. A. U. CUIT: 30-69669769-4
CALLE 2 MOZART LOTE 17 BARRIO CENTRO INDUSTRIAL GARIN
1619 Garin (Buenos Aires) - ARGENTINA

Tercero c/Cláus. No Anulación
AMPACET SOUTH AMERICA SOCIEDAD DE RESPONSABILIDAD LIMITADA CUIT: 30-53636739-6
DR D ROCHA 2454 Piso 2
1640 Martinez (Buenos Aires) - ARGENTINA

SANCOR COOPERATIVA DE SEGUROS LIMITADA, en adelante EL ASEGURADOR, con arreglo a las Condiciones Generales y a las Condiciones Generales Específicas, Especiales y Particulares que sean de aplicación según se indica en la presente póliza, por la presente asegura a :

ZIEGLER DARIO GABRIEL
Actividad: Servicios Comunales, Sociales y Personales
Clasificación: Otros Servicios con herramientas cortantes
Tarea: Hasta 15 metros de altura

COBERTURAS

Cobertura	Suma asegurada
• **Muerte Accidental**	**$ 65.000.000,00**
• **Invalidez Total y/o Parcial Permanente por Accidente**	**$ 65.000.000,00**
• **Asist. Médica Farmacéutica**	**$ 17.500.000,00**
Deducible sobre Siniestro: $ 3.500,00	
• **Subsidio por Fallecimiento**	**$ 1.632.576,00**

Advertencia al Tomador/Asegurado:
Medios Habilitados de Pago de Premios
Los únicos medios aptos para cancelar la obligación de pago de los premios en los contratos de seguro, son los sistemas habilitados en los artículos 1º de la Resolución N° 429 de fecha 2 de junio de 2000 del MINISTERIO DE ECONOMÍA y 2° de la Resolución 406/2024 de la SSN, a saber:
Resolución 429/2000:
Artículo 1º - 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.
Resolución 406/2024:
ARTÍCULO 2°.- Sólo se consideran aptas para prestar el servicio de cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos en los términos del inciso a) del artículo 1º de la Resolución N° 429 de

El importe de este Aviso se abona mediante débito en tarjeta XXXX XXXX XXXX 4388 - Visa

Continúa en la próxima página

EL IMPUESTO DE SELLOS CORRESPONDIENTE A ESTE INSTRUMENTO ES REPUESTO POR DECLARACION JURADA DEL MES EN QUE FUE EMITIDO.
Esta póliza se encuentra sujeta a las disposiciones pertinentes de la Ley de Seguros Nro. 17418 y a las Condiciones y Cláusulas Aplicables de la presente póliza.
Cuando el texto de la póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considera aprobada por el asegurado si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza.
La entidad aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado.
Por reclamos, que no hayan sido solucionados previamente por las vías de atención al público de la entidad, podrán comunicarse con este Servicio al teléfono 0800 444 2850. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.sancorseguros.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.

ALEJANDRO SIMON
GERENTE GENERAL

Para consultas o reclamos, comunicarse con Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. al 0800 444 2850
Esta póliza ha sido autorizada por Proveído Nro. 110.735 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8.del Reglamento General de la Actividad Aseguradora Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. CUIT N° 30-50004946-0: Ruta Nacional 34 Km 257 - 2322-Sunchales (SF)
La información incluida en el presente formulario, fue proporcionada por el cliente. Los datos registrados, son tratados con total confidencialidad y son utilizados únicamente en relación a los productos y servicios brindados por "Grupo Sancor Seguros".Los derechos de acceso, rectificación,cancelación y oposición respecto de los datos de carácter personal deberán ser ejercidos de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente (Ley 25.326 y Dec. Reglamentario 1558/2001). Para mayor información remitirse a Dirección Nacional de Protección de Datos Personales: www.argentina.gob.ar/aaip/datospersonales/derechos, link "Ejerza sus derechos".

GRUPO SANCOR SEGUROS

CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE
0800 444 28500

Accidentes Personales

SANCOR SEGUROS

Continúa de página anterior

Ref: 7191684 Póliza nro. 12878542

Constancia de Póliza

VIGENCIA	
Desde las 12 hs 6/4/2025	**Hasta las 12 hs 6/1/2026 (*)**

(*) Prórroga Automática de Vigencia Hasta las 12 Hs. 06/04/2026
Según Cláusula de Cobranza del Premio impresa.-

Tomador
ZIEGLER DARIO GABRIEL
ARQUIMEDES 1062
1614 Villa de Mayo (Buenos Aires)
Asociado: 7422115 DNI: 23456359
Org.: 150175 Prod.: 212099 Zona/Ofic: 200.2

CUIP: 02242010010000000000000000001287854200000000006399232345635997-10000073070100000599181200 17

fecha 2 de junio de 2000 del MINISTERIO DE ECONOMÍA, las entidades que se encuentren inscriptas en el Registro de Proveedores de Servicios de Pago del BANCO CENTRAL DE LA REPÚBLICA ARGENTINA.

PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVO Y FINANCIAMIENTO DEL TERRORISMO
El asegurado asume la carga de aportar los datos y documentos que le sean requeridos por la aseguradora en virtud de lo establecido por las normas vigentes en materia de prevención de lavado de activos y financiamiento de terrorismo. Caso contrario, la aseguradora dará cumplimiento a lo establecido en las Resoluciones UIF vigentes en la materia.

A los efectos de dar cumplimiento a lo establecido en las resoluciones UIF vigentes en la materia, respecto de la identificación de Personas Expuestas Políticamente (PEPs), le solicitamos tenga a bien presentarse a la brevedad posible en la oficina de su Productor Asesor de Seguros o donde tenga radicado sus pólizas de seguros, con la finalidad de cumplimentar la DDJJ de PEPs. Para obtener mayor información sobre dicha disposición, puede ingresar en www.sancorseguros.com, accediendo por el banner Prevención de Lavado de Activos y Financiamiento del Terrorismo.

ADVERTENCIA AL ASEGURADO, DIFERENCIA ENTRE LA PROPUESTA Y EL TEXTO DE LA PRESENTE POLIZA:
QUEDA PERFECTAMENTE ENTENDIDO Y CONVENIDO QUE LA PRESENTE POLIZA SE EMITE EN PESOS.

La presente se extiende en Sunchales (SF) el 02-12-2025 y está sujeta a las condiciones generales y particulares de la póliza indicada. De acuerdo a las mismas la aseguradora podrá oponer la suspensión o caducidad de la cobertura por falta de pago de premio y otro causal.

PRODUCTOR - ASESOR

- **SCHRAMM ROBERTO JUAN (Matr. 73070) (Productor)**

CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE
0800 444 28500

El importe de este Aviso se abona mediante débito en tarjeta XXXX XXXX XXXX 4388 - Visa

EL IMPUESTO DE SELLOS CORRESPONDIENTE A ESTE INSTRUMENTO ES REPUESTO POR DECLARACION JURADA DEL MES EN QUE FUE EMITIDO.
Esta póliza se encuentra sujeta a las disposiciones pertinentes de la Ley de Seguros Nro. 17418 y a las Condiciones y Cláusulas Aplicables de la presente póliza.
Cuando el texto de la póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considera aprobada por el asegurado si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza.
La entidad aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado.
Por reclamos, que no hayan sido solucionados previamente por las vías de atención al público de la entidad, podrán comunicarse con este Servicio al teléfono 0800 444 2850. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.sancorseguros.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.

ALEJANDRO SIMON
GERENTE GENERAL

Para consultas o reclamos, comunicarse con Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. al 0800 444 2850
Esta póliza ha sido autorizada por Proveído Nro. 110.735 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8.del Reglamento General de la Actividad Aseguradora Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. CUIT N° 30-50004946-0: Ruta Nacional 34 Km 257 - 2322-Sunchales (SF)
La información incluida en el presente formulario, fue proporcionada por el cliente. Los datos registrados, son tratados con total confidencialidad y son utilizados únicamente en relación a los productos y servicios brindados por "Grupo Sancor Seguros".Los derechos de acceso, rectificación,cancelación y oposición respecto de los datos de carácter personal deberán ser ejercidos de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente (Ley 25.326 y Dec. Reglamentario 1558/2001). Para mayor información remitirse a Dirección Nacional de Protección de Datos Personales: www.argentina.gob.ar/aaip/datospersonales/derechos, link "Ejerza sus derechos".

GRUPO SANCOR SEGUROS

BENEFICIOS ADICIONALES:

Llamando al Doctor

Es un servicio de videollamadas donde profesionales médicos atenderán sus consultas sobre salud de manera gratuita, evitando esperas y traslados.
Podés consultar diferentes especialidades: Medicina General, pediatría y ginecología y obstetricia.
¿Cómo utilizar este servicio?
Descargando la APP "Llamando al doctor" donde podrás acceder al consultorio virtual en cualquier momento y lugar.
Beneficiarios:
Serán exclusivamente las personas declaradas en póliza.

Descuento en Farmacias + Alta Complejidad

DESCUENTO DEL 50% EN FARMACIAS
Es un descuento en medicamentos en la red de farmacias adheridas de todo el país sobre el Vademécum Premium de primeras marcas de los principales laboratorios que figura en nuestra página web.
¿Cómo obtener este beneficio?
Presentando su DNI y la receta médica correspondiente.
INTERVENCIONES ALTA COMPLEJIDAD
Este beneficio consistirá en el reconocimiento indemnizatorio al Asegurado, sobre las intervenciones quirúrgicas cubiertas.
Sumas aseguradas: BVM 0 $200.000 y BVM 1 $100.000
Carencia: aplica 60 días para vigencias mayores a 3 meses, resto no aplica.
Ámbito de la cobertura: en cualquier lugar del mundo. Las 24 hs., los 365 días del año.

