Póliza de seguro de accidentes personales - Colectivo - Estándar

la segunda PERSONAS

Emitida en Rosario, a los 27 días del mes de julio del 2026

Casa Central: Brig. Gral. Juan Manuel de Rosas 957, S2000CCE Rosario, Sta. Fe -Tel: (+54-341) 420-1000
Of. Bs. As.: Av. E. Madero 942 4° Piso - C1106ACW Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Tel: (+54-11) 431-06500 (Líneas Rotativas)
www.lasegunda.com.ar | C.U.I.T. N° 30-50003462-5 - Ing. Brutos Convenio Multilateral 921-750512-2 IVA Responsable Inscripto

002-030-0060547995-000000

N° Póliza	Vigencia		Información general				
	Desde	Hasta	Concepto	Movimiento	Renueva Póliza N°	Período	Cuotas
60.547.995	12h del 07/08/2026	12h del 21/08/2026	Emisión de póliza	000	-	14 días	Contado

Información del tomador

Ana Lucia Anello
Monseñor Alberti 655
1642 - San Isidro (Ba)

Tipo y N° de ID: C.U.I.L 27270507293
Cond. de IVA: Consumidor final
Ing. Brutos: Exento
Sell. Pcial: 100 %

"LA SEGUNDA" Compañia de Seguros de Personas S.A. (en adelante "el Asegurador") asegura contra los riesgos que se detallan a continuación, bajo las Condiciones Particulares, Adicionales y Generales, anexas a la presente póliza, las que han sido convenidas para ser ejecutadas de buena fe y de conformidad con la Solicitud de Seguro presentada por el Asegurado, la que se declara parte integrante de este contrato.

Información del riesgo

Detalle de personas, coberturas y sumas aseguradas según ANEXO A

Clausula de no repetición: Clausula Adicional N° 66

Los vocablos "Asegurado" , "Tomador" y/o "Contratante", se usan indistintamente en esta póliza, por lo que debe dársele el significado que corresponda según las circunstancias del caso.

Cláusulas y anexos que forman parte integrante del presente contrato

Condiciones Generales Específicas: CGC, CGE2
Cláusulas Adicionales: CA50, CA46B, CA1, CA2, CA66
Condiciones Específicas:

Exclusiones de la cobertura según Anexo 1

Detalle de facturación

Prima:	22,980.86	**Imp. y Tasas:**	252.79	**(*) IVA s/R. Financ.:**	0.00
Recargo Financiero:	0.00	**IVA 21%:**	4,825.98		
T.E.A.:	0	**IVA 0%:**	0.00		
Subtotal:	22,980.86	**Sell. pcial.:**	0.00	**Premio final:**	28,059.63
Impuestos Internos:	0.00	**Perc. I/B:**	0.00	**Moneda de emisión:**	PESOS

Agencia: 2239

La Segunda (oficina San Isidro)
Santa Fe 440
1642 - San Isidro (Ba)
Matrícula: 0
Mail: sanisidro@lasegunda.com.ar
Teléfono: 1147439626

Zona: 21

Zona Buenos Aires
Avenida Eduardo Madero 942
1001 - Ciudad Autonoma Bs.as. (Cf)
Matrícula: 0

LA SEGUNDA PERSONAS
Compañía de Seguros de Personas S.A.

Pablo Ercole
Apoderado

Luis Mario Castellini
Apoderado

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

(*) Computar el crédito fiscal en proporción a las cuotas convenidas, s/Art. 12.1, Decreto 692/98.
Cuando el texto de la presente póliza difiera del contenido de la Propuesta, la diferencia se considerara aprobada por el Asegurado, si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza.
ESTA POLIZA HA SIDO APROBADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION POR RES. SSN N°87958 Y SUS MODIFICATORIAS.
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 0341-4201000 (int. 3625 y/o 2532). Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web https://www.lasegunda.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.
A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora. El/los Contratantes y/o Beneficiarios adhieren al cumplimiento de lo dispuesto por la Ley N° 25.246 y normativas reglamentarias establecidas por la U.I.F.

Detalle de plan de pago - Accidentes personales		
N° de factura	Fecha de vencimiento	Importe
1015816219	21/08/2026	$ 28.059,63
Conocé tus pagos pendientes haciendo click **aquí**		

Como actuar en caso de siniestros

Si tenés un seguro de Accidentes Personales, seguí estos pasos:

1) ¿Cómo hacer la denuncia?

Tenés disponible un servicio de atención preferencial, las **24 horas, los 365 días del año,** donde personal especializado te va a guiar desde el primer momento.

Centro de contacto
0800-444-2782

Además, podes recibir atención presencial en:

Agencias de La Segunda

Centros de atención al cliente La Segunda

2) Documentación necesaria

Si tuviste un siniestro necesitás contar con la siguiente información para poder hacer el trámite:

Asistencia médica farmacéutica
Si necesitás solicitar el reembolso de gastos médicos, además tenés que presentar:

- Factura y/o ticket con validez fiscal a tu nombre.
- Pedido del profesional tratante con fecha, diagnóstico, firma y sello.
- Práctica médica realizada.
- Documentación respaldatoria.

Incapacidad total y parcial permanente | Renta diaria:

- Alta médica.
- Historia clínica que acredite el tratamiento hasta el alta médica.

Fallecimiento por accidente
En caso de fallecimiento por accidente, es necesario contar con:

- Certificado de defunción.
- Denuncia policial.
- Historia clínica (si tuvo atención médica antes del fallecimiento).
- Declaración de herederos (en caso de no contar con beneficiarios informados).

Importante:

Podés presentar la documentación de forma presencial en nuestras agencias o centros de atención.

No se aceptan solicitudes de reembolso por teléfono.

Si tenés otras consultas, estamos para ayudarte.
Contactanos por nuestros canales de atención.

Gestioná desde La Segunda Seguros App

3413019055 Sólo mensajes de texto

la segunda
PERSONAS

Condiciones generales comunes

CGC Ley de las partes contratantes

Cláusula 1. Las partes contratantes se someten a las disposiciones de la Ley de Seguros Nº 17.418 y a las de la presente póliza.
Esta Póliza consta de Condiciones Generales Comunes, Condiciones Generales Específicas, Condiciones Específicas, Cláusulas Adicionales y Condiciones Particulares.
En caso de discordancia, las mismas regirán en el siguiente orden de prelación:

a. Condiciones Particulares
b. Cláusulas Adicionales
c. Condiciones Específicas
d. Condiciones Generales Específicas
e. Condiciones Generales

Los derechos y obligaciones del Asegurado y del Asegurador que se mencionan con indicación de los respectivos artículos de la Ley de Seguros, deben entenderse como simples enunciaciones informativas del contenido esencial de la Ley, la que rige en su integridad con las modalidades convenidas por las partes.

DEFINICIONES
Cláusula 2. A los fines de la presente póliza, se entiende por:
Asegurador: La Segunda Compañía de Seguros de Personas S.A.
Tomador o contratante: la persona física o jurídica que suscribe la presente póliza con el Asegurador.
Asegurado: la persona física que se encuentra expuesta al riesgo cubierto por la presente póliza.
Beneficiario: la persona física o jurídica, conforme lo establecido en la cláusula 10 de las presentes Condiciones Generales Comunes, designada por el Asegurado, que habrá de recibir el beneficio del seguro en caso de fallecimiento del Asegurado
Accidente: a los efectos de este seguro, se entiende por accidente cualquier acto o hecho que deriva de una causa violenta, súbita, externa e involuntaria del que resulta una lesión corporal que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta.

Se considera también Accidente a:

La asfixia o intoxicación por vapores o gases; la asfixia por inmersión u obstrucción en el aparato respiratorio que no provenga de una enfermedad; la intoxicación o envenenamiento por ingestión de sustancias tóxicas o alimentos en mal estado consumidos en lugares públicos o adquiridos en mal estado.

Las quemaduras de todo tipo producidas por cualquier agente, salvo lo dispuesto en la Cláusula 5 de las presentes Condiciones Generales Comunes.

El carbunclo, tétanos u otras infecciones microbianas o intoxicaciones cuando sean de origen traumático; rabia, luxaciones articulares y distensiones, dilaceraciones y roturas musculares, tendinosas y viscerales (excepto lumbalgia, várices y hernias) causadas por esfuerzo repentino y evidentes al diagnóstico.

Salvo las exclusiones establecidas en la Cláusula 4 de las presentes Condiciones Generales Comunes, el seguro también cubre:

Los Accidentes que puedan ocurrir al Asegurado, ya sea en el ejercicio de su profesión declarada, en su vida particular, o mientras se encuentre circulando viajando en vehículo particular o público, terrestre o acuático, propio o ajeno, conduciéndolo o no, o en líneas de transporte aéreo regular.

Los Accidentes que puedan ocurrir al Asegurado durante la participación y/o práctica de los siguientes deportes y/o entretenimientos: juegos de salón y la práctica normal y no profesional de atletismo, básquetbol, bochas, bolos, canotaje, caza menor, ciclismo, deporte náutico a vela y/o motor por ríos o lagos, equitación, esgrima, excursiones a montañas por carreteras y senderos, fútbol, gimnasia, golf, handball, hockey sobre césped, rugby, natación, paddle, patinaje, pelota a paleta, pelota al cesto, pesca (salvo en altamar), remo, squash, tenis, tiro (en polígonos habilitados), voleibol y waterpolo.

Los Accidentes que puedan ocurrir al Asegurado durante su tránsito o permanencia en el extranjero, salvo en aquellos países que no mantengan relaciones diplomáticas con la República Argentina.

Suma Asegurada: es el límite máximo de la indemnización que se establecerá en las Condiciones Particulares para cada cobertura que se otorgue por la presente póliza y que el Asegurador abonará en caso de ocurrencia de alguno de los riesgos previstos en las Condiciones Específicas y Adicionales anexas a esta Póliza, como consecuencia de un Accidente (o varios) ocurrido durante el período de vigencia del seguro. Se estipulará una Suma Asegurada para cada riesgo cubierto por la Póliza.

OBJETO DEL SEGURO
Cláusula 3. El Asegurador se compromete al pago de las indemnizaciones estipuladas en la póliza en el caso en que la persona designada como Asegurado sufra durante el período de vigencia del seguro, algún accidente que fuere la causa originaria de alguno de los riesgos cubiertos en la presente póliza y siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del mismo.
La cobertura se extiende al tránsito y/o permanencia del Asegurado en el extranjero, salvo en países que no mantengan relaciones diplomáticas con la República Argentina.

EXCLUSIONES DE COBERTURA
Cláusula 4. Según consta en Anexo I de las Condiciones Generales Comunes - Exclusiones de Cobertura.

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO
El Beneficiario es aquella persona designada por el Asegurado, que habrá de recibir el beneficio del seguro en caso de fallecimiento del Asegurado.
Cláusula 5. La designación de Beneficiario se hará por escrito y es válida aunque se notifique al Asegurador después del evento previsto.
Designadas varias personas sin indicación de cuota parte, se entiende que el beneficio es por partes iguales.
Cuando se designe a los hijos se entiende a los concebidos y sobrevivientes al tiempo de ocurrir el evento previsto.
Cuando se designe a los herederos, se entiende a los que por ley suceden al Asegurado, si no hubiere otorgado testamento; si lo hubiere otorgado, se tendrá por designados a los herederos instituidos. Si no se fijan proporciones, el beneficio se distribuirá conforme a las cuotas hereditarias.
Cuando el Asegurado no designe Beneficiario o por cualquier causa la designación se haga ineficaz o quede sin efecto, se entiende que designó a los herederos (Art. 145° y 146° L. de S.).

CAMBIO DE BENEFICIARIO
Cláusula 6. El Asegurado podrá cambiar en cualquier momento el Beneficiario designado. Para que el cambio de Beneficiario produzca efecto frente al Asegurador, es indispensable que éste sea debidamente notificado.
Cuando la designación sea a título oneroso y el Asegurador conozca dicha circunstancia no se admitirá el cambio de Beneficiario (Art. 143° L. de S.).
En caso de imposibilidad de abonar el seguro por duda sobre la designación o cambio de Beneficiario o en cuanto a los herederos legales, el Asegurador consignará judicialmente el importe en la forma que corresponda según la situación que se presentara, dejando así liberada a resolución judicial la determinación de la persona o personas beneficiarias.
El Asegurador queda liberado si, actuando diligentemente, hubiera pagado la suma asegurada a los Beneficiarios designados con anterioridad a la recepción de cualquier notificación que modificara esa designación.

DENUNCIA DEL ACCIDENTE. PROCEDIMIENTO. CARGAS DEL ASEGURADO O BENEFICIARIO
Cláusula 7. El Asegurado y/o el Beneficiario comunicarán al Asegurador el acaecimiento del siniestro dentro de los 3 (tres) días de conocerlo, bajo pena de perder el derecho a ser indemnizado, salvo que acredite caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa, negligencia o desconocimiento de la designación (Art. 46° y 47° L. de S.).

Desde el momento de hacerse aparentes las lesiones, el Asegurado accidentado deberá someterse, a su cargo, a un tratamiento médico racional y seguir las indicaciones del facultativo que lo asiste; también deberá enviarse al Asegurador un certificado del médico que atiende al Asegurado expresando la causa y naturaleza de las lesiones que éste presente, sus consecuencias conocidas o presuntas y la constancia de que se encuentra sometido a un tratamiento racional.
El Asegurado remitirá al Asegurador, cada 15 (quince) días, certificaciones médicas que informen sobre la evolución de las lesiones y actualicen el pronóstico de curación. Asimismo, el Asegurado deberá someterse al examen de los médicos del Asegurador cada vez que éste lo solicite.
El Asegurado y/o el Beneficiario también están obligados a suministrar al Asegurador, la información y/o prueba instrumental que éste solicite a fin de poder verificar el siniestro y la extensión de la prestación a su cargo, como así también permitirle al Asegurador las indagaciones necesarias a tales fines (Art. 46º L. de S.). Los gastos necesarios para verificar el siniestro y liquidar el daño indemnizable son a cargo del Asegurador en la medida que no hayan sido causados por indicaciones inexactas del Asegurado o de los Beneficiarios.
El Asegurado o los Beneficiarios podrán hacerse representar en las diligencias para verificar el siniestro y liquidar el daño y serán por su cuenta los gastos de esa representación.

PLAZO DE PRUEBA
Cláusula 8. Dentro de los 15 (quince) días de recibida la denuncia del siniestro o de recibidas las constancias requeridas al Asegurado o de efectuados los estudios de comprobación pertinentes, contando este plazo desde la fecha que resulte posterior, el Asegurador debe notificar al Asegurado la aceptación, postergación o el rechazo del siniestro y del otorgamiento de la indemnización pactada.
En caso de invalidez del Asegurado, si las comprobaciones médicas efectuadas no resultaren concluyentes en cuanto a la configuración del siniestro denunciado, el Asegurador podrá ampliar facultativamente el plazo de prueba por un término de 3 (tres) meses, extensible a otros 3 (tres) meses más, con el objeto de obtener la comprobación médica definitiva. Cuando el Asegurador no notifique su decisión en los términos establecidos precedentemente o no haga uso de la facultad de ampliar el término de comprobación, su silencio podrá ser considerado como aceptación del siniestro.

VALUACIÓN POR PERITOS
Cláusula 9. Si no hubiere acuerdo entre las partes, las consecuencias indemnizables del accidente serán determinadas por dos médicos designados, uno por cada parte, los 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 fuera designado en el plazo establecido precedentemente, la parte más diligente podrá requerir su nombramiento a la Secretaría de Estado de Salud Pública de la Nación.
Los honorarios y gastos de los médicos de las partes serán a su respectivo cargo y los del tercero serán pagados por la parte cuyas pretensiones se alejen más del dictamen definitivo, salvo en caso de equidistancia en que se pagarán por mitades entre las partes (Art. 57º última parte-L. de S.).

CUMPLIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DEL ASEGURADOR
Cláusula 10. El Asegurador efectuará el pago correspondiente en caso de siniestro, de acuerdo a lo establecido en cada Condición Específica, dentro de los 15 (quince) días de notificado el mismo o de cumplidos los requisitos establecidos en las Cláusulas 9, 10 y 11 de las presentes Condiciones Generales Comunes o en la respectiva Condición Específica, lo que sea posterior.

AGRAVACIÓN O MODIFICACIÓN DEL RIESGO
Cláusula 11. El Asegurado debe denunciar al Asegurador las agravaciones del riesgo asumido causadas por un hecho suyo, antes de que se produzcan; y las debidas a un hecho ajeno, inmediatamente después de conocerlas (Art. 38º L. de S.).
Se entiende por agravación del riesgo asumido la que, si hubiese existido al tiempo de la celebración, a juicio de peritos hubiere impedido este contrato o modificado sus condiciones (Art. 37ºL. de S.).
Se consideran agravaciones del riesgo (Art. 132º L. de S.) únicamente las que provengan de las siguientes circunstancias:
a. Modificación del estado físico o mental del Asegurado.
b. Modificación de su profesión, ocupación o actividad.
c. Fijación de residencia fuera del país.