Salud

SANCOR SEGUROS

Ref: 570616 Póliza nro. 2094357

Constancia de Póliza

VIGENCIA	
Desde las 0 hs 6/4/2025	**Hasta las 0 hs 6/1/2026 (*)**

(*) Prórroga Automática de Vigencia Hasta las 0 Hs. 06/04/2026
Según Cláusula de Cobranza del Premio impresa.-

Tomador
ZIEGLER DARIO GABRIEL
Dentro del territorio de la República Argentina debido actividad
2804 Campana (Buenos Aires)
Asociado: 7422115 **DNI: 23456359**
Org.: 150175 Prod.: 212099 Zona/Ofic: 200.2

CUIP: 022420200200000000000000000002094357000000000067992323456359921000007307010000059918120017

UBICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL RIESGO, COBERTURAS, BIENES ASEGURADOS, ANEXOS Y CLÁUSULAS SEGÚN SE DETALLAN EN CADA UNO DE LOS CERTIFICADOS ADJUNTOS.

Detalle de certificados comprendidos en esta emisión para la póliza de referencia: 1.

ANEXOS Y CLÁUSULAS

- **Cond.Grales (Condiciones Generales)**
- **Cond.Part.Es (Condiciones Part. Espec.)**
- **Anexo 5 (Anexo 5)**
- **Anexo H (Cláusula Anexa Hernias)**
- **Anexo 9 (Cobranza del Premio)**

Advertencia al Tomador/Asegurado:
Medios Habilitados de Pago de Premios
Los únicos medios aptos para cancelar la obligación de pago de los premios en los contratos de seguro, son los sistemas habilitados en los artículos 1º de la Resolución N° 429 de fecha 2 de junio de 2000 del MINISTERIO DE ECONOMÍA y 2° de la Resolución 406/2024 de la SSN, a saber:
Resolución 429/2000:
Artículo 1º - 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.
Resolución 406/2024:
ARTÍCULO 2°.- Sólo se consideran aptas para prestar el servicio de cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos en los términos del inciso a) del artículo 1º de la Resolución N° 429 de fecha 2 de junio de 2000 del MINISTERIO DE ECONOMÍA, las entidades que se encuentren inscriptas en el Registro de Proveedores de Servicios de Pago del BANCO CENTRAL DE LA REPÚBLICA ARGENTINA.

PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVO Y FINANCIAMIENTO DEL TERRORISMO
El asegurado asume la carga de aportar los datos y documentos que le sean requeridos por la aseguradora en virtud de lo establecido por las normas vigentes en materia de prevención de lavado de activos y financiamiento de terrorismo. Caso contrario, la aseguradora dará cumplimiento a lo establecido en las Resoluciones UIF vigentes en la materia.

A los efectos de dar cumplimiento a lo establecido en las resoluciones UIF vigentes en la materia, respecto de la identificación de Personas

El importe de este Aviso se abona mediante débito en tarjeta XXXX XXXX XXXX 4388 - Visa

Continúa en la próxima página

EL IMPUESTO DE SELLOS CORRESPONDIENTE A ESTE INSTRUMENTO ES REPUESTO POR DECLARACION JURADA DEL MES EN QUE FUE EMITIDO.
Esta póliza se encuentra sujeta a las disposiciones pertinentes de la Ley de Seguros Nro. 17418 y a las Condiciones y Cláusulas Aplicables de la presente póliza.
Cuando el texto de la póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considera aprobada por el asegurado si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza.
La entidad aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado.
Por reclamos, que no hayan sido solucionados previamente por las vías de atención al público de la entidad, podrán comunicarse con este Servicio al teléfono 0800 444 2850. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.sancorseguros.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 Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. al 0800 444 2850

ALEJANDRO SIMON
GERENTE GENERAL

La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8.del Reglamento General de la Actividad Aseguradora Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. CUIT N° 30-50004946-0: Ruta Nacional 34 Km 257 - 2322-Sunchales (SF)
La información incluida en el presente formulario, fue proporcionada por el cliente. Los datos registrados, son tratados con total confidencialidad y son utilizados únicamente en relación a los productos y servicios brindados por "Grupo Sancor Seguros".Los derechos de acceso, rectificación,cancelación y oposición respecto de los datos de carácter personal deberán ser ejercidos de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente (Ley 25.326 y Dec. Reglamentario 1558/2001). Para mayor información remitirse a Dirección Nacional de Protección de Datos Personales: www.argentina.gob.ar/aaip/datospersonales/derechos, link "Ejerza sus derechos".

GRUPO SANCOR SEGUROS

CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE
0800 444 28500

Salud

SANCOR SEGUROS

Continúa de página anterior

Ref: 570616 Póliza nro. 2094357

Constancia de Póliza

VIGENCIA	
Desde las 0 hs 6/4/2025	**Hasta las 0 hs 6/1/2026 (*)**

(*) Prórroga Automática de Vigencia Hasta las 0 Hs. 06/04/2026
Según Cláusula de Cobranza del Premio impresa.-

Tomador
ZIEGLER DARIO GABRIEL
Dentro del territorio de la República Argentina debido actividad
2804 Campana (Buenos Aires)
Asociado: 7422115 DNI: 23456359
Org.: 150175 Prod.: 212099 Zona/Ofic: 200.2

CUIP: 02242020020000000000000000000209435700000000006799232345635992-10000073070100000599181200 17

Expuestas Políticamente (PEPs), le solicitamos tenga a bien presentarse a la brevedad posible en la oficina de su Productor Asesor de Seguros o donde tenga radicado sus pólizas de seguros, con la finalidad de cumplimentar la DDJJ de PEPs. Para obtener mayor información sobre dicha disposición, puede ingresar en www.sancorseguros.com, accediendo por el banner Prevención de Lavado de Activos y Financiamiento del Terrorismo.

ADVERTENCIA AL ASEGURADO, DIFERENCIA ENTRE LA PROPUESTA Y EL TEXTO DE LA PRESENTE POLIZA:
QUEDA PERFECTAMENTE ENTENDIDO Y CONVENIDO QUE LA PRESENTE POLIZA SE EMITE EN PESOS.

La presente se extiende en Sunchales (SF) el 02-12-2025 y está sujeta a las condiciones generales y particulares de la póliza indicada. De acuerdo a las mismas la aseguradora podrá oponer la suspensión o caducidad de la cobertura por falta de pago de premio y otro causal.

PRODUCTOR - ASESOR

- **SCHRAMM ROBERTO JUAN (Matr. 73070) (Productor)**

CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE
0800 444 28500

El importe de este Aviso se abona mediante débito en tarjeta XXXX XXXX XXXX 4388 - Visa

EL IMPUESTO DE SELLOS CORRESPONDIENTE A ESTE INSTRUMENTO ES REPUESTO POR DECLARACION JURADA DEL MES EN QUE FUE EMITIDO.
Esta póliza se encuentra sujeta a las disposiciones pertinentes de la Ley de Seguros Nro. 17418 y a las Condiciones y Cláusulas Aplicables de la presente póliza.
Cuando el texto de la póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considera aprobada por el asegurado si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza.
La entidad aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado.
Por reclamos, que no hayan sido solucionados previamente por las vías de atención al público de la entidad, podrán comunicarse con este Servicio al teléfono 0800 444 2850. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.sancorseguros.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 Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. al 0800 444 2850

ALEJANDRO SIMON
GERENTE GENERAL

La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8.del Reglamento General de la Actividad Aseguradora Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. CUIT N° 30-50004946-0: Ruta Nacional 34 Km 257 - 2322-Sunchales (SF)
La información incluida en el presente formulario, fue proporcionada por el cliente. Los datos registrados, son tratados con total confidencialidad y son utilizados únicamente en relación a los productos y servicios brindados por "Grupo Sancor Seguros".Los derechos de acceso, rectificación,cancelación y oposición respecto de los datos de carácter personal deberán ser ejercidos de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente (Ley 25.326 y Dec. Reglamentario 1558/2001). Para mayor información remitirse a Dirección Nacional de Protección de Datos Personales: www.argentina.gob.ar/aaip/datospersonales/derechos, link "Ejerza sus derechos".

GRUPO SANCOR SEGUROS

Condiciones Generales y Cláusulas Adicionales

Para vuestra mayor información, todas las Condiciones Generales y las Cláusulas Adicionales de Póliza también se encuentran a su disposición en nuestra página Web www.gruposancorseguros.com. En caso de necesitar una impresión o archivo PDF de las mismas, podrá solicitarlo a su Productor Asesor, al TE 0800 444 2850 o la oficina más cercana de nuestra aseguradora.

Cond.Grales (Condiciones Generales)

CONDICIONES GENERALES COMUNES
MARCO LEGAL
Cláusula 1 - DISPOSICIONES APLICABLES Y SU ORDEN DE PRELACIÓN
Las partes contratantes se someten a las disposiciones de la presente póliza, que consta de:
- Condiciones Generales Comunes
- Condiciones Generales - Seguros Individuales o Seguros Colectivos, según corresponda
- Condiciones Específicas de las coberturas contratadas
En caso de discordancia, queda entendido y convenido que las Condiciones Específicas prevalecerán sobre las Condiciones Generales y éstas sobre las Condiciones Generales Comunes.

COBERTURA
Cláusula 2 - OBJETO Y EXTENSIÓN DEL SEGURO
La presente póliza cubre las contingencias de salud que el Asegurado sufra durante el período de vigencia de la póliza -o Certificado de Incorporación, en caso de corresponder- estipuladas en las Condiciones Específicas de las coberturas contratadas, según consta en las Condiciones Particulares, sujeto en cada caso a los periodos de espera correspondientes.
Se entiende por periodo de espera, al periodo de cada prestación debida por la Aseguradora que el Asegurado asume a su cargo en caso de siniestro.

Cláusula 3 - ALCANCE GEOGRÁFICO
La cobertura de esta póliza abarca las contingencias de salud cuyo tratamiento se realice en el territorio de la República Argentina o en el exterior. Cuando corresponda la intervención de establecimientos asistenciales y profesionales de la salud, éstos deberán ser debidamente autorizados a tal fin por el organismo de control sanitario correspondiente, salvo pacto en contrario en las Condiciones Específicas o en las Condiciones Particulares.

Se entiende por Establecimiento Asistencial aquél catalogado como Sanatorio, Hospital, Clínica, Instituto, Policlínico, etc. que se halle habilitado legalmente para funcionar por el Organismo de Control Sanitario correspondiente, Municipal, Provincial o Nacional y autorizado por éste a dar asistencia y tratamiento clínico al tipo de enfermedad padecida por el Asegurado y que posea servicio de enfermería durante las 24 (veinticuatro) horas del día y esté equipado para cirugía mayor.

No se consideran Establecimientos Asistenciales los geriátricos, centros de descanso o de convalecencia para personas de edad, ni los establecimientos que funcionen como centros de tratamiento para drogas y/o alcohol.
La elección de los prestadores (médicos, auxiliares, técnicos, etc.) y/o del Establecimiento Asistencial queda librada a la voluntad del Asegurado. Por lo tanto, la Aseguradora se libera de la responsabilidad que pudiera corresponderle a los prestadores libremente elegidos por el Asegurado.

Cláusula 4 - SUMA ASEGURADA- LÍMITE DE RESPONSABILIDAD
La suma asegurada indicada para cada cobertura en las Condiciones Particulares- y/o Certificado de Incorporación en caso de corresponder- constituye el límite máximo de la responsabilidad de la Aseguradora.

Cláusula 5 - RIESGOS NO CUBIERTOS
Quedan expresamente excluidos de la cobertura que otorga esta póliza, los eventos sufridos por el Asegurado que sean consecuencia inmediata o mediata de:
a) Intervenciones médicas o quirúrgicas ilícitas; tratamientos no autorizados legalmente o de carácter experimental o realizados en instituciones o por personal legalmente no habilitado teniendo conocimiento de tal circunstancia
b) Cirugías estéticas o plásticas no reparadoras
c) Métodos para adelgazar quirúrgicos
d) Intervenciones quirúrgicas de cambio de sexo
e) Trastornos relacionados con la esterilización masculina o femenina, cambio de sexo o disfunciones sexuales
f) Esterilización y procedimientos anticonceptivos, así como las consecuencias que se deriven de ellos
g) Enfermedades infectocontagiosas de denuncia obligatoria o declaradas epidémicas por la autoridad sanitaria competente, de acuerdo con la ley N°15.465 y sus modificatorias.
h) Curas de reposo, adelgazamiento, rejuvenecimiento o ayuno prolongado
i) Tratamientos odontológicos
j) Lesiones auto-infligidas, aun cuando sean cometidas en estado de enajenación mental
k) Tentativa de suicidio voluntario, salvo que la póliza - o el Certificado de Incorporación, de corresponder- haya estado en vigor ininterrumpidamente por 1 (un) año antes del hecho
l) Hechos provocados con dolo o culpa grave, por acción u omisión de quien esté a cargo del pago de primas (Tomador o Asegurado, según corresponda) o, en caso de accidente, si fueran provocados por el Asegurado culposa o dolosamente
m) Duelo o riña, salvo que se tratase de legítima defensa; empresa o acto criminal
n) Inhalaciones de gases o envenenamientos de cualquier naturaleza
o) Acontecimientos catastróficos originados por reacciones o accidentes nucleares, químicos, biológicos o bacteriológicos y/o fenómenos naturales, epidemias o pestes. Acción de rayos "x" y de cualquier elemento radioactivo u originadas en reacciones nucleares
p) Acontecimientos catastróficos de la naturaleza: terremotos, inundaciones, aluviones, alud, maremotos, tsunamis, erupciones volcánicas, huracanes, ciclón, tornado, tifón, meteorito.
q) Actos de guerra civil o internacional, guerrilla, rebelión, insurrección, revolución, conmoción civil, , terrorismo, tumulto popular, (excepto cuando el mismo sea como consecuencia de huelga en el marco de los derecho establecidos por la OIT), vandalismo o lock-out, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo

Salvo pacto en contrario en las Condiciones Particulares y/o el Certificado de Incorporación -de corresponder-, también se excluyen las consecuencias mediatas o inmediatas de:
a) Hechos 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;
b) Hechos derivados de la navegación aérea, marítima o fluvial, excepto cuando se trate de líneas de transporte regular o charters entre aeropuertos o puertos autorizados;
c) Hechos ocurridos durante la práctica y/o entrenamiento de deportes y/o actividades de alto riesgo: Aladeltismo; Alpinismo; Andinismo; Apnea (o buceo libre); Artes marciales; Automovilismo (en todas sus variantes incluido todoterreno) y/o Motociclismo en cualquier tipo de pista; Slalom; Badminton; Barranquismo (o canyoning);Base jumping (o salto base); Bobsleigh; Bodyboard; Boxeo; Buceo; Bungee; Caza; Ciclismo en todas sus variantes; Descenso de ríos o hydrospeed; Escalamiento (en hielo, roca, nieve); Esquí (de nieve, acuático, en helicóptero) y esquí extremo; Exploración submarina (comercial, científica o militar); Patinaje en cualquiera de sus variantes; Full contact; Funambulismo; Hípica; Carreras de caballo; Doma; Salto de obstáculos; Polo o Pato; Rodeo; Charrería; Hockey (césped, hielo, ruedas);; Inmersión; Kayak; Kitebuggy sailing; Kitesurfing; Lacrosse; Longboard; Lucha; Luge; Montañismo; Motoacuática; Motonáutica; Natación en aguas abiertas; Navegación (sobre agua o hielo); Paracaidismo; Paramotor; Parapente; Parasailing; Pesca; Piragüismo; Planeadores; Puenting; Rafting (sobre agua o nieve); Rap sliding; Rock boarding; Rowing; Rugby; Safaris; Salto en cohete; Sand boarding; Skateboard; Skeleton; Bicicleta de nieve; Ski-jöring; Skimming; Slackline (cuerda floja); Snowboard; Street Stunts; Submarinismo; Supercross; Surf (acuático, aéreo, en asfalto); Sky aéreo; Tirolesa (o canopy); Tobogganing; Trampoline; Ultraligeros; Vuelos en globos aerostáticos.
d) Cirugías neonatológicas cuyo diagnóstico ya sea conocido al ingreso de la madre al seguro aun estando embarazada.
e) Abuso en el consumo de alcohol. Abuso en el consumo de drogas, estupefacientes, narcóticos o estimulantes, excepto que se demuestre que los mismos fueron utilizados bajo prescripción médica sin incurrir en abuso.
f) Tratamientos de la infertilidad, impotencia y frigidez, tratamientos de fertilización asistida.
g) Aborto, en cualquiera de sus formas con la única excepción del terapéutico

Cláusula 6 - VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y DE LAS COBERTURAS CONTRATADAS
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 fuera posterior.

Condiciones Generales y Cláusulas Adicionales

Para vuestra mayor información, todas las Condiciones Generales y las Cláusulas Adicionales de Póliza también se encuentran a su disposición en nuestra página Web www.gruposancorseguros.com. En caso de necesitar una impresión o archivo PDF de las mismas, podrá solicitarlo a su Productor Asesor, al TE 0800 444 2850 o la oficina más cercana de nuestra aseguradora.

La cobertura de cada Asegurado comenzará a regir en las fechas que se indican a continuación, salvo pacto en contrario:
a) Cuando la solicitud de incorporación a la póliza se hubiera efectuado con anterioridad a su fecha de inicio de vigencia: la cobertura de cada Asegurado comenzará a regir desde el inicio de vigencia de la póliza, siempre que la Aseguradora hubiera aceptado la solicitud correspondiente en forma expresa y con anterioridad a dicha fecha.
b) Cuando la solicitud de incorporación a la póliza se efectúe con posterioridad a su inicio de vigencia: la cobertura de cada Asegurado comenzará a regir desde el día 1° del mes siguiente a la fecha en que la Aseguradora acepte como satisfactorias las pruebas de asegurabilidad exigidas.

La Aseguradora deberá hacer saber al Tomador y/o Asegurados que soliciten el seguro, la aceptación postergación o rechazo del mismo dentro del plazo de 15 días de recibida la solicitud correspondiente y de cumplimentados los requisitos de asegurabilidad determinados. La no contestación dentro del plazo referido implicará la aceptación de la cobertura solicitada.

La póliza es de vigencia anual, renovable automáticamente, de no mediar indicación contraria, la que deberá tenerse por comunicada 30 días antes de la fecha de renovación automática.

DERECHOS Y OBLIGACIONES DE LAS PARTES
DEL TOMADOR Y/O ASEGURADO
Cláusula 7 - RETICENCIA
Las declaraciones falsas o reticencias de circunstancias conocidas por el Tomador y/o Asegurado, según corresponda, producen la nulidad del contrato y/o de las coberturas contratadas aun cuando hubieran sido hechas de buena fe, cuando a juicio de peritos hubiesen impedido el contrato o la aceptación de las coberturas individuales solicitadas o modificado sus condiciones si la Aseguradora hubiese sido cerciorada del verdadero estado del riesgo.

La Aseguradora no podrá invocar como reticencia, la omisión de hechos o circunstancias cuya pregunta no conste expresa y claramente en la solicitud y en la declaración personal para el presente seguro.

Cláusula 8 - OBLIGACIONES DEL TOMADOR Y/O ASEGURADO
Son obligaciones del Tomador y/o Asegurado:
a) Ingresar en tiempo y forma el importe del premio total, según lo establecido en estas Condiciones Generales Comunes
b) Comunicar a la Aseguradora -en los formularios que ésta le suministre- los siniestros que afecten a cualquiera de las coberturas contratadas

Cláusula 9 - INFORMACIONES A SUMINISTRAR A LA ASEGURADORA
El Tomador y los Asegurados se comprometen a suministrar toda la información necesaria para el fiel cumplimiento de esta póliza, tales como fechas de nacimiento, pruebas y certificados de matrimonio, nacimiento, fechas de ingreso al grupo asegurado de corresponder o cualquier otra circunstancia que se relacione con el seguro, en cuanto sea razonable.