Cuando la agravación se deba a un hecho del Asegurado, la cobertura queda suspendida. El Asegurador en el término de 7 (siete) días deberá notificar su decisión de rescindir (Art. 39º L. de S.).
Cuando la agravación resulte de un hecho ajeno al Asegurado, el Asegurador deberá notificarle su decisión de rescindir dentro del término de un mes y con preaviso de 7 (siete) días. Se aplicará el artículo 39º de la Ley de Seguros si el riesgo no se hubiera asumido según las prácticas comerciales del Asegurador (Art. 40º L. de S.).
No obstante, cuando la agravación provenga del cambio de la profesión o actividad del Asegurado la suma asegurada se reducirá en proporción a la prima pagada si de haber existido ese cambio al tiempo de la celebración, el Asegurador hubiera celebrado el contrato por una prima mayor. Esta regla no se aplica a las exclusiones previstas en esta póliza.
La rescisión del contrato por agravación del riesgo da derecho al Asegurador:
a. Si la agravación del riesgo le fue comunicada oportunamente, a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido.
b. Si no le fue comunicada oportunamente, a percibir la prima por el período del seguro en curso, no mayor de un año (Art. 41º L. de S.).

REDUCCIÓN DE LAS CONSECUENCIAS
Cláusula 12. El Asegurado en cuanto le sea posible, debe impedir o reducir las consecuencias del siniestro y observar las instrucciones del Asegurador al respecto, en cuanto sean razonables (Art. 150 de la Ley de Seguros).

PLURALIDAD DE SEGUROS
Cláusula 13. Si se realizara más de un seguro de Accidentes Personales con distintos aseguradores cubriendo a la/s misma/s persona/s por el mismo riesgo o por parte de él, el Asegurado deberá comunicar sin dilación tal circunstancia a cada Asegurador con indicación de la suma y riesgo asegurado.
En caso de hallarse el Asegurado cubierto por un importe superior a la suma que a tal efecto conste en las Condiciones Particulares, sin conocimiento y aceptación por parte de los aseguradores, estos indemnizarán a prorrata de sus respectivas sumas aseguradas solamente hasta la suma mencionada, sin derecho del Asegurado a restitución de primas.
El asegurado no tiene obligación de notificar los riesgos de Accidentes Personales que se cubran accesoriamente en otras ramas de seguros.

RETICENCIA
Cláusula 14. Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Asegurado, aún hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones si el Asegurador hubiese sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato.
El Asegurador debe impugnar el contrato dentro de los 3 (tres) meses de haber conocido la reticencia o falsedad (Art. 5º L. de S.).
Cuando la reticencia no dolosa es alegada en el plazo del artículo 5º de la Ley de Seguros, el Asegurador, a su exclusivo juicio, puede anular el contrato restituyendo la prima percibida con deducción de los gastos, o reajustarla con la conformidad del Asegurado al verdadero estado del riesgo (Art. 6º L. de S.).
Si la reticencia fuese dolosa o de mala fe, el Asegurador tiene derecho a las primas de los períodos transcurridos y del período en cuyo transcurso invoque la reticencia o falsa declaración (Art. 8º L. de S.).
En todos los casos, si el siniestro ocurre durante el plazo para impugnar, el Asegurador no adeuda prestación alguna (Art. 9º L. de S.).
Cuando el contrato se efectúe por cuenta ajena se juzgará la reticencia por el conocimiento y la conducta del Contratante y del Asegurado (Art. 10º L. de S.).

CÓMPUTO DE LOS PLAZOS
Cláusula 15. Todos los plazos de días, indicados en la presente póliza se computarán corridos, salvo disposición expresa en contrario.

FECHA DE INICIACIÓN Y VIGENCIA DE LA COBERTURA
Cláusula 16. La cobertura contratada adquiere vigencia desde las doce horas del día de la fecha inicial del seguro, indicada en las Condiciones Particulares. Los vencimientos de plazos se producirán a las doce horas del día de la finalización del seguro, según se establece en las Condiciones Particulares.
La póliza con vigencia anual se renovará automáticamente por el mismo lapso y en las mismas condiciones, siempre que el Tomador o la Compañía no manifiesten su intención en contrario con una antelación de 30 (treinta) días de la fecha de vencimiento.

RESCISIÓN UNILATERAL
Cláusula 17. Cualquiera de las partes tiene derecho a rescindir el presente contrato sin expresar causa. Cuando el Asegurador ejerza este derecho, deberá dar

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

RESIDENCIA EN EL EXTRANJERO
Cláusula 18. El Asegurado debe comunicar al Asegurador en forma fehaciente e inmediata, cuando fije su residencia en el extranjero.

CADUCIDAD POR INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES Y CARGAS
Cláusula 19. El incumplimiento de las obligaciones y cargas impuestas al Asegurado por la Ley de Seguros (salvo que se haya previsto otro efecto en la misma para el incumplimiento) y por el presente contrato produce la caducidad de los derechos del Asegurado si el incumplimiento obedece a su culpa o negligencia, de acuerdo al régimen previsto en el artículo 36° de la Ley de Seguros.

FACULTADES DEL PRODUCTOR O AGENTE
Cláusula 20. El productor o agente de seguros, cualquiera sea su vinculación con el Asegurador, autorizado por éste para la mediación, sólo será facultado con respecto a las operaciones en las cuales interviene, para:

a. Recibir propuestas de celebración y modificación de contratos de seguro.
b. Entregar los instrumentos emitidos por el Asegurador referentes a contratos o sus prórrogas.
c. Aceptar el pago de la prima si se halla en posesión de un recibo del Asegurador. La firma puede ser facsimilar (Art. 53° de la Ley de Seguros).

IMPUESTOS, TASAS Y CONTRIBUCIONES
Cláusula 21. Los impuestos, tasas y contribuciones de cualquier índole y jurisdicción que pudieran crearse en lo sucesivo o los aumentos eventuales de los existentes, estarán a cargo del Tomador, de los Beneficiarios o de los herederos, según el caso, salvo cuando la ley los declare expresamente a cargo exclusivo del Asegurador.

DOMICILIO
Cláusula 22. El domicilio en que las partes deben efectuar las denuncias, declaraciones y demás comunicaciones previstas en el presente contrato o en la Ley de Seguros (Art. 15° y 16° L. de S.), es el último declarado por el Asegurado o el fijado en el contrato por el Asegurador.

JURISDICCIÓN
Cláusula 23. Toda controversia judicial que se plantee en relación al presente contrato será dirimida ante los Tribunales componentes de la ciudad cabecera de la circunscripción judicial del domicilio del Asegurado, siempre que sea dentro de los límites del país.
Sin perjuicio de ello, el Asegurado o sus Beneficiarios podrán presentar sus demandas contra el Asegurador ante los Tribunales competentes del lugar de emisión de la póliza.
Igualmente se tramitarán ante ellos las acciones judiciales relativas al cobro de primas.

Anexo I de las condiciones generales comunes

Exclusiones de cobertura

CGC Exclusiones de cobertura

Quedan excluidos de la cobertura que otorga la póliza los daños sufridos por el Asegurado que sean consecuencia inmediata o mediata de:

a. Accidentes que no encuadren en la definición de accidente de la Cláusula 2 de las Condiciones Generales Comunes o cualquier otra definición de Accidente que la reemplace en esta póliza.
b. Enfermedades de cualquier naturaleza inclusive las originadas por picadura de insectos.
c. Lesiones causadas por la acción de los rayos X y similares y de cualquier elemento radioactivo, u originadas en reacciones nucleares.
d. Lesiones imputables a esfuerzo, salvo los casos contemplados en la Cláusula 2 de las Condiciones Generales Comunes.
e. Insolación, a quemaduras por rayos solares, a enfriamiento y demás efectos de las condiciones atmosféricas o ambientales.
f. Psicopatías o enfermedades psiquiátricas transitorias o permanentes, aún cuando las mismas provengan de estrés post-traumático o de reacciones vivenciales reactivas de un accidente sufrido por el Asegurado.
g. Operaciones quirúrgicas o tratamientos; salvo que sobrevengan como consecuencia inmediata de un accidente cubierto o del tratamiento de las lesiones por él producidas.
h. Accidentes que el Asegurado y/o beneficiario provoquen –por acción u omisión- dolosamente o con culpa grave o por participación del Asegurado en empresa criminal. No obstante quedan cubiertos los actos realizados para precaver el siniestro o atenuar sus consecuencias o por un deber de humanidad generalmente aceptado.
i. Suicidio voluntario y las consecuencias de la tentativa de suicidio voluntario.
j. Lesiones auto-infligidas, aún cuando sean cometidas en estado de enajenación mental.
k. Accidentes causados por vértigos, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que ocurran por estado de enajenación mental, salvo cuando tales trastornos sean consecuencia de un accidente cubierto conforme a la Cláusula 2 de las Condiciones Generales Comunes.
l. Estado de ebriedad o por estar el Asegurado bajo la influencia de estupefacientes o alcaloides.
m. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado tome parte como conductor o integrante de equipo de competencias y/o certámenes de pericia o velocidad con utilización de vehículos mecánicos o de tracción a sangre o que tengan por objeto pruebas o prácticas de carácter excepcional, o mientras participe en viajes o excursiones a regiones o zonas inexploradas.
n. Accidentes derivados de la práctica o utilización de la navegación aérea o acuática no realizada en líneas de transporte regular.
o. Accidentes derivados de la práctica de deportes que no sean los enumerados en la Cláusula 2 de las presentes Condiciones Generales Comunes.
p. Accidentes causados por fenómenos sísmicos, inundaciones u otros fenómenos naturales de carácter catastrófico.
q. Accidentes causados por acontecimientos catastróficos originados por la energía atómica, consecuencias directas o indirectas de la reacción nuclear o contaminación radiactiva.
r. Hechos de terrorismo, guerra, guerra civil, rebelión, insurrección o revolución y conmoción civil.
s. Virus de inmunodeficiencia humana (VIH), aunque el mismo haya sido contraído accidentalmente a raíz de una herida punzante o cortante.
t. Prótesis utilizadas con fines estéticos, bucodentales y miogénicas o bioeléctricas.
u. Renovaciones de prótesis u ortesis del Asegurado preexistentes al comienzo de la presente cobertura.
v. Prótesis u ortesis en las que se requiera determinada marca registrada o suministrada por determinado proveedor o importadas cuando existan del mismo tipo o similares.
w. Terapias alternativas para cualquier patología.
x. Métodos de diagnóstico o tratamientos en vía experimental y/o de los que se carezca de suficiente experiencia que acredite sus resultados y/o no avalados científicamente.
y. Medicamentos que no se fabriquen ni se comercialicen en el país.
z. Medicamentos y/o esquemas terapéuticos que estén en experimentación o en fase de prueba, no aprobados por autoridad competente.
aa. Las obligaciones derivadas de la Ley de Riesgos del Trabajo, cualquier Ley que ampare accidentes de trabajo que pueda dictarse en el futuro, y sus normas complementarias y reglamentarias

bb. La responsabilidad civil de cualquier naturaleza.

Condiciones generales específicas

CGE2 Condición general específica seguro colectivo

DEFINICIONES

Cláusula 1. A los fines de la presente póliza los términos que se indican a continuación tendrán exclusivamente los siguientes significados y alcances:
Tomador: es la persona física o jurídica que suscribe el presente contrato de seguro con el Asegurador y que posee un vínculo previo con las personas asegurables distinto al de la suscripción del presente seguro.
Asegurado: cada una de las personas que forman parte del grupo regido por el Tomador
Certificado individual: es el documento que emite el Asegurador a favor de cada uno de los Asegurados que conforman este seguro colectivo. En este documento constan las prestaciones que la póliza otorga a cada Asegurado con sujeción a lo establecido en las Condiciones Generales Comunes y en las respectivas Condiciones Específicas y Cláusulas Adicionales.

OBLIGACIONES DEL TOMADOR

Cláusula 2. A los efectos del presente seguro, el Tomador se compromete a:

a. Denunciar al Asegurador todo Accidente presumiblemente cubierto por esta póliza.
b. Informar al momento de ocurrida y/o conocida cualquier alta, baja y/o modificación relativa a los Asegurados.
c. Hacer entrega a los Asegurados de los Certificados individuales emitidos por el Asegurador.
d. Denunciar al Asegurador las agravaciones / modificaciones del riesgo asumido.

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

VARIACIÓN DEL GRUPO ASEGURADO

Cláusula 3. De acuerdo a lo establecido en la Cláusula precedente, el Tomador está obligado a notificar al Asegurador, con una frecuencia no mayor a un mes, las variaciones que se produzcan en la composición del grupo asegurado, por el ingreso y egreso de Asegurados.
Para el caso de las personas que perteneciendo al grupo asegurable, satisfagan las condiciones de ingreso con posterioridad a la fecha de inicio de vigencia de este contrato, el seguro regirá a partir de las doce (12) horas del día siguiente a la fecha en que se cumplimenten las condiciones de ingreso al seguro.
Los ajustes de la prima que correspondan con motivo de variaciones en el grupo asegurado, se efectuarán a prorrata del tiempo transcurrido como Asegurado, ya sea desde la fecha de aceptación en el caso de incorporaciones o bien desde la fecha de exclusión en el caso de bajas de Asegurados.

TERMINACIÓN DE LA COBERTURA INDIVIDUAL

Cláusula 4. La cobertura individual de cada Asegurado quedará rescindida o caducará en cualquiera de los siguientes casos, el que ocurra primero:

a. Por cumplir el Asegurado la Edad Máxima de Permanencia establecida en las Condiciones Particulares.
b. Por rescisión o caducidad de la póliza.
c. Por haberse consumido totalmente la suma asegurada, de acuerdo a lo que se establezca en cada Condición específica o Cláusula Adicional.
d. Por dejar de pertenecer el Asegurado al grupo regido por el Tomador.
e. Por fallecimiento del Asegurado.

Cláusula adicional cobranza del premio

CA50 Cláusula adicional cobranza del premio

Artículo 1º-El/Los premio/s (anual, mensual, bimestral, trimestral, cuatrimestral o semestral, según se indique en las Condiciones Particulares) de este seguro, debe/n pagarse al contado, en la fecha de iniciación de la vigencia como mínimo o, si el Asegurador lo aceptase, en cuotas mensuales iguales y consecutivas (expresadas en pesos o moneda extranjera establecidas en las Condiciones Particulares) la primera de la cuales, indefectiblemente, debe abonarse en el momento inicial del contrato.
En caso de otorgarse financiamiento al Tomador para el pago del premio, se aplicará un cargo financiero que deberá ser como mínimo el que resulte de la aplicación de la tasa libre pasiva del Banco de la Nación Argentina calculada sobre los saldos de deuda de los contratos celebrados en moneda de curso legal.
La base del componente financiero previsto en el párrafo anterior no será de aplicación para el caso de contratos en Moneda Extranjera, para los cuales se utilizará la tasa Libor como mínimo.
Si el pago fuera abonado con anterioridad a los plazos considerados para la facturación, procederá una devolución del cargo financiero calculado originalmente en la proporción que resulte de la aplicación del procedimiento indicado. Las devoluciones a que se refiere el párrafo anterior, están condicionadas a que los pagos se realicen en cada oportunidad o sea, que no se haya producido en ningún momento la suspensión de la cobertura. Se entiende por premio la prima más los impuestos, tasas, gravámenes y todo otro recargo adicional de la misma.
Artículo 2º- No ingresada la cuota inicial, que debe contener además el total del impuesto al Valor Agregado correspondiente al contrato (Art. 3º Resol. 21600/92), o vencidos cualquiera de los plazos de pago del premio exigibles sin que éste se haya producido, el Asegurado o Tomador, según corresponda, tendrá un Plazo de Gracia de 30 (treinta) días para regularizar su situación, de no hacerlo, la cobertura quedará automáticamente suspendida desde la hora 12 (doce) sin necesidad de interpelación extrajudicial o judicial alguna ni constitución en mora, la que se producirá por el sólo vencimiento de ese plazo. Sin embargo, el plazo de suspensión de la póliza será de 60 (sesenta) días corridos rige una vez que haya vencido el Plazo de Gracia (30 días).
Toda rehabilitación surtirá efecto desde la hora 0 (cero) del día siguiente a aquel en que la Aseguradora reciba el pago del importe vencido.
Sin perjuicio de ello, el Asegurador podrá rescindir el contrato por falta de pago. Si así lo hiciere quedará a su favor como penalidad, el importe del premio correspondiente al período transcurrido desde el inicio de la cobertura hasta el momento de la rescisión, calculado de acuerdo a lo establecido en las Condiciones de póliza sobre rescisión por causa imputable al Asegurado.
La gestión del cobro extrajudicial o judicial del premio o saldo adeudado no modificará la suspensión de la cobertura o rescisión del contrato estipulada fehacientemente. No entrará en vigencia la cobertura de ninguna facturación en tanto no esté totalmente cancelado el premio anterior.
Artículo 3º-La Aseguradora concede un Plazo de Gracia de un mes (TREINTA (30) días corridos) para el pago del Premio, sin recargos de intereses. Durante este plazo la póliza continuará en vigor. Si dentro de éste plazo se produjera un siniestro amparado por la siguiente póliza, se deducirá de la suma a abonarse el premio o fracción de premio impago vencido.
Artículo 4º-Las disposiciones de la presente cláusula son también aplicables a los premios de los adicionales por endosos o suplementos de la póliza.
Artículo 5º-Cuando la prima quede sujeta a la liquidación definitiva sobre la base de las declaraciones que debe efectuar el Asegurado, el premio adicional deberá ser abonado dentro de los 2 (dos) meses desde el vencimiento del contrato.
Artículo 6º-Todos los pagos que resulten de la aplicación de esta cláusula se efectuarán a través de los sistemas habilitados para el pago del premio indicados en las condiciones de la póliza.
Los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contrato 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 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 Nación a cada Entidad de Seguros, los que deberán funcionar en sus domicilios, puntos de ventas 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.
Artículo 7º-Aprobada la liquidación de un siniestro, el Asegurador podrá descontar de la indemnización, cualquier saldo o deuda vencida de este contrato.