El Asegurado perderá el derecho a ser indemnizado si él o el Tomador dejan de cumplir maliciosamente con el suministro de información necesaria o emplean comprobantes falsos.

Asimismo el Asegurado se compromete a informar las modificaciones que se produzcan en las situaciones que constan en las Condiciones Particulares de esta póliza y demás circunstancias que impliquen una variación o agravación del riesgo. Estas modificaciones deberán ser denunciadas antes de que se produzcan cuando se trate de un hecho propio del Asegurado e inmediatamente después de conocerlas cuando deriven de un hecho ajeno.

Se consideran agravaciones del riesgo únicamente las que provengan de las siguientes circunstancias:
a) Modificación de su profesión o actividad y de las condiciones de trabajo declaradas.
b) Fijación de residencia fuera del país.

Toda agravación del riesgo asumido que, si hubiese existido al tiempo de la celebración, a juicio de peritos hubiere impedido el contrato o modificado sus condiciones, es causa especial de rescisión del mismo.

Cláusula 10 - CESIÓN DE DERECHOS
Los derechos emergentes de esta póliza podrán ser transferidos parcial o totalmente a favor de Establecimientos Asistenciales y/o profesionales médicos, debiendo dicha transferencia ser previamente aprobada de modo expreso y fehaciente por la Aseguradora.

Cláusula 11 - CÁLCULO DE LA PRIMA Y DEL PREMIO
La prima a pagar por el Tomador es el importe resultante de sumar las primas individuales correspondientes a las coberturas contratadas.

Las condiciones tarifarias para el cálculo de las primas individuales podrán ser ajustadas por la Aseguradora sólo en cada aniversario de la póliza -al vencimiento de cada uno de los períodos anuales de vigencia- para lo cual ésta deberá comunicar al Tomador las nuevas condiciones tarifarias por escrito, con una anticipación no menor de 30 (treinta) días a la fecha en que comiencen a regir.

En todos los casos, el premio surgirá de adicionar al importe de prima obtenido los impuestos, tasas, gravámenes y todo recargo adicional que pudiera corresponder.

Cláusula 12 - PAGO DE LOS PREMIOS
El pago de los premios se regirá según lo establecido en la Cláusula de Cobranza del Premio que forma parte integrante de la póliza.

Cláusula 13 - DESIGNACIÓN Y CAMBIO DE BENEFICIARIOS
La designación de Beneficiarios se hará por escrito y es válida aunque se notifique a la Aseguradora luego de ocurrido el siniestro. Designadas varias personas sin indicación de proporciones, se entiende que el beneficio es por partes iguales.

El Asegurado podrá cambiar en cualquier momento los Beneficiarios designados, salvo que la designación sea a título oneroso. El cambio de Beneficiario surtirá efecto frente a la Aseguradora, si el Asegurado dirige a sus oficinas la comunicación escrita respectiva.

Cuando el Asegurado no designe beneficiario o por cualquier causa la designación resulte ineficaz o quede sin efecto, se entiende que designó a sus herederos legales.

La Aseguradora quedará liberada en caso de pagar la indemnización a los Beneficiarios debidamente designados con anterioridad a la recepción de cualquier comunicación modificatoria de dicha designación.

DE LA ASEGURADORA
Cláusula 14 - PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN
La Aseguradora deberá pagar al Asegurado el importe correspondiente, según lo estipulado en las Condiciones Específicas de las coberturas contratadas. El pago se realizará dentro de los 15 días de notificado el siniestro o de acompañada la documentación y constancias a la que se refiere la Cláusula 15 (Configuración del Siniestro) de estas Condiciones Generales Comunes, lo que sea posterior.

SINIESTROS
Cláusula 15 - CONFIGURACION DEL SINIESTRO
Se entiende por Siniestro todo acontecimiento de un riesgo cubierto por el seguro, ocurrido durante la vigencia de la cobertura, que obliga a la Aseguradora a resarcir la pérdida efectivamente sufrida (reembolso) o cumplir con la prestación convenida (indemnización), según corresponda.

El Tomador y/o Asegurado deberán comunicar a la Aseguradora el acaecimiento del siniestro dentro del plazo estipulado en las coberturas contratadas, bajo pena de perder el derecho a ser indemnizado, salvo que acredite caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.

Condiciones Generales y Cláusulas Adicionales

Para vuestra mayor información, todas las Condiciones Generales y las Cláusulas Adicionales de Póliza también se encuentran a su disposición en nuestra página Web www.gruposancorseguros.com. En caso de necesitar una impresión o archivo PDF de las mismas, podrá solicitarlo a su Productor Asesor, al TE 0800 444 2850 o la oficina más cercana de nuestra aseguradora.

El Tomador y/o Asegurado están obligados a suministrar a la Aseguradora -a su pedido- las pruebas fehacientes de los siniestros sufridos mediante evidencias clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio, efectuadas y certificadas por un profesional médico autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión.

En todos los casos, el Tomador y/o Asegurado deberán presentar el formulario de denuncia suministrado por la Aseguradora además de la documentación detallada en las Condiciones Específicas de las coberturas correspondientes.

Cláusula 16 - VALUACION POR PERITOS
Si no hubiere acuerdo entre las partes, las consecuencias indemnizables de los siniestros cubiertos por las coberturas contratadas serán determinadas por dos médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir -dentro de los 8 (ocho) 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 (treinta) días y, en caso de divergencia, el tercero deberá expedirse dentro del plazo de 15 (quince) días.

Si una de las partes omitiese designar médico dentro del octavo día de requerido por la otra, o si el tercer facultativo no fuere electo en el plazo establecido en el párrafo anterior, la parte más diligente podrá requerir su nombramiento a la autoridad competente en materia de salud pública de la Nación.

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

Cláusula 17 - FRAUDE
La Aseguradora quedará liberada si se comprobaran simulaciones o fraudes referentes al Tomador y/o Asegurado o en las informaciones y pruebas presentadas para comprobar el siniestro. Se perderán los derechos a la indemnización si se exageraran fraudulentamente las lesiones o se emplearan pruebas falsas para acreditarlas.

Cláusula 18 - LIQUIDACIÓN DEL SINIESTRO
La Aseguradora deberá hacer saber al Tomador o al Asegurado -según corresponda- la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio dentro de los 15 (quince) días de recibida la denuncia y/o las constancias a que se refiere la Cláusula 15 (Configuración del Siniestro) de estas Condiciones Generales Comunes, lo que sea posterior. Si las comprobaciones de la cláusula mencionada no resultaran concluyentes, la Aseguradora podrá ampliar el plazo de prueba por el lapso detallado en las Condiciones Específicas correspondientes, a fin de comunicar la aceptación o el rechazo del siniestro.

La falta de contestación por parte de la Aseguradora dentro del plazo establecido significará automáticamente el reconocimiento del beneficio reclamado.

En caso de aceptación, la Aseguradora procederá al pago.

En caso de fallecimiento del Asegurado, los beneficios que se encuentren pendientes de pago serán pagados por la Aseguradora a los beneficiarios designados.

EXTINCIÓN DE LA PÓLIZA
Cláusula 19 - RESCISIÓN UNILATERAL
Sin perjuicio de las demás causales de rescisión y caducidad ya previstas, esta póliza podrá ser rescindida por el Tomador en cualquier momento después del primer período del seguro, previo aviso por escrito con una anticipación no menor a treinta (30) días.

Por su parte, la Aseguradora podrá optar por no renovar la póliza al vencimiento de cada aniversario, mediante aviso por escrito con una anticipación no menor a treinta (30) días.

Cláusula 20 - TERMINACIÓN DE LA COBERTURA
Salvo pacto en contrario en las Condiciones Particulares o el Certificado de Incorporación, la cobertura de cada Asegurado se extinguirá en los siguientes casos:

a) Por renuncia del Asegurado a continuar en el seguro
b) Por rescisión o caducidad de la póliza
c) Por la comprobación de simulaciones o fraudes referentes al Asegurado o relacionados con sus reclamos
d) Por falta de pago del premio sujeto a lo dispuesto en la Cláusula 12 (Pago de los Premios)
e) Por muerte del Asegurado
f) Por alcanzar el Asegurado la edad máxima de permanencia en el seguro

La renuncia a que se refiere el inciso a) precedente deberá ser comunicada a la Aseguradora por el Tomador y/o Asegurado. Asimismo, la póliza y/o el Certificado de Incorporación quedarán rescindidos el primer día del mes siguiente al de la fecha en que la Aseguradora haya recibido dicha comunicación.

En caso de existir prima de riesgo no corrido a la fecha de terminación de la cobertura, la Aseguradora procederá a la devolución de la misma.

CONTROVERSIAS
Cláusula 21 - JURISDICCIÓN
Toda controversia judicial que se plantee en relación con la presente póliza, se sustanciará ante los jueces competentes de la ciudad cabecera de la jurisdicción judicial del domicilio del Tomador o Asegurado -según corresponda-, siempre que sea dentro de los límites del país.

Sin perjuicio de ello, el Tomador o el Asegurado o sus derecho-habientes, según corresponda, podrán presentar sus demandas contra la Aseguradora ante los tribunales del domicilio de la sede central o sucursal donde se emitió la póliza. Del mismo modo, se tramitarán ante ellos las acciones judiciales relativas al cobro de primas.

OTRAS DISPOSICIONES
Cláusula 22 - FACULTADES DEL PRODUCTOR O AGENTE
El productor o agente sólo está facultado para:
a) Recibir propuestas y modificaciones de póliza.
b) Entregar los instrumentos emitidos por la Aseguradora y
Para representar a la Aseguradora en cualquier otra cuestión debe hallarse facultado para actuar en su nombre.

Cláusula 23 - CÓMPUTO DE PLAZOS
Todos los plazos de días mencionados en la póliza se consideran corridos, salvo disposición expresa en contrario.