Cláusula adicional Nº 46B exclusión de cobertura para los riesgos de terrorismo, guerra, guerra civil, rebelión, insurrección o revolución, y conmoción civil

Exclusión de cobertura para los riesgos de terrorismo, guerra, guerra civil, rebelión, insurrección o revolución y conmoción civil

la segunda PERSONAS

CA46B Exclusión de cobertura

ARTICULO 1. RIESGOS EXCLUIDOS
Queda especialmente entendido y convenido que se hallan EXCLUIDOS de la cobertura que específicamente otorga la presente póliza de seguro todo y cualquier reclamo por daño(s) y perjuicio(s), pérdida(s), lesión(es) de cualquier tipo o muerte, prestación(es), costo(s), desembolso(s) o gasto(s) de cualquier naturaleza, que sea(n) consecuencia inmediata, mediata, casual o remota de, o sea causado(s) directa o indirectamente por, o resulten o tengan conexión con:
1.1 Todo y cualquier acto o hecho de guerra, de guerra civil, de guerrillas, de rebelión, insurrección o revolución, o de conmoción civil.
1.2 Todo y cualquier acto o hecho de terrorismo.

ARTICULO 2. ALCANCE DE LAS EXCLUSIONES PREVISTAS EN LA PRESENTE CLAUSULA.
Queda entendido y convenido que la exclusión de cobertura prevista en el Artículo 1 de esta Cláusula se extiende y alcanza a todo y cualquier reclamo por daño(s) y perjuicio(s), pérdida(s), lesión(es) de cualquier tipo o muerte, prestación(es), costo(s), desembolso(s) o gasto(s) de cualquier naturaleza, que sea(n) consecuencia inmediata, mediata, casual o remota de, o sea(n) causado(s) directa o indirectamente por, o resulten o tengan conexión con cualquier acción tomada para prevenir, evitar, controlar o eliminar los riesgos enumerados precedentemente en 1.1 y 1.2, o disminuir sus consecuencias.

ARTICULO 3. DEFINICIONES.
A todos los fines y efectos de las exclusiones de cobertura que se establecen en el Artículo 1 de esta Cláusula, queda especialmente entendido y convenido que las palabras o términos utilizados en dicho artículo, en sus incisos 1.1 y 1.2 tendrán, única y exclusivamente, los siguientes significados o alcances:
3.1. Guerra. Es: I) la guerra declarada oficialmente o no, entre dos o más países, con la intervención de fuerzas regulares o irregulares organizadas militarmente, participen o no civiles en ellas, o II) la invasión a un país por las fuerzas regulares o irregulares u organizadas militarmente de otro país, y aunque en ellas participen civiles de este ultimo o III) las operaciones bélicas o de naturaleza similar llevadas a cabo por uno o más país(es) en contra de otro(s) país(es).
3.2. Guerra Civil. Es un estado de lucha armada entre los habitantes de un país o entre los habitantes y las fuerzas armadas regulares de dicho país, caracterizado por la organización militar de los contendientes, aunque sea rudimentaria, cualquiera fuese su extensión geográfica, intensidad o duración, participen o no civiles en ella, y cuyo objeto sea derrocar al gobierno del país o a alguno de todos los poderes constituidos, o lograr la secesión de una parte de su territorio.
3.3. Guerrillas. Es un acto(s) de violencia, fuerza, hostigamiento, amenaza, agresión o de naturaleza equivalente o similar llevado(s) a cabo contra cualquier autoridad pública de un país o contra su población en general o contra algún sector de ella o contra bienes ubicados en el mismo, por un grupo(s) armado(s), civiles o militarizados, y organizados a tal efecto – aunque lo sea en forma rudimentaria- y que, i) tiene(n) por objeto provocar el caos, o atemorizar a la población, o derrocar al gobierno de dicho país, 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.
3.4. Rebelión, Insurrección o Revolución. Es un alzamiento armado total o parcial de las fuerzas armadas de un país – sean éstas regulares o no y participen o no civiles en él- contra el gobierno de dicho país, con el objeto de derrocarlo o lograr la secesión de una parte de su territorio. Se entienden equivalentes a rebelión, insurrección o revolución, otros hechos que encuadren en los caracteres descriptos, como ser: sublevación, usurpación del poder, insubordinación o conspiración.
3.5. Conmoción civil. Es un levantamiento popular organizado en un país, aunque lo sea en forma rudimentaria, que genera violencia o incluso muertes y daños y pérdidas a bienes, aunque no sea con el objeto definido de derrocar al gobierno de un país o lograr la secesión de una parte de su territorio.
3.6. Terrorismo. Es un acto(s) de violencia, fuerza, hostigamiento, amenaza, agresión o de naturaleza equivalente o similar, llevados a cabo contra cualquier autoridad pública de un país, su población en general o contra algún sector de ella, o los bienes ubicados en el mismo, o la concreción de un acto(s) peligroso para la vida humana; o que interfieran o impidan el normal funcionamiento de cualquier sistema electrónico o de comunicación, por cualquier persona(s) o grupo(s) de personas, actuando solo(s) o en representación o en conexión con cualquier organización(es) o con fuerzas militares de un país extranjero – aunque dichas fuerzas sean rudimentarias- o con el gobierno de un país extranjero; ya sea que estos actos fueran cometidos debido a razones políticas, religiosas, ideológicas o razones similares o equivalentes, y i) que tengan por objeto a) provocar el caos o atemorizar o intimidar a la población o a parte de ella, b) influenciar o derrocar al gobierno de dicho país, o c) lograr la secesión de parte de su territorio, o d) perjudicar cualquier segmento de la economía; II) que, en caso de que dicho objeto no pueda probarse, produzca, en definitiva, cualquiera de dichas consecuencias; III) también se entenderá como terrorismo cualquier acto(s) verificado(s) o reconocido(s) como tal(es) por el gobierno argentino.
No se consideran hechos de terrorismo aquéllos aislados o esporádicos de simple malevolencia que no denotan algún rudimento de organización.

ARTICULO 4.
La presente Cláusula, que forma parte integrante de la presente póliza, que instrumenta el contrato de seguro oportunamente celebrado por las partes, prevalece y tiene prioridad sobre las restantes Condiciones Generales, Particulares y Específicas de dicha póliza. La cobertura que otorga la póliza en cuestión y sus restantes términos, condiciones, límites y exclusiones, en la medida en que no hayan sido modificados por esta cláusula, permanecen en vigor y serán plena y totalmente aplicables a cualquier reclamo que se formule bajo la misma.

Condición específica invalidez permanente total o parcial

CE2 Condición específica invalidez permanente total o parcial

RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL Corresponderá abonar el 100% de la Suma Asegurada al Asegurado que, como consecuencia de un accidente ocurrido independientemente de su voluntad, dentro de la vigencia de la póliza, pierda irreversiblemente la capacidad física o intelectual para la realización de algún trabajo o actividad profesional remunerada.		
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL		
Miembros superiores (en caso de invalidez del miembro hábil se le adicionará un 5 % del porcentaje de la invalidez calculada)		
Hombro	Anquilosis del hombro	30%
Codo	Anquilosis del codo	20%
Muñeca	Anquilosis de la muñeca	15%
Pseudoartrosis	Fractura no consolidada de clavícula	2%
	Húmero	20%
	Cúbito	10%
	Radio	10%
	Escafoides	10%
	Semilunar	10%
Amputación	Amputación a nivel del brazo	66%
	Pérdida total de una mano	60%
	Pérdida total del dedo pulgar	20%
	Pérdida total del dedo índice	14%
	Pérdida total del dedo mayor	9%
	Pérdida total del dedo anular	8%

	Pérdida total del dedo meñique		8%
Miembros inferiores			
Cadera	Anquilosis de cadera		40%
Rodilla	Anquilosis de rodilla		30 %
Lesiones menisco – ligamentarias (incluida la repercusión funcional)	Meniscectomía sin secuelas		5%
	Meniscectomía con inestabilidad		10%
Tobillo	Anquilosis de tobillo		15%
Dedos del pie (anquilosis o limitación funcional)	Primer dedo – articulación interfalángica		2%
	Primer dedo – articulación metatarsofalángica		2%
	Resto de los dedos – articulación interfalángica proximal		1%
	Resto de los dedos – articulación metatarsofalángica		1%
Amputación	Interabdomino pelviana		70%
	Muslo 1/3 proximal		60%
	Bajo rodilla con muñón funcional		50%
	Pie		40%
	Cinco dedos del pie		25%
	1° dedo		10%
	5° dedo		5%
	Otros dedos del pie		2%
Pseudoartrosis	Fémur		40%
	Tibia		30%
	Peroné		10%
	Astrágalo		10%
	Dedos de los pies		3%
Acortamiento de los miembros inferiores	De 0 a 1,5 cm		2 %
	De 1,5 a 2,5 cm		4 %
	De 2,5 a 4 cm		6 %
	De 4 a 5 cm		8 %
	Más de 5 cm		10 %
Columna vertebral			
Consolidación viciosa. Secuela de fracturas	Fractura de cuerpo vertebral con acuñamiento sin lesión radicular		20%
	Fractura de cuerpo vertebral operada con lesión radicular corroborada electromiográficamente – Leve o moderada		10%
	Fractura de cuerpo vertebral operada con lesión radicular corroborada electromiográficamente – Severa		15 %
	Fractura de cuerpo vertebral operada sin secuelas		20 %
	Fractura de cuerpo vertebral con acuñamiento y lesión radicular corroborada electromiográficamente – Leve o moderada		5 %
	Fractura de cuerpo vertebral con acuñamiento y lesión radicular corroborada electromiográficamente – Severa		10 %
	Cervicobraquialgia post-traumática con alteraciones clínicas y electromiográficas leves a moderadas		15 %
	Espondilolistesis traumática sin repercusión electromiográfica		
	Grado I:		10 %
	Grado II:		8 %
	Grado III		5 %
	Grado IV		2 %
	Espondilolistesis traumática operada con repercusión electromiográfica – Leve a moderada		10 %
	Espondilolistesis traumática operada con repercusión electromiográfica – Severa		15 %
	Lumbalgia post-traumática sin lesiones electromiográficamente corroboradas		0%
	Lumbalgia por traumática con lesiones electromiográficamente corroboradas		5%
Anquilosis	Columna cervical	Rotación-Inclinación– Flexión-Extensión	30%
	Columna dorsolumbar	Rotación-Inclinación-Flexión-Extensión	30 %
Caja torácica			
Desarticulación esterno-costal bilateral, con respiración paradojal e insuficiencia respiratoria sin solución terapéutica			Hasta 70 %
Cabeza y rostro			
Cabeza	Cicatriz descubierta		2%
	Scalp de cuero cabelludo con pérdida parcial de capas		15%
	Scalp de cuero cabelludo con pérdida definitiva de capas		30%
Frente - pómulo - mentón	Cicatriz	Lineal menor de 4 cm	1%
		Lineal mayor de 4 cm	3%
		Estelar menor de 4 cm	5%
		Estelar mayor de 4 cm	8%
Órbita	Alopecia unilateral de ceja		3 %
	Fractura de piso con depresión		10 %
	Fractura de piso de órbita con desplazamiento - diplopía		35 %
Pabellón auricular	Pérdida total unilateral		12 %
	Pérdida del lóbulo auricular		4 %
Maxilar inferior	Mutilaciones extensas de partes óseas blandas		25 %
	Pérdida de la función masticatoria		70 %
Oído	Si por efecto de un trauma agudo se pierde total e irreversiblemente la función de uno oído, conservándose la normalidad del otro.		15 %
	Sordera total e incurable de los oídos.		50 %

Ojos	Pérdida total de un ojo y/o reducción de la mitad de la visión binocular normal	40 %
	La pérdida de la visión de un ojo deberá ser evaluada siguiendo los valores que proporciona la Tabla de Senà, aprobada por el Consejo Argentino de Oftalmología.	
Nariz	Amputación nasal total Deformidad marcada unilateral	30% 5%
	Deformidad marcada bilateral	10%
	Fractura de huesos propios sin desplazamiento	0%
	Fractura de huesos propios con desplazamiento	5%
	Fractura del tabique cartilaginoso sin desplazamiento	0%
	Fractura del tabique cartilaginoso con desplazamiento	5%
	Perforación del tabique cartilaginoso	4%
Senos paranasales	Hundimiento de los senos	15%
	Desplazamiento del piso orbitario, atrapamiento del recto anterior	10%
	Hiposmia	5 %
	Anosmia	10 %
	Fractura de hueso malar con desplazamiento que involucra la apófisis orbitaria o asociada a la apófisis orbitaria del frontal	10 %
	Fractura del cigoma, única, con desplazamiento	5 %
	Fractura del cigoma asociada al malar	10 %
	Fractura del cigoma asociada al malar y al piso orbitario con desplazamiento	15%
Laringe	Parálisis de cuerdas vocales única	5 %
	Parálisis de cuerdas vocales bilateral	10 %
	Estrechez laríngea	10%
	Laringectomía parcial	35 %
	Laringectomía total	50 %
	Traqueostomía transitoria (se evaluará según secuelas respiratorias y de la fonación)	50 %
	Traqueostomía definitiva	70 %
Quemaduras Considera la capacidad restante tomando el mayor segmento como principal.		
Extensión del daño		Regla del 1 % (corresponde al tamaño de la palma de la mano)
Profundidad del daño	Tipo A o primer grado: superficial o epidérmico	La mitad del porcentaje de la extensión de la superficie corporal lesionada.
	Tipo AB o segundo grado: epidermis y dermis	Igual porcentaje que el de la extensión del daño.
	Tipo B o tercer grado: dermis hasta aponeurosis o hueso	Doble porcentaje de la extensión afectada.
Sistema respiratorio		
Neumotórax traumático		30 %
Pulmones y pleura	Lobectomía o segmentectomía, según incapacidad respiratoria	30 %
	Neumonectomía (se le sumará el grado de insuficiencia respiratoria)	30 %
	Adherencias y retracciones cicatrizales post-traumáticas sin compromiso respiratorio	0 %
Sistema digestivo – Cavidad bucal		
Pérdida traumática de menos de un tercio de piezas dentarias Pérdida traumática de más de un tercio de las piezas dentarias		20 % 40 %
Lengua	Pérdida parcial sin alteración de la fonación y de la deglución	10 %
	Pérdida parcial con alteración de la fonación y de la deglución	20 %
	Pérdida total	40 %
Recto y ano	Perforación del recto con colostomía definitiva	50 %
Vías biliares	Ruptura post-traumática de vesícula	10 %
	Ruptura de vía biliar extra hepática	15%
Páncreas	Duodenopancreatectomía cefálica	45 %
	Pancreatectomía total	70 %
	Pancreatectomía total más esplenectomía	80 %
Bazo	Esplenectomía parcial post-traumática	10 %
	Esplenectomía total post-traumática	25 %
Sistema nefrourológico		
Riñón	Pérdida del riñón por nefrectomía, con indemnidad funcional del riñón remanente	20 %
	Hidronefrosis unilateral, sin repercusión funcional, con riñón contralateral normal	5 %
	Hidronefrosis unilateral, con 1/3 de anulación funcional, con riñón contralateral normal	10 %
	Hidronefrosis unilateral, con 2/3 de anulación funcional, con riñón contralateral normal	15 %
	Hidronefrosis unilateral, con anulación funcional total, con riñón contralateral normal	20 %