CONDICIONES GENERALES COMUNES
ANEXO 1: RIESGOS NO CUBIERTOS
Quedan expresamente excluidos de la cobertura que otorga esta póliza, los eventos sufridos por el Asegurado que sean consecuencia inmediata o mediata de:
a) Intervenciones médicas o quirúrgicas ilícitas; tratamientos no autorizados legalmente o de carácter experimental o realizados en instituciones o por personal legalmente no habilitado teniendo conocimiento de tal circunstancia
b) Cirugías estéticas o plásticas no reparadoras
c) Métodos para adelgazar quirúrgicos
d) Intervenciones quirúrgicas de cambio de sexo
e) Trastornos relacionados con la esterilización masculina o femenina, cambio de sexo o disfunciones sexuales
f) Esterilización y procedimientos anticonceptivos, así como las consecuencias que se deriven de ellos
g) Enfermedades infectocontagiosas de denuncia obligatoria o declaradas epidémicas por la autoridad sanitaria competente, de acuerdo con la ley N°15.465
h) Curas de reposo, adelgazamiento, rejuvenecimiento o ayuno prolongado
i) Tratamientos odontológicos

Condiciones Generales y Cláusulas Adicionales

Para vuestra mayor información, todas las Condiciones Generales y las Cláusulas Adicionales de Póliza también se encuentran a su disposición en nuestra página Web www.gruposancorseguros.com. En caso de necesitar una impresión o archivo PDF de las mismas, podrá solicitarlo a su Productor Asesor, al TE 0800 444 2850 o la oficina más cercana de nuestra aseguradora.

j) Lesiones auto-infligidas, aun cuando sean cometidas en estado de enajenación mental
k) Tentativa de suicidio voluntario, salvo que la póliza - o el Certificado de Incorporación, de corresponder- haya estado en vigor ininterrumpidamente por 1 (un) año antes del hecho
l) Hechos provocados con dolo o culpa grave, por acción u omisión de quien esté a cargo del pago de primas (Tomador o Asegurado, según corresponda) o, en caso de accidente, si fueran provocados por el Asegurado culposa o dolosamente.
m) Duelo o riña, salvo que se tratase de legítima defensa; empresa o acto criminal
n) Inhalaciones de gases o envenenamientos de cualquier naturaleza
o) Acontecimientos catastróficos originados por reacciones o accidentes nucleares, químicos, biológicos o bacteriológicos y/o fenómenos naturales, epidemias o pestes. Acción de rayos "x" y de cualquier elemento radioactivo u originadas en reacciones nucleares
p) Acontecimientos catastróficos de la naturaleza: terremotos, inundaciones, aluviones, alud, maremotos, tsunamis, erupciones volcánicas, huracanes, ciclón, tornado, tifón, meteorito.
q) Actos de guerra civil o internacional, guerrilla, rebelión, insurrección, revolución, conmoción civil, , terrorismo, tumulto popular, (excepto cuando el mismo sea como consecuencia de huelga en el marco de los derecho establecidos por la OIT), vandalismo o lock-out, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo.

Salvo pacto en contrario en las Condiciones Particulares y/o el Certificado de Incorporación -de corresponder-, también se excluyen las consecuencias mediatas o inmediatas de:
a) Hechos 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;
b) Hechos derivados de la navegación aérea, marítima o fluvial, excepto cuando se trate de líneas de transporte regular o charters entre aeropuertos o puertos autorizados;
c) Hechos ocurridos durante la práctica y/o entrenamiento de deportes y/o actividades de alto riesgo: Aladeltismo; Alpinismo; Andinismo; Apnea (o buceo libre); Artes marciales; Automovilismo (en todas sus variantes incluido todoterreno) y/o Motociclismo en cualquier tipo de pista; Slalom; Badminton; Barranquismo (o canyoning);Base jumping (o salto base); Bobsleigh; Bodyboard; Boxeo; Buceo; Bungee; Caza; Ciclismo en todas sus variantes; Descenso de ríos o hydrospeed; Escalamiento (en hielo, roca, nieve); Esquí (de nieve, acuático, en helicóptero) y esquí extremo; Exploración submarina (comercial, científica o militar); Patinaje en cualquiera de sus variantes; Full contact; Funambulismo; Hípica; Carreras de caballo; Doma; Salto de obstáculos; Polo o Pato; Rodeo; Charrería; Hockey (césped, hielo, ruedas);; Inmersión; Kayak; Kitebuggy sailing; Kitesurfing; Lacrosse; Longboard; Lucha; Luge; Montañismo; Motoacuática; Motonáutica; Natación en aguas abiertas; Navegación (sobre agua o hielo); Paracaidismo; Paramotor; Parapente; Parasailing; Pesca; Piragüismo; Planeadores; Puenting; Rafting (sobre agua o nieve); Rap sliding; Rock boarding; Rowing; Rugby; Safaris; Salto en cohete; Sand boarding; Skateboard; Skeleton; Bicicleta de nieve; Ski-jöring; Skimming; Slackline (cuerda floja); Snowboard; Street Stunts; Submarinismo; Supercross; Surf (acuático, aéreo, en asfalto); Sky aéreo; Tirolesa (o canopy); Tobogganing; Trampoline; Ultraligeros; Vuelos en globos aerostáticos.
d)Cirugías neonatológicas cuyo diagnóstico ya sea conocido al ingreso de la madre al seguro aun estando embarazada.
e) Abuso en el consumo de alcohol. Abuso en el consumo de drogas, estupefacientes, narcóticos o estimulantes, excepto que se demuestre que los mismos fueron utilizados bajo prescripción médica sin incurrir en abuso.
f)Tratamientos de la infertilidad, impotencia y frigidez, tratamientos de fertilización asistida.
g) Aborto, en cualquiera de sus formas con la única excepción del terapéutico

ANEXO INTERPRETACIÓN DE LAS EXCLUSIONES
A todos los fines y efectos de las exclusiones de cobertura que se establecen en la Cláusula Nro 5 Riesgos No Cubiertos, queda especialmente entendido y convenido que las palabras o términos utilizados allí tendrán, única y exclusivamente, los siguientes significados o alcances:
Guerra: Es I) la guerra declarada oficialmente o no, entre dos o más países, con la intervención de fuerzas regulares o irregulares organizadas militarmente, participen o no civiles en ellas, o II) la invasión a un país por las fuerzas regulares o irregulares organizadas militarmente de otro país, y aunque en ellas participen civiles de este último o III) las operaciones bélicas o de naturaleza similar llevadas a cabo por uno o más país(es) en contra de otro(s) país(es).

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.

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

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

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.

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.

Lock-out: Se entienden por tales los hechos dañosos originados por: a) el cierre de establecimientos de trabajo dispuesto por uno o más empleadores o por entidad gremial que los agrupa (reconocida o no 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 extra gremial que motivó el lock-out, así como tampoco su calificación de legal o ilegal.

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

Vandalismo: Se entienden por tales los hechos dañosos originados por el accionar destructivo de turbas que actúan irracional y desordenadamente.

ANEXO CLÁUSULA DE PRÓRROGA AUTOMÁTICA
El presente contrato se prorrogará a través de endosos, en forma automática por períodos iguales al estipulado en el Frente de la Póliza hasta máximo UN (1) año de la fecha de emisión o renovación, mientras el Asegurado abone los premios en la forma establecida en la Cláusula de Cobranza del Premio que forma parte integrante de esta póliza.

Las Condiciones Generales, Cláusulas Adicionales, Anexos que conforman el contrato se mantendrán inalteradas hasta tanto el Asegurado o la Aseguradora no comuniquen por escrito a la otra parte su intención de efectuar modificaciones.

En tal caso, ambas partes tendrán derecho a la rescisión del contrato, de no estar conformes con las modificaciones propuestas.

En caso de producirse modificaciones contractuales originadas en Resoluciones de la SSN o cambios en la legislación vigente, las mismas se aplicarán

Condiciones Generales y Cláusulas Adicionales

Para vuestra mayor información, todas las Condiciones Generales y las Cláusulas Adicionales de Póliza también se encuentran a su disposición en nuestra página Web www.gruposancorseguros.com. En caso de necesitar una impresión o archivo PDF de las mismas, podrá solicitarlo a su Productor Asesor, al TE 0800 444 2850 o la oficina más cercana de nuestra aseguradora.

automáticamente al contrato, quedando en tal caso las partes en libertad de rescindirlo.

El premio que figura en el Frente de la Póliza corresponde a la cobertura del primer período de vigencia. La tarifa y demás componentes del premio correspondiente a cada prórroga, serán los que rijan al inicio de cada período.

A la finalización de la última prórroga, se procederá a la renovación automática de la póliza, manteniéndose la misma modalidad de la póliza renovada.

Cond.Part.Es (Condiciones Part. Espec.)

CONDICIONES GENERALES - SEGUROS COLECTIVOS
Cláusula 1 - PERSONAS ASEGURABLES
Se considera Grupo Asegurable a todo grupo dinámico y preexistente de personas unidas entre sí por un vínculo o interés común previo a la contratación del seguro y diferente de éste. Los integrantes del mencionado grupo que soliciten su incorporación al seguro pasarán a ser Asegurados Titulares una vez cumplidos satisfactoriamente los requisitos de asegurabilidad exigidos por la Aseguradora.

El Grupo Asegurable regido por el Tomador para la presente póliza es el que se identifica en las Condiciones Particulares.
En el caso de un grupo constituido por empleados en servicio activo del Tomador, se consideran asegurables a la fecha de emisión de la póliza los que tengan una antigüedad ininterrumpida superior al "Tiempo mínimo de servicio activo y continuo" indicado en las Condiciones Particulares. Se entiende por "servicio activo" el desempeño normal de tareas al servicio del Tomador en el lugar habitual de trabajo por las personas que figuren en la lista del personal activo, cumplan el horario completo y perciban habitualmente sus haberes. Por su parte, el término "empleados" comprende a los dependientes permanentes del Tomador así como los obreros, los dueños únicos o socios y los directivos que dediquen a la empresa un mínimo de 30 (treinta) horas semanales.