	Ptosis renal unilateral, sin repercusión funcional, con riñón contralateral normal	10 %
	Ptosis renal unilateral, con 1/3 de anulación funcional, con riñón contralateral normal	10 %
	Ptosis renal unilateral, con 2/3 de anulación funcional, con riñón contralateral normal	15 %
	Ptosis renal unilateral, con anulación funcional total, con riñón contralateral normal	20 %
Uréter	Reemplazo ureteral post-traumático unilateral con 1/3 de anulación funcional, con función renal normal	10 %
	Reemplazo ureteral post-traumático unilateral con 2/3 de anulación funcional, con función renal normal	15 %
	Reemplazo ureteral post-traumático unilateral con anulación funcional total, con función renal normal	20 %
	Ureterostomía cutánea permanente unilateral	40 %
	Uretersotomía cutánea permanente bilateral	70 %
Vejiga	Cistectomía parcial	30 %
	Cistectomía total	70 %
Uretra	Estrechez uretral post-traumática permeable	20 %
	Estrechez uretral post-traumática infranqueable	70 %
	Fístula uretral post-traumática definitiva	70 %
Genital masculino	Castración	40 %
	Amputación total del pene	40 %
	Amputación parcial del pene con función eréctil conservada	25 %
	Atrofia testicular unilateral por contusión	10 %
	Traumatismo de escroto con pérdida total de piel y sin cirugía reparadora	30 %
Genital femenino	Adherencias parciales o totales de vulva	30 %
	Clitoridectomía traumática	20 %
	Histerectomía total o subtotal en edad fértil	40 %
	Ooforectomía unilateral traumática	10 %
	Ooforectomía bilateral traumática en edad fértil	40 %
	Fístula recto vaginal sin solución quirúrgica	30 %
	Herido o traumatismo de mama con destrucción parcial bilateral	15 %
	Herida o traumatismo de mama con destrucción total bilateral	30 %
Sistema neurológico (traumatismo cráneo encefálico-secuelas neurológicas)		
Hundimiento de la calota con déficit motor: hemiparesia		50 %
Hemiplejías		70 %
Monoparesias		30%
Monoplejías		60 %
Atrofias cerebrales		60 %
Afasias		60 %
Hidrocefalias post-traumáticas		40 %
Convulsiones post-traumáticas		20 %
Generalizadas-Mal convulsivo		50 %
Desorden mental orgánico post-traumático (secundario a los traumatismos encéfalo-craneanos)		
Grado I		0 %
Grado II		20 %
Grado III		40 %
Grado IV		70 %



LA SEGUNDA PERSONAS
Compañía de Seguros de Personas

Póliza de seguro de accidentes personales - Colectivo - Estándar

la segunda PERSONAS

Emitida en Rosario, a los 27 días del mes de julio del 2026

Casa Central: Brig. Gral. Juan Manuel de Rosas 957, S2000CCE Rosario, Sta. Fe -Tel: (+54-341) 420-1000
Of. Bs. As.: Av. E. Madero 942 4° Piso - C1106ACW Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Tel: (+54-11) 431-06500 (Líneas Rotativas)
www.lasegunda.com.ar | C.U.I.T. N° 30-50003462-5 - Ing. Brutos Convenio Multilateral 921-750512-2 IVA Responsable Inscripto

002-030-0060547995-000000

N° Póliza	Vigencia		Información general				
	Desde	Hasta	Concepto	Movimiento	Renueva Póliza N°	Período	Cuotas
60.547.995	12h del 07/08/2026	12h del 21/08/2026	Emisión de póliza	000	-	14 días	Contado

Información del tomador

Ana Lucia Anello
Monseñor Alberti 655
1642 - San Isidro (Ba)

Tipo y N° de ID: C.U.I.L 27270507293
Cond. de IVA: Consumidor final
Ing. Brutos: Exento
Sell. Pcial: 100 %

Cláusula de no repetición

Detalle de las personas físicas y/o jurídicas comprendidas en estas clausulas:
C.U.I.T 30529826806 ASOC.CIVIL EDUCATIVA ESCOCESA SAN ANDRES

Se hace constar que el Tomador de la presente cobertura lo hace en su propio interés, y también en interés de las personas físicas y/o jurídicas identificadas en la presente nóminas a favor del que cede los derechos que le pudieran corresponder conforme su rol en el contrato de seguros.

Consecuentemente con lo expresado en el párrafo precedente, queda establecido que la Aseguradora no dará curso a pedidos de anulación sin previo aviso a las personas físicas y/o jurídicas identificadas en la presente nóminas.

Queda asimismo entendido y convenido que LA SEGUNDA COMPAÑÍA DE SEGUROS DE PERSONAS S.A manifiesta en forma expresa que no accionará por repetición contra las personas físicas y/o jurídicas identificadas en la presente nóminas, tanto en virtud de los expresado en párrafos anteriores, como por lo establecido en el Art. 80 último párrafo de la Ley 17.418.-

Se deja constancia que la Aseguradora podrá hacer uso del derecho de rescindir el contrato de acuerdo a las Condiciones Generales de la póliza y no dará curso a pedidos de modificación, suspensión, ni anulación de cobertura sin aviso previo por escrito, con una antelación no menor a 30 (treinta) días corridos al domicilio real/electrónico constituído, tanto al Tomador como a las personas físicas y/o jurídicas identificadas en la presente nóminas.

Agencia: 2239
La Segunda (oficina San Isidro)
Santa Fe 440
1642 - San Isidro (Ba)
Matrícula: 0
Mail: sanisidro@lasegunda.com.ar
Teléfono: 1147439626

Zona: 21
Zona Buenos Aires
Avenida Eduardo Madero 942
1001 - Ciudad Autonoma Bs.as. (Cf)
Matrícula: 0

LA SEGUNDA PERSONAS
Compañía de Seguros de Personas S.A.

Pablo Ercole
Apoderado

Luis Mario Castellini
Apoderado

la segunda
PERSONAS

Cláusulas adicionales

CA1 Cláusula adicional seguro sobre la persona de un tercero

Esta cláusula resulta de aplicación cuando el Tomador/Contratante del seguro contrata al Asegurado como trabajador autónomo o independiente.
Se denomina trabajador autónomo o independiente a la persona cuya actividad consiste en realizar trabajos propios de su ocupación, oficio o profesión, de forma autónoma, para terceros que requieren sus servicios para tareas determinadas, que generalmente le abonan su retribución no en función del tiempo empleado sino del resultado obtenido, sin que las dos partes contraigan obligación de continuar la relación laboral más allá del encargo realizado.
El Tomador/Contratante declara al concertar el seguro que la prima se encuentra exclusivamente a su cargo.
El presente seguro cubre los accidentes que sufran los Asegurados mediante el pago de las indemnizaciones especificadas en las Condiciones Particulares de la póliza, mientras permanezcan vinculadas al Tomador/Contratante y éste mantenga un interés económico lícito sobre la vida o salud de los Asegurados.
Se instituye Beneficiario en primer término al Contratante, con preeminencia sobre los restantes Beneficiarios que conservarán su derecho sólo sobre el saldo de la prestación. El derecho del Contratante como Beneficiario tendrá las siguientes causas:

a. Por el monto que resultase de cualquier responsabilidad civil legal que tuviera que asumir con motivo de accidentes cubiertos por la póliza que sufrieran los Asegurados.
b. Por el monto del perjuicio concreto resultante de un interés económico lícito que demostrara con respecto a la vida o capacidad física de los Asegurados cuando éstos sufrieran accidentes cubiertos por la póliza.

El Contratante deberá informar y acreditar, en el término de 10 (diez) días de conocido el hecho, su derecho al cobro preferente conforme al inciso anterior. El pago del saldo de las prestaciones se hará directamente a los demás Asegurados o Beneficiarios que justifiquen sus derechos. En caso de desacuerdo entre los interesados, se consignará judicialmente el importe, siendo las costas a cargo de los mismos.

CA2 Cláusula adicional seguros colectivos: Ingreso de nuevos asegurados cobertura automática

Contrariamente a lo establecido en la Cláusula 3 de las Condiciones Generales Específicas para los Seguros Colectivos, queda entendido y convenido que las personas que ingresen al servicio del Tomador en una fecha posterior al inicio de vigencia de la póliza, quedarán automáticamente comprendidas en las coberturas y por las Sumas Aseguradas que otorga la Póliza a partir de la fecha en la que hubieran ingresado al servicio activo del Tomador.
Atento que la Póliza cubre a la totalidad de las personas pertenecientes al grupo regido por el Tomador, este último se compromete a mantener actualizada la nómina de Asegurados, con una frecuencia no mayor a un mes, so pena de quedar sin efecto esta cobertura automática, permitiendo al Asegurador la verificación pertinente.

LA SEGUNDA PERSONAS
Compañía de Seguros de Personas

Póliza de seguro de accidentes personales - Colectivo - Estándar

la segunda PERSONAS

Emitida en Rosario, a los 27 días del mes de julio del 2026

Casa Central: Brig. Gral. Juan Manuel de Rosas 957, S2000CCE Rosario, Sta. Fe -Tel: (+54-341) 420-1000
Of. Bs. As.: Av. E. Madero 942 4° Piso - C1106ACW Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Tel: (+54-11) 431-06500 (Líneas Rotativas)
www.lasegunda.com.ar | C.U.I.T. N° 30-50003462-5 - Ing. Brutos Convenio Multilateral 921-750512-2 IVA Responsable Inscripto

002-030-0060547995-000000

N° Póliza	Vigencia		Información general				
	Desde	Hasta	Certificado N°	Movimiento	Renueva Póliza N°	Período	Cuotas
60.547.995	12h del 07/08/2026	12h del 21/08/2026	1	000	-	14 días	Contado

Información del tomador

Ana Lucia Anello
Monseñor Alberti 655
1642 - San Isidro (Ba)

Tipo y N° de ID: C.U.I.L 27270507293
Cond. de IVA: Consumidor final
Ing. Brutos: Exento
Sell. Pcial: 100 %

Información del asegurado

ANA LUCIA ANELLO
D.N.I. 27050729
Fecha de nac.: 13/12/1978

Certificamos que, sobre la propuesta presentada, La Segunda Compañía de personas S.A. ampara al Asegurado que se consigna, rigiendo las condiciones Generales y Particulares estipuladas en las póliza de referencia, para el riesgo y cobertura que a continuación se detalla.

Información del riesgo

Riesgos cubiertos		Sumas aseguradas por cobertura
Muerte	CE1	$ 40,000,000.00
Invalidez	CE2	$ 40,000,000.00
Asistencia Médica Farmacéutica	CE4	$ 18,000,000.00
Tipo de Asistencia Medica Farmacéutica		Prestacional
Sepelio	CE7	$ 1,500,000.00

Ocupación Declarada Tomador/Asegurado: Servicios de promociones y/o modelaje publicitario o artístico

Beneficiario: HEREDEROS LEGALES

Los vocablos "Asegurado" , "Tomador" y/o "Contratante", se usan indistintamente en esta póliza, por lo que debe dársele el significado que corresponda según las circunstancias del caso.

Cláusulas y anexos que forman parte integrante del presente contrato

Condiciones Generales Específicas:
Cláusulas Adicionales:
Condiciones Específicas: CE1, CE2, CE4, CE7

Exclusiones de la cobertura según Anexo 1

PREMIO DEL CERTIFICADO: 5611.94

Agencia: 2239
La Segunda (oficina San Isidro)
Santa Fe 440
1642 - San Isidro (Ba)
Matrícula: 0
Mail: sanisidro@lasegunda.com.ar
Teléfono: 1147439626

Zona: 21
Zona Buenos Aires
Avenida Eduardo Madero 942
1001 - Ciudad Autonoma Bs.as. (Cf)
Matrícula: 0

LA SEGUNDA PERSONAS
Compañía de Seguros de Personas S.A.

Pablo Ercole
Apoderado

Luis Mario Castellini
Apoderado

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

(*) Computar el crédito fiscal en proporción a las cuotas convenidas, s/Art. 12.1, Decreto 692/98.
Cuando el texto de la presente póliza difiera del contenido de la Propuesta, la diferencia se considerara aprobada por el Asegurado, si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza.
ESTA POLIZA HA SIDO APROBADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION POR RES. SSN N°87958 Y SUS MODIFICATORIAS.
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 0341-4201000 (int. 3625 y/o 2532). Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web https://www.lasegunda.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.
A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora. El/los Contratantes y/o Beneficiarios adhieren al cumplimiento de lo dispuesto por la Ley N° 25.246 y normativas reglamentarias establecidas por la U.I.F.

la segunda PERSONAS

Condiciones específicas

CE1 Condición específica muerte

DEFINICIONES

Cláusula 1. A los fines de la presente póliza los términos que se indican a continuación tendrán los siguientes significados y alcances:

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

RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA

Cláusula 2. El riesgo amparado es el de muerte del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que el fallecimiento se produzca a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.
El Asegurador indemnizará a el o a los beneficiarios la suma asegurada establecida para esta cobertura en las Condiciones Particulares o en el Certificado individual, según corresponda.
En caso de viaje aéreo del Asegurado realizado en líneas de transporte aéreo regular, si no se tuvieran noticias del avión por un período no inferior a 2 (dos) meses, el Asegurador hará efectivo el pago de la suma asegurada establecida en la presente póliza para el caso de muerte. Si con posterioridad apareciera el Asegurado o se tuvieran noticias ciertas de él, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de las sumas abonadas.

CARÁCTER DEL BENEFICIO

Cláusula 3. Si el accidente causare la muerte del Asegurado, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura. Sin embargo, el Asegurador reducirá la prestación correspondiente a muerte en los porcentajes tomados en conjunto que hubiere abonado por coberturas de invalidez eventualmente incluidas en la póliza, como consecuencia de un accidente o varios ocurridos durante el período de vigencia del seguro.
En caso de muerte del Asegurado, quedarán sin efecto las restantes coberturas, ganando el Asegurador la totalidad de la prima.

DENUNCIA DEL FALLECIMIENTO

Cláusula 4. Ocurrido el fallecimiento del Asegurado, a los efectos de obtener el beneficio previsto, los beneficiarios deberán acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 7 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos:

a. Copia de la partida de defunción.
b. Declaración de médico que haya asistido al Asegurado o certificado su muerte.
c. Denuncia policial, si correspondiere.
d. El testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del hecho determinante de la muerte, salvo que razones procesales lo impidieran.
e. Copia de documento de identidad de los beneficiarios designados o declaratoria de herederos.

CE2 Condición específica invalidez permanente total o parcial

RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA

Cláusula 1. El riesgo amparado es la invalidez permanente del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.
Si el accidente causare una invalidez permanente determinada con prescindencia absoluta de la profesión u ocupación del Asegurado, el Asegurador abonará al Asegurado una indemnización igual al porcentaje que corresponda, sobre la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares, de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida según se indica en la tabla de valoración para Invalidez permanente.
Por pérdida total se entiende aquella que tiene lugar por la amputación o inhabilitación funcional total o definitiva del órgano lesionado.
La pérdida parcial de los miembros u órganos, será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional.
Para la evaluación de la incapacidad producto de un único accidente, se empleará el criterio de capacidad restante, utilizando aquella de mayor magnitud para comenzar con la evaluación y continuando de mayor a menor con el resto de las incapacidades medibles, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada para invalidez total y permanente.
Cuando la invalidez así establecida llegue al 80% se considerará invalidez total y se abonará por consiguiente íntegramente la suma asegurada.
La indemnización por lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración que precede constituyan una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con los casos previstos y siempre independientemente de la profesión y ocupación del Asegurado.
Las invalideces derivadas de accidentes sucesivos ocurridos durante un mismo período anual de la vigencia de la cobertura, serán tomadas en cuenta a fin de fijar el grado de invalidez a indemnizar por el último accidente.
La pérdida de miembros u órganos incapacitados antes de cada accidente, solamente será indemnizada en la medida que constituya una agravación de la invalidez anterior.
La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo si se ha producido por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponde por la pérdida del dedo entero si se trata del pulgar y a la tercera parte por cada falange si se trata de otros dedos.
Si las consecuencias de un accidente ya indemnizado se agravarán y, durante el transcurso de los 12 (doce) meses siguientes a la fecha del accidente, ocasionarán otra/s pérdida/s, el Asegurador abonará cualquier diferencia que pudiera corresponder, sin exceder el máximo de la cobertura.
Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente de él, de un estado constitucional anormal con respecto a la edad del Asegurado, o de un defecto físico de cualquier naturaleza y origen, la indemnización que corresponda se liquidará de acuerdo con las consecuencias que el mismo accidente hubiera presumiblemente producido sin la mencionada concausa, salvo que ésta fuere consecuencia de un accidente cubierto por la póliza y ocurrido durante la vigencia de la misma.
El pago de la suma total asegurada por incapacidad permanente total o por una suma de incapacidades permanentes parciales a raíz de uno o varios accidentes cubiertos por la póliza y ocurridos durante su vigencia, agota la cobertura brindada por este contrato, ganando el Asegurador la totalidad de la prima.

CE4 Condición específica asistencia médica y farmacéutica

DEFINICIONES

Cláusula 1. A los fines de la presente póliza los términos que se indican a continuación tendrán exclusivamente los siguientes significados y alcances:
Asistencia médica y farmacéutica: se entiende por tal a la atención médica y farmacéutica a la que haya sido sometido el Asegurado, prescripta por un médico matriculado y producida como consecuencia inmediata de un accidente, con exclusión de aquellos que sean cubiertos al Asegurado por una Obra Social y/o sistema de medicina privada al que se encuentre afiliado el Asegurado.

Asistencia médica: se incluyen bajo este concepto la totalidad de las prestaciones médicas que pudiera requerir la atención del Asegurado, siendo que las mismas fueran requeridas durante una internación o en forma ambulatoria. Quedan comprendidas bajo este concepto:

- Las consultas médicas correspondientes a todas las especialidades reconocidas por la autoridad sanitaria;
- Las internaciones clínico-quirúrgicas, especializadas, de alta complejidad y domiciliarias;
- Las intervenciones quirúrgicas y no quirúrgicas;
- Las prácticas de diagnóstico (análisis clínicos y estudios de alta complejidad);
- Las prácticas terapéuticas de baja, media y alta complejidad médica.

Asistencia farmacéutica: se incluye bajo este concepto la provisión de la totalidad de los medicamentos que pudiere requerir la atención de la afección del Asegurado, tanto sea para su tratamiento ambulatorio como durante la internación.

Prestador médico: se entiende por tal al médico o instituto médico bajo la órbita y control de la Superintendencia de Salud, con quien el Asegurador posea convenio para otorgar la asistencia médica prevista en la presente Condición Específica y que se informa al Asegurado.

Gastos de traslado: son los gastos en los que incurra el Asegurado con motivo de su traslado desde, hasta o entre establecimientos de salud, siendo dicho traslado necesario para el diagnóstico o tratamiento de su patología y respondan exclusivamente a la imposibilidad del Asegurado de movilizarse por sus propios medios, de acuerdo a indicación médica. La elección y las características del vehículo a emplear en el traslado, dependerán del estado clínico del Asegurado. Estos traslados, salvo casos de urgencia que no permitan cumplimentar este requisito, requerirán la previa autorización de la auditoría médica del Asegurador.

RIESGOS CUBIERTOS – LÍMITES INDEMNIZATORIOS
Cláusula 2. El riesgo amparado por esta Condición Específica es el de los gastos médicos y gastos de traslado incurridos por el Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia del seguro, durante el plazo máximo de un año desde la fecha de ocurrencia del mismo y hasta la suma asegurada prevista en las Condiciones Particulares.

El Asegurador, a través de la red de prestadores con la cual posee convenio, brindará al Asegurado las prestaciones de asistencia médica que éste pudiera demandar, originadas en un accidente cubierto por la presente cobertura.

Únicamente en los casos en que resultara imposible la comunicación al Asegurador para la atención de una urgencia o cuando comunicada, éste no pudiera brindar la prestación en el plazo que demande la gravedad de la afección, el Asegurado podrá requerir su atención en un prestador médico no incluido en la red, dando inmediato aviso al Asegurador. Sólo en este supuesto, el Asegurador, previa verificación de los hechos, reintegrará los gastos derivados de la asistencia médica recibida por el Asegurado, dentro de los 15 (quince) días de efectuado el reclamo y de adjuntada la documentación correspondiente, incluidas las facturas originales respecto de las cuales se solicita el reintegro con indicación de los conceptos facturados.

En el caso que el Asegurado requiera la asistencia médica con motivo de una emergencia o urgencia médica y que una vez prestada la misma se verifique que dicha atención no respondía a un accidente cubierto por las presentes Condiciones Específicas, el Asegurador se reserva el derecho a recuperar del Asegurado el monto de las prestaciones otorgadas por el prestador médico en razón de la presente cobertura.

La asistencia médica y farmacéutica se extiende a la prestada en el extranjero, salvo en países que no mantengan relaciones diplomáticas con la República Argentina.

CARÁCTER DEL BENEFICIO
Cláusula 3. Queda entendido y convenido que en caso de siniestro que afecte las restantes coberturas no se deducirán de las mismas los importes que se hubieran abonado en concepto de gastos médicos y gastos de traslado, ya que esta cobertura es adicional e independiente de las demás.

Luego de abonada cualquier indemnización, esta cobertura quedará automáticamente restablecida para nuevos siniestros, obligándose el Asegurado al pago de la prima sobre el monto que se restablece calculada a prorrata desde la fecha del siniestro que originó la reducción de la suma asegurada.

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR
Cláusula 4. Ocurrido el accidente que diera lugar a la asistencia médica o gastos de traslado cubiertos por la presente Condición Específica, a los efectos de obtener el beneficio previsto, el Asegurado o su representante deberán:

a. Presentarse ante el prestador médico con documento de identidad y el formulario de denuncia del siniestro.
b. Cumplimentar los requisitos relativos a la denuncia del accidente de conformidad con lo establecido en Cláusula 9 de las Condiciones Generales Comunes.
c. En caso de solicitar el reembolso de gastos, las facturas originales respecto de las cuales solicita el reintegro, en las cuales deberá constar la identificación de los conceptos facturados.

CE7 Condición específica sepelio por reintegro

DEFINICIONES
Cláusula 1. A los fines de la presente póliza los términos que se indican a continuación tendrán exclusivamente los siguientes significados y alcances:

GASTOS DE SEPELIO: se entienden por tales aquellos gastos en los que se incurra con motivo del entierro o cremación del Asegurado, fallecido como consecuencia inmediata de un accidente.

RIESGOS CUBIERTOS – LÍMITES INDEMNIZATORIOS
Cláusula 2. El riesgo amparado por esta Condición Específica es el de los Gastos de Sepelio incurridos ante la muerte de un Asegurado, como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia del seguro, y siempre que la muerte se produzca dentro de un año a contar de la fecha del mismo. El Asegurador deberá abonar los gastos de sepelio incurrido, contra la presentación de las facturas y/o comprobante de pagos respectivos, hasta un máximo equivalente a la Suma Asegurada de esta Condición Específica, indicada en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Incorporación, según corresponda.

CARÁCTER DEL BENEFICIO
Cláusula 3. Queda entendido y convenido que en caso de siniestro que afecte a las restantes coberturas no se deducirán de las mismas los importes que se hubieran abonado en concepto de Gastos de Sepelio, ya que esta cobertura es adicional e independiente a las demás.

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR
Cláusula 4. Ocurrida la muerte que diera lugar a los Gastos de Sepelio cubiertos por la presente Condición Específica, a los efectos de obtener el beneficio previsto, el Beneficiario deberá acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 3 de las Condiciones Generales Específicas y en la Condición Específica de la Cobertura de Muerte, los siguientes elementos:

a) Las facturas originales respecto de las cuales solicita el reintegro, en las cuales deberá constar la identificación de los conceptos facturados.

LA SEGUNDA PERSONAS
Compañía de Seguros de Personas

Póliza de seguro de accidentes personales - Colectivo - Estándar

la segunda PERSONAS

Emitida en Rosario, a los 27 días del mes de julio del 2026

Casa Central: Brig. Gral. Juan Manuel de Rosas 957, S2000CCE Rosario, Sta. Fe -Tel: (+54-341) 420-1000
Of. Bs. As.: Av. E. Madero 942 4° Piso - C1106ACW Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Tel: (+54-11) 431-06500 (Líneas Rotativas)
www.lasegunda.com.ar | C.U.I.T. N° 30-50003462-5 - Ing. Brutos Convenio Multilateral 921-750512-2 IVA Responsable Inscripto

002-030-0060547995-000000

N° Póliza	Vigencia		Información general				
	Desde	Hasta	Certificado N°	Movimiento	Renueva Póliza N°	Período	Cuotas
60.547.995	12h del 07/08/2026	12h del 21/08/2026	4	000	-	14 días	Contado

Información del tomador

Ana Lucia Anello
Monseñor Alberti 655
1642 - San Isidro (Ba)

Tipo y N° de ID: C.U.I.L 27270507293
Cond. de IVA: Consumidor final
Ing. Brutos: Exento
Sell. Pcial: 100 %

Información del asegurado

MARIA PIA BADIA
D.N.I. 27711686
Fecha de nac.: 20/10/1979

Certificamos que, sobre la propuesta presentada, La Segunda Compañía de personas S.A. ampara al Asegurado que se consigna, rigiendo las condiciones Generales y Particulares estipuladas en las póliza de referencia, para el riesgo y cobertura que a continuación se detalla.

Información del riesgo

Riesgos cubiertos		Sumas aseguradas por cobertura
Muerte	CE1	$ 40,000,000.00
Invalidez	CE2	$ 40,000,000.00
Asistencia Médica Farmacéutica	CE4	$ 18,000,000.00
Tipo de Asistencia Medica Farmacéutica		Prestacional
Sepelio	CE7	$ 1,500,000.00

Ocupación Declarada Tomador/Asegurado: Servicios de promociones y/o modelaje publicitario o artístico

Beneficiario: HEREDEROS LEGALES

Los vocablos "Asegurado" , "Tomador" y/o "Contratante", se usan indistintamente en esta póliza, por lo que debe dársele el significado que corresponda según las circunstancias del caso.

Cláusulas y anexos que forman parte integrante del presente contrato

Condiciones Generales Específicas:
Cláusulas Adicionales:
Condiciones Específicas: CE1, CE2, CE4, CE7

Exclusiones de la cobertura según Anexo 1

PREMIO DEL CERTIFICADO: 5611.92

Agencia: 2239
La Segunda (oficina San Isidro)
Santa Fe 440
1642 - San Isidro (Ba)
Matrícula: 0
Mail: sanisidro@lasegunda.com.ar
Teléfono: 1147439626

Zona: 21
Zona Buenos Aires
Avenida Eduardo Madero 942
1001 - Ciudad Autonoma Bs.as. (Cf)
Matrícula: 0

LA SEGUNDA PERSONAS
Compañía de Seguros de Personas S.A.

Pablo Ercole
Apoderado

Luis Mario Castellini
Apoderado

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

(*) Computar el crédito fiscal en proporción a las cuotas convenidas, s/Art. 12.1, Decreto 692/98.
Cuando el texto de la presente póliza difiera del contenido de la Propuesta, la diferencia se considerara aprobada por el Asegurado, si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza.
ESTA POLIZA HA SIDO APROBADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION POR RES. SSN N°87958 Y SUS MODIFICATORIAS.
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 0341-4201000 (int. 3625 y/o 2532). Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web https://www.lasegunda.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.
A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora. El/los Contratantes y/o Beneficiarios adhieren al cumplimiento de lo dispuesto por la Ley N° 25.246 y normativas reglamentarias establecidas por la U.I.F.

la segunda PERSONAS

Condiciones específicas

CE1 Condición específica muerte

DEFINICIONES

Cláusula 1. A los fines de la presente póliza los términos que se indican a continuación tendrán los siguientes significados y alcances:

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

RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA

Cláusula 2. El riesgo amparado es el de muerte del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que el fallecimiento se produzca a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.
El Asegurador indemnizará a el o a los beneficiarios la suma asegurada establecida para esta cobertura en las Condiciones Particulares o en el Certificado individual, según corresponda.
En caso de viaje aéreo del Asegurado realizado en líneas de transporte aéreo regular, si no se tuvieran noticias del avión por un período no inferior a 2 (dos) meses, el Asegurador hará efectivo el pago de la suma asegurada establecida en la presente póliza para el caso de muerte. Si con posterioridad apareciera el Asegurado o se tuvieran noticias ciertas de él, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de las sumas abonadas.

CARÁCTER DEL BENEFICIO

Cláusula 3. Si el accidente causare la muerte del Asegurado, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura. Sin embargo, el Asegurador reducirá la prestación correspondiente a muerte en los porcentajes tomados en conjunto que hubiere abonado por coberturas de invalidez eventualmente incluidas en la póliza, como consecuencia de un accidente o varios ocurridos durante el período de vigencia del seguro.
En caso de muerte del Asegurado, quedarán sin efecto las restantes coberturas, ganando el Asegurador la totalidad de la prima.

DENUNCIA DEL FALLECIMIENTO

Cláusula 4. Ocurrido el fallecimiento del Asegurado, a los efectos de obtener el beneficio previsto, los beneficiarios deberán acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 7 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos:

a. Copia de la partida de defunción.
b. Declaración de médico que haya asistido al Asegurado o certificado su muerte.
c. Denuncia policial, si correspondiere.
d. El testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del hecho determinante de la muerte, salvo que razones procesales lo impidieran.
e. Copia de documento de identidad de los beneficiarios designados o declaratoria de herederos.

CE2 Condición específica invalidez permanente total o parcial

RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA

Cláusula 1. El riesgo amparado es la invalidez permanente del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.
Si el accidente causare una invalidez permanente determinada con prescindencia absoluta de la profesión u ocupación del Asegurado, el Asegurador abonará al Asegurado una indemnización igual al porcentaje que corresponda, sobre la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares, de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida según se indica en la tabla de valoración para Invalidez permanente.
Por pérdida total se entiende aquella que tiene lugar por la amputación o inhabilitación funcional total o definitiva del órgano lesionado.
La pérdida parcial de los miembros u órganos, será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional.
Para la evaluación de la incapacidad producto de un único accidente, se empleará el criterio de capacidad restante, utilizando aquella de mayor magnitud para comenzar con la evaluación y continuando de mayor a menor con el resto de las incapacidades medibles, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada para invalidez total y permanente.
Cuando la invalidez así establecida llegue al 80% se considerará invalidez total y se abonará por consiguiente íntegramente la suma asegurada.
La indemnización por lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración que precede constituyan una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con los casos previstos y siempre independientemente de la profesión y ocupación del Asegurado.
Las invalideces derivadas de accidentes sucesivos ocurridos durante un mismo período anual de la vigencia de la cobertura, serán tomadas en cuenta a fin de fijar el grado de invalidez a indemnizar por el último accidente.
La pérdida de miembros u órganos incapacitados antes de cada accidente, solamente será indemnizada en la medida que constituya una agravación de la invalidez anterior.
La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo si se ha producido por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponde por la pérdida del dedo entero si se trata del pulgar y a la tercera parte por cada falange si se trata de otros dedos.
Si las consecuencias de un accidente ya indemnizado se agravarán y, durante el transcurso de los 12 (doce) meses siguientes a la fecha del accidente, ocasionarán otra/s pérdida/s, el Asegurador abonará cualquier diferencia que pudiera corresponder, sin exceder el máximo de la cobertura.
Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente de él, de un estado constitucional anormal con respecto a la edad del Asegurado, o de un defecto físico de cualquier naturaleza y origen, la indemnización que corresponda se liquidará de acuerdo con las consecuencias que el mismo accidente hubiera presumiblemente producido sin la mencionada concausa, salvo que ésta fuere consecuencia de un accidente cubierto por la póliza y ocurrido durante la vigencia de la misma.
El pago de la suma total asegurada por incapacidad permanente total o por una suma de incapacidades permanentes parciales a raíz de uno o varios accidentes cubiertos por la póliza y ocurridos durante su vigencia, agota la cobertura brindada por este contrato, ganando el Asegurador la totalidad de la prima.

CE4 Condición específica asistencia médica y farmacéutica

DEFINICIONES

Cláusula 1. A los fines de la presente póliza los términos que se indican a continuación tendrán exclusivamente los siguientes significados y alcances:
Asistencia médica y farmacéutica: se entiende por tal a la atención médica y farmacéutica a la que haya sido sometido el Asegurado, prescripta por un médico matriculado y producida como consecuencia inmediata de un accidente, con exclusión de aquellos que sean cubiertos al Asegurado por una Obra Social y/o sistema de medicina privada al que se encuentre afiliado el Asegurado.

Asistencia médica: se incluyen bajo este concepto la totalidad de las prestaciones médicas que pudiera requerir la atención del Asegurado, siendo que las mismas fueran requeridas durante una internación o en forma ambulatoria. Quedan comprendidas bajo este concepto:

- Las consultas médicas correspondientes a todas las especialidades reconocidas por la autoridad sanitaria;
- Las internaciones clínico-quirúrgicas, especializadas, de alta complejidad y domiciliarias;
- Las intervenciones quirúrgicas y no quirúrgicas;
- Las prácticas de diagnóstico (análisis clínicos y estudios de alta complejidad);
- Las prácticas terapéuticas de baja, media y alta complejidad médica.

Asistencia farmacéutica: se incluye bajo este concepto la provisión de la totalidad de los medicamentos que pudiere requerir la atención de la afección del Asegurado, tanto sea para su tratamiento ambulatorio como durante la internación.

Prestador médico: se entiende por tal al médico o instituto médico bajo la órbita y control de la Superintendencia de Salud, con quien el Asegurador posea convenio para otorgar la asistencia médica prevista en la presente Condición Específica y que se informa al Asegurado.

Gastos de traslado: son los gastos en los que incurra el Asegurado con motivo de su traslado desde, hasta o entre establecimientos de salud, siendo dicho traslado necesario para el diagnóstico o tratamiento de su patología y respondan exclusivamente a la imposibilidad del Asegurado de movilizarse por sus propios medios, de acuerdo a indicación médica. La elección y las características del vehículo a emplear en el traslado, dependerán del estado clínico del Asegurado. Estos traslados, salvo casos de urgencia que no permitan cumplimentar este requisito, requerirán la previa autorización de la auditoría médica del Asegurador.

RIESGOS CUBIERTOS – LÍMITES INDEMNIZATORIOS
Cláusula 2. El riesgo amparado por esta Condición Específica es el de los gastos médicos y gastos de traslado incurridos por el Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia del seguro, durante el plazo máximo de un año desde la fecha de ocurrencia del mismo y hasta la suma asegurada prevista en las Condiciones Particulares.

El Asegurador, a través de la red de prestadores con la cual posee convenio, brindará al Asegurado las prestaciones de asistencia médica que éste pudiera demandar, originadas en un accidente cubierto por la presente cobertura.