A los fines de esta póliza, se entiende por:
Tomador: es la persona humana o jurídica que celebra esta póliza y a quien corresponden las obligaciones que se derivan de la misma, con excepción de las que correspondan expresamente al asegurado
Asegurado: es la persona humana titular del interés objeto del seguro a quien corresponden - en su caso- los derechos derivados de esta póliza y que, en defecto del Tomador, asume las obligaciones que de ella derivan.
Las personas que en el futuro ingresen al Grupo Asegurado serán asegurables a partir de la fecha en que cumplan el "Tiempo mínimo de vinculación continua" establecido en Condiciones Particulares. Quienes re-establezcan el vínculo podrán eximirse de este requisito siempre que brinden pruebas de asegurabilidad satisfactorias para la Aseguradora y paguen los gastos que puedan originarse para obtenerlas.

Cláusula 2 - ASEGURADOS FAMILIARES
Los Asegurados Titulares aludidos en la Cláusula 1 (Personas Asegurables) de estas Condiciones Generales podrán incorporar al seguro a integrantes de su grupo familiar, quienes pasarán a ser Asegurados Familiares una vez cumplidas satisfactoriamente las pruebas de asegurabilidad exigidas por la Aseguradora.
Podrán ser incorporados al grupo familiar cubierto quienes revistan -respecto del Asegurado Titular- el carácter que se menciona a continuación:
a) Cónyuge: Se entiende por cónyuge a quien sea definido como tal por vínculo legal y conviva con el Asegurado Titular. Se considera en igual situación del cónyuge, a los efectos previstos en esta póliza, a la persona que acredite integrar una unión convivencial con el Asegurado Titular en los términos del artículo 509 del Código Civil y Comercial de la Nación. La cobertura del cónyuge se extenderá hasta la Edad Máxima de Permanencia que se indica para este caso en las Condiciones Particulares y/o el Certificado de Incorporación, en caso de corresponder.
b) Hijos: Se entiende por hijos tanto a los hijos matrimoniales como a los extramatrimoniales reconocidos, los adoptivos (con sentencia de adopción firme) y los hijos del cónyuge o integrante de la unión convivencial en guarda o tenencia concedida por autoridad competente o por resolución judicial. La cobertura de los hijos se extenderá hasta la Edad Máxima de Permanencia que se indica para este caso en las Condiciones Particulares y/o el Certificado de Incorporación -en caso de corresponder-, la que podrá extenderse hasta los 24 años de edad en caso de ser estudiantes, salvo que antes se emancipen, contraigan matrimonio o cesen en sus estudios.
Se deja expresamente aclarado que la condición de estudiante deberá ser acreditada fehacientemente mediante certificado de regularidad emitido por un establecimiento educativo debidamente autorizado.

Quedan expresamente excluidos los integrantes del grupo familiar que:
a) Estuvieran comprendidos en el Seguro Colectivo como integrantes del grupo regido por el Tomador

Las personas que se incorporen al grupo familiar por matrimonio o nacimiento serán retroactivamente incorporadas al seguro desde las fechas indicadas a continuación, siempre que la Aseguradora hubiera sido informada de los hechos correspondientes en forma fehaciente dentro de los 5 (cinco) días de producidos éstos:
a) En caso de matrimonio: desde la fecha de celebración del matrimonio civil o desde la fecha de emisión del documento que certifique la convivencia , sujeto al cumplimiento satisfactorio de los requisitos de asegurabilidad fijados por la Aseguradora para las coberturas contratadas
b) En caso de nacimiento: desde la fecha en que el recién nacido cumpla 3 (tres) días o desde la fecha en que egresa del establecimiento asistencial en que se produjo el parto o de otros a los que hubiera sido derivado, la que sea posterior, siempre que la solicitud se efectúe dentro de los 30 (treinta) días de producido el nacimiento.

En los casos en que la solicitud de incorporación se efectúe con posterioridad al plazo referido, la Aseguradora analizará en forma particular cada solicitud y la incorporación al seguro se producirá una vez cumplimentados los requisitos de asegurabilidad o los períodos de carencia, según corresponda, para cada cobertura.
Se deja establecido que, bajo ninguna circunstancia, los Asegurados Familiares podrán contar con más coberturas o con una cobertura más amplia que la correspondiente al Asegurado Titular.

Cláusula 3 - CANTIDAD MÍNIMA DE ASEGURADOS
Es requisito para que este seguro pueda mantenerse en vigencia en las condiciones pactadas en materia de Sumas Aseguradas y de Primas, que la cantidad de Asegurados alcance por lo menos al mínimo indicado en las Condiciones Particulares de esta póliza.
Si en un determinado momento no se reuniera el mínimo antes mencionado, la Aseguradora se reserva el derecho de modificar las tasas de prima pactadas. En tal caso, la Aseguradora notificará su decisión por escrito al Tomador con una anticipación mínima de 30 (treinta) días.
El Tomador dispondrá de un plazo de 15 (quince) días desde la recepción de tal notificación para comunicar su eventual disconformidad a la Aseguradora. En tal caso, la póliza se considerará rescindida por falta de acuerdo entre las partes y la Aseguradora reembolsará la fracción de prima no consumida al momento de la rescisión.
En caso de silencio, la modificación se considerará aprobada.

Cláusula 4 - RELACIONES OPERATIVAS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA
Complementariamente a lo estipulado en la Cláusula 9 (Informaciones a Suministrar a la Aseguradora) de las Condiciones Generales Comunes, se deja expresamente establecido que las relaciones entre la Aseguradora y los Asegurados se desenvolverán siempre por intermedio del Tomador. Lo dispuesto no excluye el derecho propio que -contra la Aseguradora- tienen los Asegurados desde que ocurre alguno de los eventos previstos por esta póliza.

Cláusula 5 - OBLIGACIONES DEL TOMADOR

En adición a lo estipulado en las Condiciones Generales Comunes son obligaciones del Tomador:
a) Recibir y remitir a la Aseguradora los formularios de solicitud individual en tiempo y forma
b) Entregar a los Asegurados sus Certificados de Incorporación y notificarles las modificaciones que afecten el alcance de la cobertura brindada
c) Comunicar periódicamente a la Aseguradora las altas y bajas del grupo asegurado
d) Distribuir la participación en utilidades, en caso de corresponder

Cláusula 6 - OPCIÓN DE CONTINUIDAD DE LOS ASEGURADOS FAMILIARES

Condiciones Generales y Cláusulas Adicionales

Para vuestra mayor información, todas las Condiciones Generales y las Cláusulas Adicionales de Póliza también se encuentran a su disposición en nuestra página Web www.gruposancorseguros.com. En caso de necesitar una impresión o archivo PDF de las mismas, podrá solicitarlo a su Productor Asesor, al TE 0800 444 2850 o la oficina más cercana de nuestra aseguradora.

Salvo pacto en contrario en las Condiciones Particulares y/o el Certificado de Incorporación, los Asegurados Familiares podrán continuar con el seguro una vez perdida su condición de tales, siempre que manifiesten dicha decisión dentro de los 30 días y sujeto a las siguientes estipulaciones:
a) Los hijos que pierdan su condición de Asegurados Familiares por haber alcanzado la Edad Máxima de Permanencia estipulada o por haber adquirido independencia económica o por haber contraído matrimonio o haber cesado en sus estudios, tendrán derecho a suscribir en carácter de Asegurados Titulares una nueva póliza de iguales coberturas y condiciones.
b) El cónyuge supérstite tendrá derecho a suscribir en carácter de Asegurado Titular una nueva póliza -de iguales coberturas y condiciones- en la que podrá mantener a los mismos Asegurados Familiares de la póliza original.
En ambos casos, la opción de continuidad tendrá validez sólo si la prima correspondiente es abonada dentro de los 30 (treinta) días posteriores al inicio de vigencia de la nueva póliza.
En ambos casos, la opción de continuidad se instrumentará a través de una póliza de seguro individual con las mismas coberturas y condiciones que la póliza colectiva a la cual los hijos y cónyuges dejaran de pertenecer.

Cláusula 7 - TERMINACIÓN DE LA COBERTURA
En adición a lo estipulado en las Condiciones Generales Comunes respecto del Asegurado Titular, las coberturas contratadas se extinguirán por dejar éste de pertenecer al grupo regido por el Tomador.
La decisión de dejar de pertenecer al grupo regido por el Tomador deberá ser comunicada a la Aseguradora por el Tomador y/o el Asegurado, y el correspondiente Certificado de Incorporación quedará rescindido el primer día del mes siguiente a la fecha en que la Aseguradora reciba tal comunicación.
En adición a lo estipulado en las Condiciones Generales Comunes, la cobertura correspondiente a los Asegurados Familiares se extinguirá, salvo pacto en contrario en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Incorporación:
a) Cónyuge cubierto:
a.1.Cuando sobrevenga cualquier causal en virtud de la cual resulte afectado el vínculo matrimonial (nulidad, divorcio, separación de hecho por decisión unilateral o conjunta, cese de la unión convivencial, entre otras)
a.2.Cuando alcance la Edad Máxima de Permanencia estipulada en las Condiciones Particulares

b) Hijos cubiertos:
b.1.Cuando cada hijo alcance la Edad Máxima de Permanencia estipulada en las Condiciones Particulares, salvo que antes se emancipe, contraiga matrimonio o cese en sus estudios.

En caso de existir prima de riesgo no corrido a la fecha de terminación de la cobertura, la Aseguradora procederá a la devolución de la misma.

Anexo H (Cláusula Anexa Hernias)

Cláusula 1 - RIESGO CUBIERTO
La presente cobertura ampara el reintegro de los gastos en que incurra el Asegurado con motivo de practicársele alguna de las intervenciones quirúrgicas detalladas taxativamente en el ANEXO LISTADO DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS DE HERNIAS que forman parte integrante de las Condiciones Particulares y/o el Certificado de Incorporación, de corresponder, siempre y cuando la misma se efectúe durante la vigencia de la póliza o Certificado de Incorporación según corresponda, y derive de una patología que haya sido diagnosticada durante la vigencia de la póliza o Certificado de Incorporación, según corresponda. Para cualquier solicitud de reembolso de gastos cubiertos, es condición ineludible que el tratamiento médico se practique en Establecimientos Asistenciales y por profesionales habilitados para tal fin.