Únicamente en los casos en que resultara imposible la comunicación al Asegurador para la atención de una urgencia o cuando comunicada, éste no pudiera brindar la prestación en el plazo que demande la gravedad de la afección, el Asegurado podrá requerir su atención en un prestador médico no incluido en la red, dando inmediato aviso al Asegurador. Sólo en este supuesto, el Asegurador, previa verificación de los hechos, reintegrará los gastos derivados de la asistencia médica recibida por el Asegurado, dentro de los 15 (quince) días de efectuado el reclamo y de adjuntada la documentación correspondiente, incluidas las facturas originales respecto de las cuales se solicita el reintegro con indicación de los conceptos facturados.

En el caso que el Asegurado requiera la asistencia médica con motivo de una emergencia o urgencia médica y que una vez prestada la misma se verifique que dicha atención no respondía a un accidente cubierto por las presentes Condiciones Específicas, el Asegurador se reserva el derecho a recuperar del Asegurado el monto de las prestaciones otorgadas por el prestador médico en razón de la presente cobertura.

La asistencia médica y farmacéutica se extiende a la prestada en el extranjero, salvo en países que no mantengan relaciones diplomáticas con la República Argentina.

CARÁCTER DEL BENEFICIO
Cláusula 3. Queda entendido y convenido que en caso de siniestro que afecte las restantes coberturas no se deducirán de las mismas los importes que se hubieran abonado en concepto de gastos médicos y gastos de traslado, ya que esta cobertura es adicional e independiente de las demás.

Luego de abonada cualquier indemnización, esta cobertura quedará automáticamente restablecida para nuevos siniestros, obligándose el Asegurado al pago de la prima sobre el monto que se restablece calculada a prorrata desde la fecha del siniestro que originó la reducción de la suma asegurada.

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR
Cláusula 4. Ocurrido el accidente que diera lugar a la asistencia médica o gastos de traslado cubiertos por la presente Condición Específica, a los efectos de obtener el beneficio previsto, el Asegurado o su representante deberán:

a. Presentarse ante el prestador médico con documento de identidad y el formulario de denuncia del siniestro.
b. Cumplimentar los requisitos relativos a la denuncia del accidente de conformidad con lo establecido en Cláusula 9 de las Condiciones Generales Comunes.
c. En caso de solicitar el reembolso de gastos, las facturas originales respecto de las cuales solicita el reintegro, en las cuales deberá constar la identificación de los conceptos facturados.

CE7 Condición específica sepelio por reintegro

DEFINICIONES
Cláusula 1. A los fines de la presente póliza los términos que se indican a continuación tendrán exclusivamente los siguientes significados y alcances:

GASTOS DE SEPELIO: se entienden por tales aquellos gastos en los que se incurra con motivo del entierro o cremación del Asegurado, fallecido como consecuencia inmediata de un accidente.

RIESGOS CUBIERTOS – LÍMITES INDEMNIZATORIOS
Cláusula 2. El riesgo amparado por esta Condición Específica es el de los Gastos de Sepelio incurridos ante la muerte de un Asegurado, como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia del seguro, y siempre que la muerte se produzca dentro de un año a contar de la fecha del mismo. El Asegurador deberá abonar los gastos de sepelio incurrido, contra la presentación de las facturas y/o comprobante de pagos respectivos, hasta un máximo equivalente a la Suma Asegurada de esta Condición Específica, indicada en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Incorporación, según corresponda.

CARÁCTER DEL BENEFICIO
Cláusula 3. Queda entendido y convenido que en caso de siniestro que afecte a las restantes coberturas no se deducirán de las mismas los importes que se hubieran abonado en concepto de Gastos de Sepelio, ya que esta cobertura es adicional e independiente a las demás.

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR
Cláusula 4. Ocurrida la muerte que diera lugar a los Gastos de Sepelio cubiertos por la presente Condición Específica, a los efectos de obtener el beneficio previsto, el Beneficiario deberá acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 3 de las Condiciones Generales Específicas y en la Condición Específica de la Cobertura de Muerte, los siguientes elementos:

a) Las facturas originales respecto de las cuales solicita el reintegro, en las cuales deberá constar la identificación de los conceptos facturados.

LA SEGUNDA PERSONAS
Compañía de Seguros de Personas

Póliza de seguro de accidentes personales - Colectivo - Estándar

la segunda PERSONAS

Emitida en Rosario, a los 27 días del mes de julio del 2026

Casa Central: Brig. Gral. Juan Manuel de Rosas 957, S2000CCE Rosario, Sta. Fe -Tel: (+54-341) 420-1000
Of. Bs. As.: Av. E. Madero 942 4° Piso - C1106ACW Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Tel: (+54-11) 431-06500 (Líneas Rotativas)
www.lasegunda.com.ar | C.U.I.T. N° 30-50003462-5 - Ing. Brutos Convenio Multilateral 921-750512-2 IVA Responsable Inscripto

002-030-0060547995-000000

N° Póliza	Vigencia		Información general				
	Desde	Hasta	Certificado N°	Movimiento	Renueva Póliza N°	Período	Cuotas
60.547.995	12h del 07/08/2026	12h del 21/08/2026	5	000	-	14 días	Contado

Información del tomador

Ana Lucia Anello
Monseñor Alberti 655
1642 - San Isidro (Ba)

Tipo y N° de ID: C.U.I.L 27270507293
Cond. de IVA: Consumidor final
Ing. Brutos: Exento
Sell. Pcial: 100 %

Información del asegurado

MERCEDES DE ALDECOA
D.N.I. 22177502
Fecha de nac.: 17/09/1971

Certificamos que, sobre la propuesta presentada, La Segunda Compañía de personas S.A. ampara al Asegurado que se consigna, rigiendo las condiciones Generales y Particulares estipuladas en las póliza de referencia, para el riesgo y cobertura que a continuación se detalla.

Información del riesgo

Riesgos cubiertos		Sumas aseguradas por cobertura
Muerte	CE1	$ 40,000,000.00
Invalidez	CE2	$ 40,000,000.00
Asistencia Médica Farmacéutica	CE4	$ 18,000,000.00
Tipo de Asistencia Medica Farmacéutica		Prestacional
Sepelio	CE7	$ 1,500,000.00

Ocupación Declarada Tomador/Asegurado: Servicios de promociones y/o modelaje publicitario o artístico

Beneficiario: HEREDEROS LEGALES

Los vocablos "Asegurado" , "Tomador" y/o "Contratante", se usan indistintamente en esta póliza, por lo que debe dársele el significado que corresponda según las circunstancias del caso.

Cláusulas y anexos que forman parte integrante del presente contrato

Condiciones Generales Específicas:
Cláusulas Adicionales:
Condiciones Específicas: CE1, CE2, CE4, CE7

Exclusiones de la cobertura según Anexo 1

PREMIO DEL CERTIFICADO: 5611.92

Agencia: 2239
La Segunda (oficina San Isidro)
Santa Fe 440
1642 - San Isidro (Ba)
Matrícula: 0
Mail: sanisidro@lasegunda.com.ar
Teléfono: 1147439626

Zona: 21
Zona Buenos Aires
Avenida Eduardo Madero 942
1001 - Ciudad Autonoma Bs.as. (Cf)
Matrícula: 0

LA SEGUNDA PERSONAS
Compañía de Seguros de Personas S.A.

Pablo Ercole
Apoderado

Luis Mario Castellini
Apoderado

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

(*) Computar el crédito fiscal en proporción a las cuotas convenidas, s/Art. 12.1, Decreto 692/98.
Cuando el texto de la presente póliza difiera del contenido de la Propuesta, la diferencia se considerara aprobada por el Asegurado, si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza.
ESTA POLIZA HA SIDO APROBADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION POR RES. SSN N°87958 Y SUS MODIFICATORIAS.
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 0341-4201000 (int. 3625 y/o 2532). Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web https://www.lasegunda.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.
A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora. El/los Contratantes y/o Beneficiarios adhieren al cumplimiento de lo dispuesto por la Ley N° 25.246 y normativas reglamentarias establecidas por la U.I.F.

la segunda PERSONAS

Condiciones específicas

CE1 Condición específica muerte

DEFINICIONES

Cláusula 1. A los fines de la presente póliza los términos que se indican a continuación tendrán los siguientes significados y alcances:

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

RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA

Cláusula 2. El riesgo amparado es el de muerte del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que el fallecimiento se produzca a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.
El Asegurador indemnizará a el o a los beneficiarios la suma asegurada establecida para esta cobertura en las Condiciones Particulares o en el Certificado individual, según corresponda.
En caso de viaje aéreo del Asegurado realizado en líneas de transporte aéreo regular, si no se tuvieran noticias del avión por un período no inferior a 2 (dos) meses, el Asegurador hará efectivo el pago de la suma asegurada establecida en la presente póliza para el caso de muerte. Si con posterioridad apareciera el Asegurado o se tuvieran noticias ciertas de él, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de las sumas abonadas.

CARÁCTER DEL BENEFICIO

Cláusula 3. Si el accidente causare la muerte del Asegurado, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura. Sin embargo, el Asegurador reducirá la prestación correspondiente a muerte en los porcentajes tomados en conjunto que hubiere abonado por coberturas de invalidez eventualmente incluidas en la póliza, como consecuencia de un accidente o varios ocurridos durante el período de vigencia del seguro.
En caso de muerte del Asegurado, quedarán sin efecto las restantes coberturas, ganando el Asegurador la totalidad de la prima.

DENUNCIA DEL FALLECIMIENTO

Cláusula 4. Ocurrido el fallecimiento del Asegurado, a los efectos de obtener el beneficio previsto, los beneficiarios deberán acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 7 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos:

a. Copia de la partida de defunción.
b. Declaración de médico que haya asistido al Asegurado o certificado su muerte.
c. Denuncia policial, si correspondiere.
d. El testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del hecho determinante de la muerte, salvo que razones procesales lo impidieran.
e. Copia de documento de identidad de los beneficiarios designados o declaratoria de herederos.

CE2 Condición específica invalidez permanente total o parcial

RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA

Cláusula 1. El riesgo amparado es la invalidez permanente del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.
Si el accidente causare una invalidez permanente determinada con prescindencia absoluta de la profesión u ocupación del Asegurado, el Asegurador abonará al Asegurado una indemnización igual al porcentaje que corresponda, sobre la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares, de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida según se indica en la tabla de valoración para Invalidez permanente.
Por pérdida total se entiende aquella que tiene lugar por la amputación o inhabilitación funcional total o definitiva del órgano lesionado.
La pérdida parcial de los miembros u órganos, será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional.
Para la evaluación de la incapacidad producto de un único accidente, se empleará el criterio de capacidad restante, utilizando aquella de mayor magnitud para comenzar con la evaluación y continuando de mayor a menor con el resto de las incapacidades medibles, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada para invalidez total y permanente.
Cuando la invalidez así establecida llegue al 80% se considerará invalidez total y se abonará por consiguiente íntegramente la suma asegurada.
La indemnización por lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración que precede constituyan una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con los casos previstos y siempre independientemente de la profesión y ocupación del Asegurado.
Las invalideces derivadas de accidentes sucesivos ocurridos durante un mismo período anual de la vigencia de la cobertura, serán tomadas en cuenta a fin de fijar el grado de invalidez a indemnizar por el último accidente.
La pérdida de miembros u órganos incapacitados antes de cada accidente, solamente será indemnizada en la medida que constituya una agravación de la invalidez anterior.
La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo si se ha producido por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponde por la pérdida del dedo entero si se trata del pulgar y a la tercera parte por cada falange si se trata de otros dedos.
Si las consecuencias de un accidente ya indemnizado se agravarán y, durante el transcurso de los 12 (doce) meses siguientes a la fecha del accidente, ocasionarán otra/s pérdida/s, el Asegurador abonará cualquier diferencia que pudiera corresponder, sin exceder el máximo de la cobertura.
Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente de él, de un estado constitucional anormal con respecto a la edad del Asegurado, o de un defecto físico de cualquier naturaleza y origen, la indemnización que corresponda se liquidará de acuerdo con las consecuencias que el mismo accidente hubiera presumiblemente producido sin la mencionada concausa, salvo que ésta fuere consecuencia de un accidente cubierto por la póliza y ocurrido durante la vigencia de la misma.
El pago de la suma total asegurada por incapacidad permanente total o por una suma de incapacidades permanentes parciales a raíz de uno o varios accidentes cubiertos por la póliza y ocurridos durante su vigencia, agota la cobertura brindada por este contrato, ganando el Asegurador la totalidad de la prima.

CE4 Condición específica asistencia médica y farmacéutica

DEFINICIONES

Cláusula 1. A los fines de la presente póliza los términos que se indican a continuación tendrán exclusivamente los siguientes significados y alcances:
Asistencia médica y farmacéutica: se entiende por tal a la atención médica y farmacéutica a la que haya sido sometido el Asegurado, prescripta por un médico matriculado y producida como consecuencia inmediata de un accidente, con exclusión de aquellos que sean cubiertos al Asegurado por una Obra Social y/o sistema de medicina privada al que se encuentre afiliado el Asegurado.

Asistencia médica: se incluyen bajo este concepto la totalidad de las prestaciones médicas que pudiera requerir la atención del Asegurado, siendo que las mismas fueran requeridas durante una internación o en forma ambulatoria. Quedan comprendidas bajo este concepto:

- Las consultas médicas correspondientes a todas las especialidades reconocidas por la autoridad sanitaria;
- Las internaciones clínico-quirúrgicas, especializadas, de alta complejidad y domiciliarias;
- Las intervenciones quirúrgicas y no quirúrgicas;
- Las prácticas de diagnóstico (análisis clínicos y estudios de alta complejidad);
- Las prácticas terapéuticas de baja, media y alta complejidad médica.

Asistencia farmacéutica: se incluye bajo este concepto la provisión de la totalidad de los medicamentos que pudiere requerir la atención de la afección del Asegurado, tanto sea para su tratamiento ambulatorio como durante la internación.

Prestador médico: se entiende por tal al médico o instituto médico bajo la órbita y control de la Superintendencia de Salud, con quien el Asegurador posea convenio para otorgar la asistencia médica prevista en la presente Condición Específica y que se informa al Asegurado.

Gastos de traslado: son los gastos en los que incurra el Asegurado con motivo de su traslado desde, hasta o entre establecimientos de salud, siendo dicho traslado necesario para el diagnóstico o tratamiento de su patología y respondan exclusivamente a la imposibilidad del Asegurado de movilizarse por sus propios medios, de acuerdo a indicación médica. La elección y las características del vehículo a emplear en el traslado, dependerán del estado clínico del Asegurado. Estos traslados, salvo casos de urgencia que no permitan cumplimentar este requisito, requerirán la previa autorización de la auditoría médica del Asegurador.

RIESGOS CUBIERTOS – LÍMITES INDEMNIZATORIOS
Cláusula 2. El riesgo amparado por esta Condición Específica es el de los gastos médicos y gastos de traslado incurridos por el Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia del seguro, durante el plazo máximo de un año desde la fecha de ocurrencia del mismo y hasta la suma asegurada prevista en las Condiciones Particulares.

El Asegurador, a través de la red de prestadores con la cual posee convenio, brindará al Asegurado las prestaciones de asistencia médica que éste pudiera demandar, originadas en un accidente cubierto por la presente cobertura.

Únicamente en los casos en que resultara imposible la comunicación al Asegurador para la atención de una urgencia o cuando comunicada, éste no pudiera brindar la prestación en el plazo que demande la gravedad de la afección, el Asegurado podrá requerir su atención en un prestador médico no incluido en la red, dando inmediato aviso al Asegurador. Sólo en este supuesto, el Asegurador, previa verificación de los hechos, reintegrará los gastos derivados de la asistencia médica recibida por el Asegurado, dentro de los 15 (quince) días de efectuado el reclamo y de adjuntada la documentación correspondiente, incluidas las facturas originales respecto de las cuales se solicita el reintegro con indicación de los conceptos facturados.

En el caso que el Asegurado requiera la asistencia médica con motivo de una emergencia o urgencia médica y que una vez prestada la misma se verifique que dicha atención no respondía a un accidente cubierto por las presentes Condiciones Específicas, el Asegurador se reserva el derecho a recuperar del Asegurado el monto de las prestaciones otorgadas por el prestador médico en razón de la presente cobertura.

La asistencia médica y farmacéutica se extiende a la prestada en el extranjero, salvo en países que no mantengan relaciones diplomáticas con la República Argentina.

CARÁCTER DEL BENEFICIO
Cláusula 3. Queda entendido y convenido que en caso de siniestro que afecte las restantes coberturas no se deducirán de las mismas los importes que se hubieran abonado en concepto de gastos médicos y gastos de traslado, ya que esta cobertura es adicional e independiente de las demás.

Luego de abonada cualquier indemnización, esta cobertura quedará automáticamente restablecida para nuevos siniestros, obligándose el Asegurado al pago de la prima sobre el monto que se restablece calculada a prorrata desde la fecha del siniestro que originó la reducción de la suma asegurada.