Cláusula 2 - BENEFICIO
La suma asegurada para esta cobertura, que se indica en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Incorporación en caso de corresponder, representa el monto máximo que la Aseguradora abonará en concepto de reintegro de los gastos cubiertos. Los reintegros no podrán superar el monto efectivamente desembolsado para la intervención cubierta. La liquidación del beneficio se realizará a quien acredite fehacientemente haber efectuado el gasto.

Cláusula 3 - EXCLUSIONES ESPECÍFICAS
En adición a las exclusiones previstas en la Cláusula 5 (Riesgos no Cubiertos) de las Condiciones Generales Comunes, se deja expresamente aclarado que no se encuentran cubiertas todas aquellas intervenciones quirúrgicas no listadas taxativamente en el ANEXO LISTADO DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS DE HERNIAS, que integra las Condiciones Particulares y/o el Certificado de Incorporación, de corresponder.

Cláusula 4 - DENUNCIA DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA
Complementariamente a lo estipulado en la Cláusula 15 (Configuración del Siniestro) de las Condiciones Generales Comunes, para obtener el beneficio previsto en esta cobertura, corresponde al Tomador o al Asegurado (o a su representante), según corresponda: a) Denunciar la o las intervenciones quirúrgicas que se le han efectuado dentro de los 15 (quince) días contados a partir de la realización de las mismas. La omisión o la demora en tal comunicación dará lugar a la pérdida del derecho del Asegurado a percibir el beneficio previsto en esta cobertura, salvo en los casos de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia. b) Suministrar la documentación detallada a continuación, en concordancia con lo establecido en las Condiciones Generales Comunes: 1. Certificado médico que acredite el diagnóstico y la intervención quirúrgica realizada al Asegurado Se deja expresamente aclarado que la Aseguradora no aceptará como válidas las constancias que: - Fueran emitidas por un familiar directo del Asegurado, independientemente de que tal persona fuera un médico o profesional de la salud. A estos efectos, se entiende por familiar directo del Asegurado a su cónyuge o integrante de la unión convivencial y a sus familiares hasta del tercer grado de consanguinidad o afinidad - Fueran sustentadas por técnicas no tradicionales 2. Copia de historias clínicas, protocolos quirúrgicos, estudios, análisis y exámenes practicados al Asegurado, expedidos por Establecimientos Asistenciales legalmente autorizados. c) Relevar del secreto médico y autorizar expresamente a los médicos asistentes y a los Establecimientos Asistenciales para que los mismos proporcionen toda la información que los médicos de la Aseguradora le soliciten a los efectos de esta cobertura. d) Facilitar cualquier otra documentación razonable que la Aseguradora considere necesaria, incluso hasta dos exámenes médicos por facultativos designados por la Aseguradora y con gastos a cargo de ésta. e) Presentar las facturas (originales, copias certificadas por organismo oficial o electrónicas), correspondientes a todos los gastos en que hubiera incurrido por la intervención quirúrgica cubierta. Las mismas deberán estar emitidas conforme las normas legales y reglamentarias vigentes relativas a facturación. La Aseguradora, por su parte, se compromete a velar por la confidencialidad de las informaciones recabadas. Será requisito indispensable para la obtención de los pagos previstos en esta cobertura, que la misma cuente con la autorización del médico auditor de la Aseguradora.

Cláusula 5 - PLAZOS DE PRUEBA
Si las comprobaciones y las constancias aludidas en la Cláusula 4 (Denuncia de la Intervención Quirúrgica) de estas Condiciones Específicas no resultaran concluyentes en cuanto al carácter de la o las intervenciones quirúrgicas practicadas , la Aseguradora podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor de tres meses, a fin de confirmar el diagnóstico.

Cláusula 6 - CARÁCTER DEL BENEFICIO
El beneficio acordado por esta cobertura es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en esta póliza. La presente cobertura dejará de ser renovada a partir del momento en que el Asegurado hubiera percibido la totalidad del beneficio estipulado en la misma.

Cláusula 7 - TERMINACIÓN DE LA COBERTURA
Adicionalmente a lo estipulado en las Condiciones Generales Comunes, la presente cobertura terminará: a) Cuando se rescinda la presente cobertura por cualquier causa. b) Cuando el Asegurado haya percibido la totalidad del beneficio que concede esta cobertura. c) Cuando el Asegurado alcance la edad máxima de permanencia de esta cobertura, establecida en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Incorporación, de corresponder. En caso de existir prima de riesgo no corrido a la fecha de terminación de la cobertura, la Aseguradora procederá a la devolución de la misma.
ANEXO 1: RIESGOS NO CUBIERTOS
En adición a las exclusiones previstas en la Cláusula 5 (Riesgos no Cubiertos) de las Condiciones Generales Comunes, se deja expresamente aclarado que no se encuentran cubiertas Todas aquellas intervenciones quirúrgicas no listadas taxativamente en el ANEXO LISTADO DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS DE HERNIAS, que integra las Condiciones Particulares y/o el Certificado de Incorporación, de corresponder

ANEXO LISTADO DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS DE HERNIAS
o Hernioplastia inguinal, crural; umbilical, de la línea media (Código: 08.02.03)
o Hernioplastia bilateral (Código: 08.02.05)
o Discectomía cervical, dorsal, lumbar (Código: 12.17.01)

Condiciones Generales y Cláusulas Adicionales

Para vuestra mayor información, todas las Condiciones Generales y las Cláusulas Adicionales de Póliza también se encuentran a su disposición en nuestra página Web www.gruposancorseguros.com. En caso de necesitar una impresión o archivo PDF de las mismas, podrá solicitarlo a su Productor Asesor, al TE 0800 444 2850 o la oficina más cercana de nuestra aseguradora.

Anexo 9 (Cobranza del Premio)

CLÁUSULA DE COBRANZA DEL PREMIO
A - PARA VIGENCIA MENSUAL
ARTICULO 1:
El premio de esta póliza de vigencia mensual deberá pagarse al contado o por débito automático mediante tarjeta de crédito, caja de ahorros o cuenta corriente bancaria en la fecha de iniciación de su vigencia, previa suscripción de la autorización correspondiente a tales efectos incluida en la Solicitud del Seguro. La vigencia cuya fecha de inicio se expresa en la carátula de la presente póliza, sólo comenzará a regir si el pago total del premio se realiza con anterioridad a la misma, de no ocurrir así, la cobertura quedará automáticamente suspendida. La respectiva factura deberá consignar la situación del Asegurado como contribuyente al Impuesto al Valor Agregado y la alícuota correspondiente al citado gravamen. Se entiende por premio la prima más los impuestos, tasas, gravámenes y todo otro recargo adicional de la misma. La vigencia de la póliza se prorrogará automáticamente por once períodos mensuales, siendo renovada al final del último de ellos en forma automática, asignándose un nuevo número de póliza, en iguales condiciones y previa recepción del pago del premio en la forma indicada en los dos primeros párrafos de la presente norma. Cuando se trate de operaciones canalizadas a través de tarjetas de crédito:
a) La fecha de pago será la del vencimiento de la liquidación de la respectiva tarjeta de crédito b) Para el caso de que el Asegurado decida dar por finalizada la cobertura, deberá informar tal decisión a la Aseguradora antes del día 15 del mes anterior al que corresponda efectuar el descuento.
B - PARA RESTO DE VIGENCIAS
El premio de este seguro debe pagarse al contado en la fecha de iniciación de su vigencia. Si el Asegurador lo aceptase, también podrá abonarse en cuotas mensuales y consecutivas expresadas en la moneda del contrato, contemplando la primera de ellas el total del Impuesto al Valor Agregado, consignándose también la situación del contribuyente y la alícuota correspondiente al citado gravamen. Asimismo, en caso de otorgarse financiamiento para el pago del Premio, se aplicará un componente financiero en la/s cuota/s sobre saldos conforme a lo establecido en el Art. 4° de la Resolución Nro. 21.523 de la Superintendencia de Seguros de la Nación. La aceptación de la cobertura y su respectivo inicio de vigencia quedan condicionados a la recepción junto con la respectiva solicitud de Seguros, del pago total del premio o como mínimo un importe equivalente al 25% del mismo. Se entiende por Premio a la Prima más impuestos, tasas gravámenes y todo otro recargo adicional de la misma.
DE APLICACIÓN PARA A: (VIGENCIA MENSUAL) Y B: (RESTO DE VIGENCIAS)
ARTICULO 2:
Vencido cualquiera de los plazos de pago del premio exigible y sin que éste se haya producido, la cobertura quedará automáticamente suspendida desde la hora veinticuatro (24) del día del vencimiento impago, sin necesidad de interpelación extrajudicial o judicial alguna ni constitución en mora, la que se producirá por el solo vencimiento de ese plazo. Sin embargo, para el caso de pago en cuotas, quedará a favor del asegurador como penalidad, el premio correspondiente, a un máximo de dos cuotas, siempre y cuando la rescisión del contrato no se hubiere producido con anterioridad.
Toda rehabilitación surtirá efecto desde la hora cero (0) del día siguiente a aquel en que el Asegurador reciba el pago del Importe vencido.
Sin perjuicio de ello el Asegurador podrá rescindir el contrato por falta de pago.
La gestión del cobro extrajudicial o judicial del premio o saldo adeudado no modificará la suspensión de la cobertura o rescisión del contrato estipulado fehacientemente.
No entrará en vigencia la cobertura de ninguna facturación en tanto no esté totalmente cancelado el premio anterior.
ARTICULO 3:
El plazo de pago no podrá exceder el plazo de vigencia.
ARTICULO 4:
Las disposiciones de la presente cláusula son también aplicables a los adicionales por endosos o suplementos de la póliza.
ARTICULO 5:
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.
Cuando la percepción de premios se materialice a través del SISTEMA ÚNICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (SUSS) se considerará cumplida la obligación establecida en el presente artículo.
ARTICULO 6:
Aprobada la liquidación de un siniestro, el Asegurador podrá descontar de la indemnización cualquier saldo o deuda vencida de este contrato.