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR
Cláusula 4. Ocurrido el accidente que diera lugar a la asistencia médica o gastos de traslado cubiertos por la presente Condición Específica, a los efectos de obtener el beneficio previsto, el Asegurado o su representante deberán:

a. Presentarse ante el prestador médico con documento de identidad y el formulario de denuncia del siniestro.
b. Cumplimentar los requisitos relativos a la denuncia del accidente de conformidad con lo establecido en Cláusula 9 de las Condiciones Generales Comunes.
c. En caso de solicitar el reembolso de gastos, las facturas originales respecto de las cuales solicita el reintegro, en las cuales deberá constar la identificación de los conceptos facturados.

CE7 Condición específica sepelio por reintegro

DEFINICIONES
Cláusula 1. A los fines de la presente póliza los términos que se indican a continuación tendrán exclusivamente los siguientes significados y alcances:

GASTOS DE SEPELIO: se entienden por tales aquellos gastos en los que se incurra con motivo del entierro o cremación del Asegurado, fallecido como consecuencia inmediata de un accidente.

RIESGOS CUBIERTOS – LÍMITES INDEMNIZATORIOS
Cláusula 2. El riesgo amparado por esta Condición Específica es el de los Gastos de Sepelio incurridos ante la muerte de un Asegurado, como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia del seguro, y siempre que la muerte se produzca dentro de un año a contar de la fecha del mismo. El Asegurador deberá abonar los gastos de sepelio incurrido, contra la presentación de las facturas y/o comprobante de pagos respectivos, hasta un máximo equivalente a la Suma Asegurada de esta Condición Específica, indicada en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Incorporación, según corresponda.

CARÁCTER DEL BENEFICIO
Cláusula 3. Queda entendido y convenido que en caso de siniestro que afecte a las restantes coberturas no se deducirán de las mismas los importes que se hubieran abonado en concepto de Gastos de Sepelio, ya que esta cobertura es adicional e independiente a las demás.

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR
Cláusula 4. Ocurrida la muerte que diera lugar a los Gastos de Sepelio cubiertos por la presente Condición Específica, a los efectos de obtener el beneficio previsto, el Beneficiario deberá acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 3 de las Condiciones Generales Específicas y en la Condición Específica de la Cobertura de Muerte, los siguientes elementos:

a) Las facturas originales respecto de las cuales solicita el reintegro, en las cuales deberá constar la identificación de los conceptos facturados.

LA SEGUNDA PERSONAS
Compañía de Seguros de Personas

Póliza de seguro de accidentes personales - Colectivo - Estándar

la segunda PERSONAS

Emitida en Rosario, a los 27 días del mes de julio del 2026

Casa Central: Brig. Gral. Juan Manuel de Rosas 957, S2000CCE Rosario, Sta. Fe -Tel: (+54-341) 420-1000
Of. Bs. As.: Av. E. Madero 942 4° Piso - C1106ACW Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Tel: (+54-11) 431-06500 (Líneas Rotativas)
www.lasegunda.com.ar | C.U.I.T. N° 30-50003462-5 - Ing. Brutos Convenio Multilateral 921-750512-2 IVA Responsable Inscripto

002-030-0060547995-000000

N° Póliza	Vigencia		Información general				
	Desde	Hasta	Certificado N°	Movimiento	Renueva Póliza N°	Período	Cuotas
60.547.995	12h del 07/08/2026	12h del 21/08/2026	3	000	-	14 días	Contado

Información del tomador

Ana Lucia Anello
Monseñor Alberti 655
1642 - San Isidro (Ba)

Tipo y N° de ID: C.U.I.L 27270507293
Cond. de IVA: Consumidor final
Ing. Brutos: Exento
Sell. Pcial: 100 %

Información del asegurado

ROCIO MARIA DIAZ
D.N.I. 47494192
Fecha de nac.: 26/10/2006

Certificamos que, sobre la propuesta presentada, La Segunda Compañía de personas S.A. ampara al Asegurado que se consigna, rigiendo las condiciones Generales y Particulares estipuladas en las póliza de referencia, para el riesgo y cobertura que a continuación se detalla.

Información del riesgo

Riesgos cubiertos		Sumas aseguradas por cobertura
Muerte	CE1	$ 40,000,000.00
Invalidez	CE2	$ 40,000,000.00
Asistencia Médica Farmacéutica	CE4	$ 18,000,000.00
Tipo de Asistencia Medica Farmacéutica		Prestacional
Sepelio	CE7	$ 1,500,000.00

Ocupación Declarada Tomador/Asegurado: Servicios de promociones y/o modelaje publicitario o artístico

Beneficiario: HEREDEROS LEGALES

Los vocablos "Asegurado" , "Tomador" y/o "Contratante", se usan indistintamente en esta póliza, por lo que debe dársele el significado que corresponda según las circunstancias del caso.

Cláusulas y anexos que forman parte integrante del presente contrato

Condiciones Generales Específicas:
Cláusulas Adicionales:
Condiciones Específicas: CE1, CE2, CE4, CE7

Exclusiones de la cobertura según Anexo 1

PREMIO DEL CERTIFICADO: 5611.92

Agencia: 2239
La Segunda (oficina San Isidro)
Santa Fe 440
1642 - San Isidro (Ba)
Matrícula: 0
Mail: sanisidro@lasegunda.com.ar
Teléfono: 1147439626

Zona: 21
Zona Buenos Aires
Avenida Eduardo Madero 942
1001 - Ciudad Autonoma Bs.as. (Cf)
Matrícula: 0

LA SEGUNDA PERSONAS
Compañía de Seguros de Personas S.A.

Pablo Ercole
Apoderado

Luis Mario Castellini
Apoderado

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

(*) Computar el crédito fiscal en proporción a las cuotas convenidas, s/Art. 12.1, Decreto 692/98.
Cuando el texto de la presente póliza difiera del contenido de la Propuesta, la diferencia se considerara aprobada por el Asegurado, si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza.
ESTA POLIZA HA SIDO APROBADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION POR RES. SSN N°87958 Y SUS MODIFICATORIAS.
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 0341-4201000 (int. 3625 y/o 2532). Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web https://www.lasegunda.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.
A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora. El/los Contratantes y/o Beneficiarios adhieren al cumplimiento de lo dispuesto por la Ley N° 25.246 y normativas reglamentarias establecidas por la U.I.F.

la segunda PERSONAS

Condiciones específicas

CE1 Condición específica muerte

DEFINICIONES

Cláusula 1. A los fines de la presente póliza los términos que se indican a continuación tendrán los siguientes significados y alcances:

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

RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA

Cláusula 2. El riesgo amparado es el de muerte del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que el fallecimiento se produzca a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.
El Asegurador indemnizará a el o a los beneficiarios la suma asegurada establecida para esta cobertura en las Condiciones Particulares o en el Certificado individual, según corresponda.
En caso de viaje aéreo del Asegurado realizado en líneas de transporte aéreo regular, si no se tuvieran noticias del avión por un período no inferior a 2 (dos) meses, el Asegurador hará efectivo el pago de la suma asegurada establecida en la presente póliza para el caso de muerte. Si con posterioridad apareciera el Asegurado o se tuvieran noticias ciertas de él, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de las sumas abonadas.

CARÁCTER DEL BENEFICIO

Cláusula 3. Si el accidente causare la muerte del Asegurado, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura. Sin embargo, el Asegurador reducirá la prestación correspondiente a muerte en los porcentajes tomados en conjunto que hubiere abonado por coberturas de invalidez eventualmente incluidas en la póliza, como consecuencia de un accidente o varios ocurridos durante el período de vigencia del seguro.
En caso de muerte del Asegurado, quedarán sin efecto las restantes coberturas, ganando el Asegurador la totalidad de la prima.

DENUNCIA DEL FALLECIMIENTO

Cláusula 4. Ocurrido el fallecimiento del Asegurado, a los efectos de obtener el beneficio previsto, los beneficiarios deberán acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 7 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos:

a. Copia de la partida de defunción.
b. Declaración de médico que haya asistido al Asegurado o certificado su muerte.
c. Denuncia policial, si correspondiere.
d. El testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del hecho determinante de la muerte, salvo que razones procesales lo impidieran.
e. Copia de documento de identidad de los beneficiarios designados o declaratoria de herederos.

CE2 Condición específica invalidez permanente total o parcial

RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA

Cláusula 1. El riesgo amparado es la invalidez permanente del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.
Si el accidente causare una invalidez permanente determinada con prescindencia absoluta de la profesión u ocupación del Asegurado, el Asegurador abonará al Asegurado una indemnización igual al porcentaje que corresponda, sobre la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares, de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida según se indica en la tabla de valoración para Invalidez permanente.
Por pérdida total se entiende aquella que tiene lugar por la amputación o inhabilitación funcional total o definitiva del órgano lesionado.
La pérdida parcial de los miembros u órganos, será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional.
Para la evaluación de la incapacidad producto de un único accidente, se empleará el criterio de capacidad restante, utilizando aquella de mayor magnitud para comenzar con la evaluación y continuando de mayor a menor con el resto de las incapacidades medibles, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada para invalidez total y permanente.
Cuando la invalidez así establecida llegue al 80% se considerará invalidez total y se abonará por consiguiente íntegramente la suma asegurada.
La indemnización por lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración que precede constituyan una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con los casos previstos y siempre independientemente de la profesión y ocupación del Asegurado.
Las invalideces derivadas de accidentes sucesivos ocurridos durante un mismo período anual de la vigencia de la cobertura, serán tomadas en cuenta a fin de fijar el grado de invalidez a indemnizar por el último accidente.
La pérdida de miembros u órganos incapacitados antes de cada accidente, solamente será indemnizada en la medida que constituya una agravación de la invalidez anterior.
La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo si se ha producido por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponde por la pérdida del dedo entero si se trata del pulgar y a la tercera parte por cada falange si se trata de otros dedos.
Si las consecuencias de un accidente ya indemnizado se agravarán y, durante el transcurso de los 12 (doce) meses siguientes a la fecha del accidente, ocasionarán otra/s pérdida/s, el Asegurador abonará cualquier diferencia que pudiera corresponder, sin exceder el máximo de la cobertura.
Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente de él, de un estado constitucional anormal con respecto a la edad del Asegurado, o de un defecto físico de cualquier naturaleza y origen, la indemnización que corresponda se liquidará de acuerdo con las consecuencias que el mismo accidente hubiera presumiblemente producido sin la mencionada concausa, salvo que ésta fuere consecuencia de un accidente cubierto por la póliza y ocurrido durante la vigencia de la misma.
El pago de la suma total asegurada por incapacidad permanente total o por una suma de incapacidades permanentes parciales a raíz de uno o varios accidentes cubiertos por la póliza y ocurridos durante su vigencia, agota la cobertura brindada por este contrato, ganando el Asegurador la totalidad de la prima.

CE4 Condición específica asistencia médica y farmacéutica

DEFINICIONES

Cláusula 1. A los fines de la presente póliza los términos que se indican a continuación tendrán exclusivamente los siguientes significados y alcances:
Asistencia médica y farmacéutica: se entiende por tal a la atención médica y farmacéutica a la que haya sido sometido el Asegurado, prescripta por un médico matriculado y producida como consecuencia inmediata de un accidente, con exclusión de aquellos que sean cubiertos al Asegurado por una Obra Social y/o sistema de medicina privada al que se encuentre afiliado el Asegurado.

Asistencia médica: se incluyen bajo este concepto la totalidad de las prestaciones médicas que pudiera requerir la atención del Asegurado, siendo que las mismas fueran requeridas durante una internación o en forma ambulatoria. Quedan comprendidas bajo este concepto:

- Las consultas médicas correspondientes a todas las especialidades reconocidas por la autoridad sanitaria;
- Las internaciones clínico-quirúrgicas, especializadas, de alta complejidad y domiciliarias;
- Las intervenciones quirúrgicas y no quirúrgicas;
- Las prácticas de diagnóstico (análisis clínicos y estudios de alta complejidad);
- Las prácticas terapéuticas de baja, media y alta complejidad médica.

Asistencia farmacéutica: se incluye bajo este concepto la provisión de la totalidad de los medicamentos que pudiere requerir la atención de la afección del Asegurado, tanto sea para su tratamiento ambulatorio como durante la internación.

Prestador médico: se entiende por tal al médico o instituto médico bajo la órbita y control de la Superintendencia de Salud, con quien el Asegurador posea convenio para otorgar la asistencia médica prevista en la presente Condición Específica y que se informa al Asegurado.

Gastos de traslado: son los gastos en los que incurra el Asegurado con motivo de su traslado desde, hasta o entre establecimientos de salud, siendo dicho traslado necesario para el diagnóstico o tratamiento de su patología y respondan exclusivamente a la imposibilidad del Asegurado de movilizarse por sus propios medios, de acuerdo a indicación médica. La elección y las características del vehículo a emplear en el traslado, dependerán del estado clínico del Asegurado. Estos traslados, salvo casos de urgencia que no permitan cumplimentar este requisito, requerirán la previa autorización de la auditoría médica del Asegurador.

RIESGOS CUBIERTOS – LÍMITES INDEMNIZATORIOS
Cláusula 2. El riesgo amparado por esta Condición Específica es el de los gastos médicos y gastos de traslado incurridos por el Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia del seguro, durante el plazo máximo de un año desde la fecha de ocurrencia del mismo y hasta la suma asegurada prevista en las Condiciones Particulares.

El Asegurador, a través de la red de prestadores con la cual posee convenio, brindará al Asegurado las prestaciones de asistencia médica que éste pudiera demandar, originadas en un accidente cubierto por la presente cobertura.

Únicamente en los casos en que resultara imposible la comunicación al Asegurador para la atención de una urgencia o cuando comunicada, éste no pudiera brindar la prestación en el plazo que demande la gravedad de la afección, el Asegurado podrá requerir su atención en un prestador médico no incluido en la red, dando inmediato aviso al Asegurador. Sólo en este supuesto, el Asegurador, previa verificación de los hechos, reintegrará los gastos derivados de la asistencia médica recibida por el Asegurado, dentro de los 15 (quince) días de efectuado el reclamo y de adjuntada la documentación correspondiente, incluidas las facturas originales respecto de las cuales se solicita el reintegro con indicación de los conceptos facturados.

En el caso que el Asegurado requiera la asistencia médica con motivo de una emergencia o urgencia médica y que una vez prestada la misma se verifique que dicha atención no respondía a un accidente cubierto por las presentes Condiciones Específicas, el Asegurador se reserva el derecho a recuperar del Asegurado el monto de las prestaciones otorgadas por el prestador médico en razón de la presente cobertura.

La asistencia médica y farmacéutica se extiende a la prestada en el extranjero, salvo en países que no mantengan relaciones diplomáticas con la República Argentina.

CARÁCTER DEL BENEFICIO
Cláusula 3. Queda entendido y convenido que en caso de siniestro que afecte las restantes coberturas no se deducirán de las mismas los importes que se hubieran abonado en concepto de gastos médicos y gastos de traslado, ya que esta cobertura es adicional e independiente de las demás.

Luego de abonada cualquier indemnización, esta cobertura quedará automáticamente restablecida para nuevos siniestros, obligándose el Asegurado al pago de la prima sobre el monto que se restablece calculada a prorrata desde la fecha del siniestro que originó la reducción de la suma asegurada.

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR
Cláusula 4. Ocurrido el accidente que diera lugar a la asistencia médica o gastos de traslado cubiertos por la presente Condición Específica, a los efectos de obtener el beneficio previsto, el Asegurado o su representante deberán:

a. Presentarse ante el prestador médico con documento de identidad y el formulario de denuncia del siniestro.
b. Cumplimentar los requisitos relativos a la denuncia del accidente de conformidad con lo establecido en Cláusula 9 de las Condiciones Generales Comunes.
c. En caso de solicitar el reembolso de gastos, las facturas originales respecto de las cuales solicita el reintegro, en las cuales deberá constar la identificación de los conceptos facturados.

CE7 Condición específica sepelio por reintegro

DEFINICIONES
Cláusula 1. A los fines de la presente póliza los términos que se indican a continuación tendrán exclusivamente los siguientes significados y alcances:

GASTOS DE SEPELIO: se entienden por tales aquellos gastos en los que se incurra con motivo del entierro o cremación del Asegurado, fallecido como consecuencia inmediata de un accidente.

RIESGOS CUBIERTOS – LÍMITES INDEMNIZATORIOS
Cláusula 2. El riesgo amparado por esta Condición Específica es el de los Gastos de Sepelio incurridos ante la muerte de un Asegurado, como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia del seguro, y siempre que la muerte se produzca dentro de un año a contar de la fecha del mismo. El Asegurador deberá abonar los gastos de sepelio incurrido, contra la presentación de las facturas y/o comprobante de pagos respectivos, hasta un máximo equivalente a la Suma Asegurada de esta Condición Específica, indicada en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Incorporación, según corresponda.

CARÁCTER DEL BENEFICIO
Cláusula 3. Queda entendido y convenido que en caso de siniestro que afecte a las restantes coberturas no se deducirán de las mismas los importes que se hubieran abonado en concepto de Gastos de Sepelio, ya que esta cobertura es adicional e independiente a las demás.