Salud

SANCOR SEGUROS

Ref: 570616 Póliza nro. 2094357

Certificado/Constancia de cobertura de póliza

VIGENCIA	
Desde las 0 hs 6/4/2025	Hasta las 0 hs 6/1/2026 (*)

Ref.Certif.: 1

(*) Prórroga Automática de Vigencia Hasta las 0 Hs. 06/04/2026
Según Cláusula de Cobranza del Premio impresa.-

Tomador
ZIEGLER DARIO GABRIEL
ARQUIMEDES 1062
1614 Villa de Mayo (Buenos Aires)
Asociado: 7422115 **DNI: 23456359**
Org.: 150175 Prod.: 212099 Zona/Ofic: 200.2

CLIENTES ADICIONALES

Asegurado Titular
ZIEGLER DARIO GABRIEL DNI: 23456359
ARQUIMEDES 1062
1614 Villa de Mayo (Buenos Aires) - ARGENTINA

Beneficiario
ZIEGLER DARIO GABRIEL DNI: 23456359
ARQUIMEDES 1062
1614 Villa de Mayo (Buenos Aires) - ARGENTINA

DESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO

Salud Segura - Hernias

Tipo Cobertura: Individual

COBERTURAS

Cobertura	
• **Intervenciones Quirúrgicas**	**$ 2.250.000,00**

ANEXOS Y CLÁUSULAS

- **Cond.Grales (Condiciones Generales)**
- **Cond.Part.Es (Condiciones Part. Espec.)**
- **Anexo 5 (Anexo 5)**

Contrario a lo establecido en condiciones de póliza generales y particulares, se deja expresamente aclarado:
- Personas asegurables: Todo asegurado que se encuentre vigente en la póliza de Accidentes Personales y dentro del grupo regido por el contratante.
- Beneficiario: Será el tomador en la medida del interés asegurable. El beneficio otorgado por esta póliza consistirá en el reconocimiento por vía de reintegro exclusivamente presentando factura original/electrónica, de aquellos gastos efectuados en intervenciones quirúrgicas cubiertas hasta el tope de la suma asegurada contratada.
- Edad límite ingreso/ permanencia: Hasta los 80 años inclusive.
- No aplica preexistencia ni Declaración Jurada de Salud.
- Carencia de Producto: 60 días
- Quedarán excluidas de cobertura aquellas intervenciones quirúrgicas que, aun habiéndose efectuado dentro de la vigencia de la póliza, deriven de patologías diagnosticadas durante el plazo de carencia establecido (60 días).
- La presente póliza tendrá idéntica vigencia a la establecida en la póliza de Accidentes Personales que el tomador tenga contratada para el mismo asegurado.

LISTADO DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS DE HERNIAS
o Hernioplastia inguinal, crural; umbilical, de la línea media (Código: 08.02.03)
o Hernioplastia bilateral (Código: 08.02.05)
o Discectomía cervical, dorsal, lumbar (Código: 12.17.01)

- **Anexo H (Cláusula Anexa Hernias)**
- **Anexo 9 (Cobranza del Premio)**

Advertencia al Tomador/Asegurado:
Medios Habilitados de Pago de Premios
Los únicos medios aptos para cancelar la obligación de pago de los premios en los contratos de seguro, son los sistemas habilitados en los artículos 1º de la Resolución N° 429 de fecha 2 de junio de 2000 del MINISTERIO DE ECONOMÍA y 2° de la Resolución 406/2024 de la SSN, a saber:
Resolución 429/2000:

Continúa en la próxima página

EL IMPUESTO DE SELLOS CORRESPONDIENTE A ESTE INSTRUMENTO ES REPUESTO POR DECLARACION JURADA DEL MES EN QUE FUE EMITIDO.
Esta póliza se encuentra sujeta a las disposiciones pertinentes de la Ley de Seguros Nro. 17418 y a las Condiciones y Cláusulas Aplicables de la presente póliza.
Cuando el texto de la póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considera aprobada por el asegurado si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza.
La entidad aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado.
Por reclamos, que no hayan sido solucionados previamente por las vías de atención al público de la entidad, podrán comunicarse con este Servicio al teléfono 0800 444 2850. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.sancorseguros.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 Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. al 0800 444 2850

ALEJANDRO SIMON
GERENTE GENERAL

La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8.del Reglamento General de la Actividad Aseguradora Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. CUIT N° 30-50004946-0: Ruta Nacional 34 Km 257 - 2322-Sunchales (SF)
La información incluida en el presente formulario, fue proporcionada por el cliente. Los datos registrados, son tratados con total confidencialidad y son utilizados únicamente en relación a los productos y servicios brindados por "Grupo Sancor Seguros".Los derechos de acceso, rectificación,cancelación y oposición respecto de los datos de carácter personal deberán ser ejercidos de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente (Ley 25.326 y Dec. Reglamentario 1558/2001). Para mayor información remitirse a Dirección Nacional de Protección de Datos Personales: www.argentina.gob.ar/aaip/datospersonales/derechos, link "Ejerza sus derechos".

GRUPO SANCOR SEGUROS

CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE
0800 444 28500

Salud

SANCOR SEGUROS

Continúa de página anterior

Ref: 570616 Póliza nro. 2094357

Certificado/Constancia de cobertura de póliza

VIGENCIA	
Desde las 0 hs 6/4/2025	Hasta las 0 hs 6/1/2026 (*)

Ref.Certif.: 1

(*) Prórroga Automática de Vigencia Hasta las 0 Hs. 06/04/2026
Según Cláusula de Cobranza del Premio impresa.-

Tomador
ZIEGLER DARIO GABRIEL
ARQUIMEDES 1062
1614 Villa de Mayo (Buenos Aires)
Asociado: 7422115 **DNI: 23456359**
Org.: 150175 Prod.: 212099 Zona/Ofic: 200.2

Artículo 1º - 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.
Resolución 406/2024:
ARTÍCULO 2°.- Sólo se consideran aptas para prestar el servicio de cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos en los términos del inciso a) del artículo 1º de la Resolución N° 429 de fecha 2 de junio de 2000 del MINISTERIO DE ECONOMÍA, las entidades que se encuentren inscriptas en el Registro de Proveedores de Servicios de Pago del BANCO CENTRAL DE LA REPÚBLICA ARGENTINA.

PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVO Y FINANCIAMIENTO DEL TERRORISMO
El asegurado asume la carga de aportar los datos y documentos que le sean requeridos por la aseguradora en virtud de lo establecido por las normas vigentes en materia de prevención de lavado de activos y financiamiento de terrorismo. Caso contrario, la aseguradora dará cumplimiento a lo establecido en las Resoluciones UIF vigentes en la materia.

A los efectos de dar cumplimiento a lo establecido en las resoluciones UIF vigentes en la materia, respecto de la identificación de Personas Expuestas Políticamente (PEPs), le solicitamos tenga a bien presentarse a la brevedad posible en la oficina de su Productor Asesor de Seguros o donde tenga radicado sus pólizas de seguros, con la finalidad de cumplimentar la DDJJ de PEPs. Para obtener mayor información sobre dicha disposición, puede ingresar en www.sancorseguros.com, accediendo por el banner Prevención de Lavado de Activos y Financiamiento del Terrorismo.

ADVERTENCIA AL ASEGURADO, DIFERENCIA ENTRE LA PROPUESTA Y EL TEXTO DE LA PRESENTE POLIZA:
QUEDA PERFECTAMENTE ENTENDIDO Y CONVENIDO QUE LA PRESENTE POLIZA SE EMITE EN PESOS.

La presente se extiende en Sunchales (SF) el 02-12-2025 y está sujeta a las condiciones generales y particulares de la póliza indicada. De acuerdo a las mismas la aseguradora podrá oponer la suspensión o caducidad de la cobertura por falta de pago de premio y otro causal.

COMUNICACIÓN AL ASEGURADO: El asegurado que se identifica en este "Certificado de Incorporación" tiene derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

PRODUCTOR - ASESOR

- **SCHRAMM ROBERTO JUAN (Matr. 73070) (Productor)**

CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE
0800 444 28500

EL IMPUESTO DE SELLOS CORRESPONDIENTE A ESTE INSTRUMENTO ES REPUESTO POR DECLARACION JURADA DEL MES EN QUE FUE EMITIDO.
Esta póliza se encuentra sujeta a las disposiciones pertinentes de la Ley de Seguros Nro. 17418 y a las Condiciones y Cláusulas Aplicables de la presente póliza.
Cuando el texto de la póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considera aprobada por el asegurado si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza.
La entidad aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado.
Por reclamos, que no hayan sido solucionados previamente por las vías de atención al público de la entidad, podrán comunicarse con este Servicio al teléfono 0800 444 2850. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.sancorseguros.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 Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. al 0800 444 2850

ALEJANDRO SIMON
GERENTE GENERAL

La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8.del Reglamento General de la Actividad Aseguradora Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. CUIT N° 30-50004946-0: Ruta Nacional 34 Km 257 - 2322-Sunchales (SF)
La información incluida en el presente formulario, fue proporcionada por el cliente. Los datos registrados, son tratados con total confidencialidad y son utilizados únicamente en relación a los productos y servicios brindados por "Grupo Sancor Seguros".Los derechos de acceso, rectificación,cancelación y oposición respecto de los datos de carácter personal deberán ser ejercidos de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente (Ley 25.326 y Dec. Reglamentario 1558/2001). Para mayor información remitirse a Dirección Nacional de Protección de Datos Personales: www.argentina.gob.ar/aaip/datospersonales/derechos, link "Ejerza sus derechos".

GRUPO SANCOR SEGUROS