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR
Cláusula 4. Ocurrida la muerte que diera lugar a los Gastos de Sepelio cubiertos por la presente Condición Específica, a los efectos de obtener el beneficio previsto, el Beneficiario deberá acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 3 de las Condiciones Generales Específicas y en la Condición Específica de la Cobertura de Muerte, los siguientes elementos:

a) Las facturas originales respecto de las cuales solicita el reintegro, en las cuales deberá constar la identificación de los conceptos facturados.

LA SEGUNDA PERSONAS
Compañía de Seguros de Personas

Póliza de seguro de accidentes personales - Colectivo - Estándar

la segunda PERSONAS

Emitida en Rosario, a los 27 días del mes de julio del 2026

Casa Central: Brig. Gral. Juan Manuel de Rosas 957, S2000CCE Rosario, Sta. Fe -Tel: (+54-341) 420-1000
Of. Bs. As.: Av. E. Madero 942 4° Piso - C1106ACW Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Tel: (+54-11) 431-06500 (Líneas Rotativas)
www.lasegunda.com.ar | C.U.I.T. N° 30-50003462-5 - Ing. Brutos Convenio Multilateral 921-750512-2 IVA Responsable Inscripto

002-030-0060547995-000000

N° Póliza	Vigencia		Información general				
	Desde	Hasta	Certificado N°	Movimiento	Renueva Póliza N°	Período	Cuotas
60.547.995	12h del 07/08/2026	12h del 21/08/2026	2	000	-	14 días	Contado

Información del tomador

Ana Lucia Anello
Monseñor Alberti 655
1642 - San Isidro (Ba)

Tipo y N° de ID: C.U.I.L 27270507293
Cond. de IVA: Consumidor final
Ing. Brutos: Exento
Sell. Pcial: 100 %

Información del asegurado

MELANIA PATRICIA GAHAN
D.N.I. 24881748
Fecha de nac.: 29/09/1975

Certificamos que, sobre la propuesta presentada, La Segunda Compañía de personas S.A. ampara al Asegurado que se consigna, rigiendo las condiciones Generales y Particulares estipuladas en las póliza de referencia, para el riesgo y cobertura que a continuación se detalla.

Información del riesgo

Riesgos cubiertos		Sumas aseguradas por cobertura
Muerte	CE1	$ 40,000,000.00
Invalidez	CE2	$ 40,000,000.00
Asistencia Médica Farmacéutica	CE4	$ 18,000,000.00
Tipo de Asistencia Medica Farmacéutica		Prestacional
Sepelio	CE7	$ 1,500,000.00

Ocupación Declarada Tomador/Asegurado: Servicios de promociones y/o modelaje publicitario o artístico

Beneficiario: HEREDEROS LEGALES

Los vocablos "Asegurado" , "Tomador" y/o "Contratante", se usan indistintamente en esta póliza, por lo que debe dársele el significado que corresponda según las circunstancias del caso.

Cláusulas y anexos que forman parte integrante del presente contrato

Condiciones Generales Específicas:
Cláusulas Adicionales:
Condiciones Específicas: CE1, CE2, CE4, CE7

Exclusiones de la cobertura según Anexo 1

PREMIO DEL CERTIFICADO: 5611.91

Agencia: 2239
La Segunda (oficina San Isidro)
Santa Fe 440
1642 - San Isidro (Ba)
Matrícula: 0
Mail: sanisidro@lasegunda.com.ar
Teléfono: 1147439626

Zona: 21
Zona Buenos Aires
Avenida Eduardo Madero 942
1001 - Ciudad Autonoma Bs.as. (Cf)
Matrícula: 0

LA SEGUNDA PERSONAS
Compañía de Seguros de Personas S.A.

Pablo Ercole
Apoderado

Luis Mario Castellini
Apoderado

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

(*) Computar el crédito fiscal en proporción a las cuotas convenidas, s/Art. 12.1, Decreto 692/98.
Cuando el texto de la presente póliza difiera del contenido de la Propuesta, la diferencia se considerara aprobada por el Asegurado, si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza.
ESTA POLIZA HA SIDO APROBADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION POR RES. SSN N°87958 Y SUS MODIFICATORIAS.
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 0341-4201000 (int. 3625 y/o 2532). Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web https://www.lasegunda.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.
A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora. El/los Contratantes y/o Beneficiarios adhieren al cumplimiento de lo dispuesto por la Ley N° 25.246 y normativas reglamentarias establecidas por la U.I.F.

la segunda PERSONAS

Condiciones específicas

CE1 Condición específica muerte

DEFINICIONES

Cláusula 1. A los fines de la presente póliza los términos que se indican a continuación tendrán los siguientes significados y alcances:

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

RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA

Cláusula 2. El riesgo amparado es el de muerte del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que el fallecimiento se produzca a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.
El Asegurador indemnizará a el o a los beneficiarios la suma asegurada establecida para esta cobertura en las Condiciones Particulares o en el Certificado individual, según corresponda.
En caso de viaje aéreo del Asegurado realizado en líneas de transporte aéreo regular, si no se tuvieran noticias del avión por un período no inferior a 2 (dos) meses, el Asegurador hará efectivo el pago de la suma asegurada establecida en la presente póliza para el caso de muerte. Si con posterioridad apareciera el Asegurado o se tuvieran noticias ciertas de él, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de las sumas abonadas.

CARÁCTER DEL BENEFICIO

Cláusula 3. Si el accidente causare la muerte del Asegurado, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura. Sin embargo, el Asegurador reducirá la prestación correspondiente a muerte en los porcentajes tomados en conjunto que hubiere abonado por coberturas de invalidez eventualmente incluidas en la póliza, como consecuencia de un accidente o varios ocurridos durante el período de vigencia del seguro.
En caso de muerte del Asegurado, quedarán sin efecto las restantes coberturas, ganando el Asegurador la totalidad de la prima.

DENUNCIA DEL FALLECIMIENTO

Cláusula 4. Ocurrido el fallecimiento del Asegurado, a los efectos de obtener el beneficio previsto, los beneficiarios deberán acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 7 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos:

a. Copia de la partida de defunción.
b. Declaración de médico que haya asistido al Asegurado o certificado su muerte.
c. Denuncia policial, si correspondiere.
d. El testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del hecho determinante de la muerte, salvo que razones procesales lo impidieran.
e. Copia de documento de identidad de los beneficiarios designados o declaratoria de herederos.

CE2 Condición específica invalidez permanente total o parcial

RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA

Cláusula 1. El riesgo amparado es la invalidez permanente del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.
Si el accidente causare una invalidez permanente determinada con prescindencia absoluta de la profesión u ocupación del Asegurado, el Asegurador abonará al Asegurado una indemnización igual al porcentaje que corresponda, sobre la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares, de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida según se indica en la tabla de valoración para Invalidez permanente.
Por pérdida total se entiende aquella que tiene lugar por la amputación o inhabilitación funcional total o definitiva del órgano lesionado.
La pérdida parcial de los miembros u órganos, será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional.
Para la evaluación de la incapacidad producto de un único accidente, se empleará el criterio de capacidad restante, utilizando aquella de mayor magnitud para comenzar con la evaluación y continuando de mayor a menor con el resto de las incapacidades medibles, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada para invalidez total y permanente.
Cuando la invalidez así establecida llegue al 80% se considerará invalidez total y se abonará por consiguiente íntegramente la suma asegurada.
La indemnización por lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración que precede constituyan una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con los casos previstos y siempre independientemente de la profesión y ocupación del Asegurado.
Las invalideces derivadas de accidentes sucesivos ocurridos durante un mismo período anual de la vigencia de la cobertura, serán tomadas en cuenta a fin de fijar el grado de invalidez a indemnizar por el último accidente.
La pérdida de miembros u órganos incapacitados antes de cada accidente, solamente será indemnizada en la medida que constituya una agravación de la invalidez anterior.
La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo si se ha producido por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponde por la pérdida del dedo entero si se trata del pulgar y a la tercera parte por cada falange si se trata de otros dedos.
Si las consecuencias de un accidente ya indemnizado se agravarán y, durante el transcurso de los 12 (doce) meses siguientes a la fecha del accidente, ocasionarán otra/s pérdida/s, el Asegurador abonará cualquier diferencia que pudiera corresponder, sin exceder el máximo de la cobertura.
Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente de él, de un estado constitucional anormal con respecto a la edad del Asegurado, o de un defecto físico de cualquier naturaleza y origen, la indemnización que corresponda se liquidará de acuerdo con las consecuencias que el mismo accidente hubiera presumiblemente producido sin la mencionada concausa, salvo que ésta fuere consecuencia de un accidente cubierto por la póliza y ocurrido durante la vigencia de la misma.
El pago de la suma total asegurada por incapacidad permanente total o por una suma de incapacidades permanentes parciales a raíz de uno o varios accidentes cubiertos por la póliza y ocurridos durante su vigencia, agota la cobertura brindada por este contrato, ganando el Asegurador la totalidad de la prima.

CE4 Condición específica asistencia médica y farmacéutica

DEFINICIONES

Cláusula 1. A los fines de la presente póliza los términos que se indican a continuación tendrán exclusivamente los siguientes significados y alcances:
Asistencia médica y farmacéutica: se entiende por tal a la atención médica y farmacéutica a la que haya sido sometido el Asegurado, prescripta por un médico matriculado y producida como consecuencia inmediata de un accidente, con exclusión de aquellos que sean cubiertos al Asegurado por una Obra Social y/o sistema de medicina privada al que se encuentre afiliado el Asegurado.

Asistencia médica: se incluyen bajo este concepto la totalidad de las prestaciones médicas que pudiera requerir la atención del Asegurado, siendo que las mismas fueran requeridas durante una internación o en forma ambulatoria. Quedan comprendidas bajo este concepto:

- Las consultas médicas correspondientes a todas las especialidades reconocidas por la autoridad sanitaria;
- Las internaciones clínico-quirúrgicas, especializadas, de alta complejidad y domiciliarias;
- Las intervenciones quirúrgicas y no quirúrgicas;
- Las prácticas de diagnóstico (análisis clínicos y estudios de alta complejidad);
- Las prácticas terapéuticas de baja, media y alta complejidad médica.

Asistencia farmacéutica: se incluye bajo este concepto la provisión de la totalidad de los medicamentos que pudiere requerir la atención de la afección del Asegurado, tanto sea para su tratamiento ambulatorio como durante la internación.

Prestador médico: se entiende por tal al médico o instituto médico bajo la órbita y control de la Superintendencia de Salud, con quien el Asegurador posea convenio para otorgar la asistencia médica prevista en la presente Condición Específica y que se informa al Asegurado.

Gastos de traslado: son los gastos en los que incurra el Asegurado con motivo de su traslado desde, hasta o entre establecimientos de salud, siendo dicho traslado necesario para el diagnóstico o tratamiento de su patología y respondan exclusivamente a la imposibilidad del Asegurado de movilizarse por sus propios medios, de acuerdo a indicación médica. La elección y las características del vehículo a emplear en el traslado, dependerán del estado clínico del Asegurado. Estos traslados, salvo casos de urgencia que no permitan cumplimentar este requisito, requerirán la previa autorización de la auditoría médica del Asegurador.

RIESGOS CUBIERTOS – LÍMITES INDEMNIZATORIOS
Cláusula 2. El riesgo amparado por esta Condición Específica es el de los gastos médicos y gastos de traslado incurridos por el Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia del seguro, durante el plazo máximo de un año desde la fecha de ocurrencia del mismo y hasta la suma asegurada prevista en las Condiciones Particulares.

El Asegurador, a través de la red de prestadores con la cual posee convenio, brindará al Asegurado las prestaciones de asistencia médica que éste pudiera demandar, originadas en un accidente cubierto por la presente cobertura.

Únicamente en los casos en que resultara imposible la comunicación al Asegurador para la atención de una urgencia o cuando comunicada, éste no pudiera brindar la prestación en el plazo que demande la gravedad de la afección, el Asegurado podrá requerir su atención en un prestador médico no incluido en la red, dando inmediato aviso al Asegurador. Sólo en este supuesto, el Asegurador, previa verificación de los hechos, reintegrará los gastos derivados de la asistencia médica recibida por el Asegurado, dentro de los 15 (quince) días de efectuado el reclamo y de adjuntada la documentación correspondiente, incluidas las facturas originales respecto de las cuales se solicita el reintegro con indicación de los conceptos facturados.

En el caso que el Asegurado requiera la asistencia médica con motivo de una emergencia o urgencia médica y que una vez prestada la misma se verifique que dicha atención no respondía a un accidente cubierto por las presentes Condiciones Específicas, el Asegurador se reserva el derecho a recuperar del Asegurado el monto de las prestaciones otorgadas por el prestador médico en razón de la presente cobertura.

La asistencia médica y farmacéutica se extiende a la prestada en el extranjero, salvo en países que no mantengan relaciones diplomáticas con la República Argentina.

CARÁCTER DEL BENEFICIO
Cláusula 3. Queda entendido y convenido que en caso de siniestro que afecte las restantes coberturas no se deducirán de las mismas los importes que se hubieran abonado en concepto de gastos médicos y gastos de traslado, ya que esta cobertura es adicional e independiente de las demás.

Luego de abonada cualquier indemnización, esta cobertura quedará automáticamente restablecida para nuevos siniestros, obligándose el Asegurado al pago de la prima sobre el monto que se restablece calculada a prorrata desde la fecha del siniestro que originó la reducción de la suma asegurada.

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR
Cláusula 4. Ocurrido el accidente que diera lugar a la asistencia médica o gastos de traslado cubiertos por la presente Condición Específica, a los efectos de obtener el beneficio previsto, el Asegurado o su representante deberán:

a. Presentarse ante el prestador médico con documento de identidad y el formulario de denuncia del siniestro.
b. Cumplimentar los requisitos relativos a la denuncia del accidente de conformidad con lo establecido en Cláusula 9 de las Condiciones Generales Comunes.
c. En caso de solicitar el reembolso de gastos, las facturas originales respecto de las cuales solicita el reintegro, en las cuales deberá constar la identificación de los conceptos facturados.

CE7 Condición específica sepelio por reintegro

DEFINICIONES
Cláusula 1. A los fines de la presente póliza los términos que se indican a continuación tendrán exclusivamente los siguientes significados y alcances:

GASTOS DE SEPELIO: se entienden por tales aquellos gastos en los que se incurra con motivo del entierro o cremación del Asegurado, fallecido como consecuencia inmediata de un accidente.

RIESGOS CUBIERTOS – LÍMITES INDEMNIZATORIOS
Cláusula 2. El riesgo amparado por esta Condición Específica es el de los Gastos de Sepelio incurridos ante la muerte de un Asegurado, como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia del seguro, y siempre que la muerte se produzca dentro de un año a contar de la fecha del mismo. El Asegurador deberá abonar los gastos de sepelio incurrido, contra la presentación de las facturas y/o comprobante de pagos respectivos, hasta un máximo equivalente a la Suma Asegurada de esta Condición Específica, indicada en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Incorporación, según corresponda.

CARÁCTER DEL BENEFICIO
Cláusula 3. Queda entendido y convenido que en caso de siniestro que afecte a las restantes coberturas no se deducirán de las mismas los importes que se hubieran abonado en concepto de Gastos de Sepelio, ya que esta cobertura es adicional e independiente a las demás.

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR
Cláusula 4. Ocurrida la muerte que diera lugar a los Gastos de Sepelio cubiertos por la presente Condición Específica, a los efectos de obtener el beneficio previsto, el Beneficiario deberá acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 3 de las Condiciones Generales Específicas y en la Condición Específica de la Cobertura de Muerte, los siguientes elementos:

a) Las facturas originales respecto de las cuales solicita el reintegro, en las cuales deberá constar la identificación de los conceptos facturados.

LA SEGUNDA PERSONAS
Compañía de Seguros de Personas

Accidentes personales | Declaración de beneficiarios

Tomador	Seguro	Compañía
Ana Lucia Anello Monseñor Alberti 655 1642 San Isidro Ba	**Accidentes personales** Colectivo - Estándar Póliza: 60.547.995	**La Segunda Personas** Agencia: la segunda (oficina san isidro) Santa Fe 440 1642 San Isidro BA

Información importante sobre tu seguro

Para agilizar el pago, es fundamental que la información de tus beneficiarios esté completa y actualizada. Sin esto, la aseguradora tendrá que pedir una declaración legal, lo que podría generar demoras.
Por eso, te pedimos que completes y firmes la Declaración de Beneficiarios adjunta y la envíes a nuestras oficinas.

Beneficiario 1:
Nombre y apellido:
Tipo y n° de documento:
Fecha de nacimiento:
Parentesco:
Proporción en % *:
Orden n°:

Beneficiario 2:
Nombre y apellido:
Tipo y n° de documento:
Fecha de nacimiento:
Parentesco:
Proporción en % *:
Orden n°:

*Porcentaje del beneficio que querés asignarle a cada persona (ejemplo: 50% para una persona, 50% para otra).

Firma del asegurado:	Aclaración:	Tipo y n° de documento:

Lugar y Fecha: _____