LA SEGUNDA ART
ASEGURADORA DE RIESGOS DEL TRABAJO S.A.

N° Póliza Digital: 4737496

Vigencia Desde - Hasta: 01/01/2019-31/12/2019
Tipo de Solicitud: Traspaso

DATOS DE LA ASEGURADORA

CUIT:	30689133483	**Denominación:**	La Segunda Aseguradora de Riesgos del Trabajo S.A.
Domicilio constituido:	JUAN MANUEL DE ROSAS 0957 - SANTA FE - ROSARIO - CP:2000		
Teléfono:	(0341)(4201000)	**FAX:**	(0800)(4440159)
Email:	informes@lasegunda.com.ar	**Página web:**	www.lasegunda.com.ar
Reclamos y Consultas:	**08007770036**	**Denuncias y Accidentes:**	**08004442782**

CANAL COMERCIAL

CUIT/CUIL:	20137756855	**Apellido y Nombre/Denominación:**	RENOLFI ANDRES AMERICO DANIEL
Matrícula:	85894		

DATOS DEL EMPLEADOR

Declarados ante la AFIP

CUIT:	27272110218	**Denominación:**	VENIER MONICA VALERIA
Domicilio:	MZA.40-CASA 2-B° ISL 000000 CEVIL REDONDO TUCUMAN 4105		
Actividad principal:	492229 - Form.883: Servicio de transporte automotor de mercaderías a granel n.c.p.		
Actividad secundaria:	-		
Otra actividad:	-	**Forma Jurídica:**	-

Datos de Contacto

Domicilio:	Mza 40 casa 2 B.Islas Malvinas 0 - CP:4105		
Provincia:	TUCUMAN	**Localidad:**	CEVIL REDONDO
Teléfono:	-	**Móvil:**	-
Email:	estudiodelisi@gmail.com		

CONDICIONES COMERCIALES

Alícuotas

CIIU:	492229 - Servicio de transporte automotor de mercaderías a granel n.c.p.				
Nivel Cumplimiento:	2	**Masa Salarial:**	$60000.00	**Cantidad Trabajadores:**	2
FFE:	$0.60	**Suma Fija:**	$0.00	**Cuota Variable:**	7.100%
Cuota Inicial:	$4261.20				
Pago ILT:	El Empleador paga ILT por cuenta y orden de la ART				
Bonificación:	-				
Cláusula Penal:	-				

Datos Adicionales

El empleador no es efector de salud.
El empleador tiene más de un establecimiento.

DATOS DE SUSCRIPCIÓN

Fecha Suscripción del Empleador: 26/12/2018
Firmante del Empleador/Carácter

VENIER MONICA VALERIA
CUIT/CUIL: 27272110218

Fecha Suscripción de ART: 26/12/2018
Firmante de la ART



MENEGUZZI GUILLERMO GERMAN
CUIL: 23219622309

SRT Superintendencia de Riesgos del Trabajo

PÓLIZA DIGITAL AUTORIZADA

La información impresa tiene el correspondiente respaldo en las bases de datos de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo.

CLÁUSULAS APLICABLES A LAS PÓLIZAS DE EMPLEADORES DEL RÉGIMEN GENERAL

A los 26 días del mes de Diciembre de 2018, La Segunda Aseguradora de Riesgos del Trabajo S.A., constituyendo domicilio en la calle: JUAN MANUEL DE ROSAS 0957 - (2000) ROSARIO - SANTA FE, en adelante denominada "la **Aseguradora**" o "la **ART**" en forma indistinta; y por la otra VENIER MONICA VALERIA , C.U.I.T. Nº 27272110218, representado en este acto por VENIER MONICA VALERIA, DOC.NACIONAL DE IDENTIDAD N° 27211021, constituyendo domicilio en la calle: Mza 40 casa 2 B.Islas Malvinas N° 0, CEVIL REDONDO - TUCUMAN, denominado en lo sucesivo "el **EMPLEADOR**" suscriben el presente ***CONTRATO DE COBERTURA***, quedando sometidos a lo normado por la Ley sobre Riesgos del Trabajo Nº 24.557 (L.R.T.), sus Decretos Reglamentarios, normas complementarias y reglamentarias dictadas por la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO (S.R.T.) y por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION (S.S.N.) y sujetos a las siguientes cláusulas y condiciones.

CLÁUSULA PRIMERA:

Las partes se someten, durante la vigencia del presente contrato, a dar cumplimiento a las obligaciones que resulten impuestas por la Ley N° 24.557 sobre Riesgos del Trabajo (L.R.T.), sus Decretos Reglamentarios, normas complementarias y reglamentarias dictadas por la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO (S.R.T.) y por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN (S.S.N.), además de las obligaciones instrumentadas a través del presente Contrato.

En ningún caso las condiciones particulares del contrato podrán ser alteradas o contrarias a lo dispuesto en la normativa precitada y a las Condiciones Generales del presente contrato.

CLÁUSULA SEGUNDA:

I. VIGENCIA. El presente contrato tendrá un término mínimo de duración de UN (1) año, contado a partir de las CERO (0) horas de la fecha de inicio de vigencia que se estipula en las condiciones particulares.

II. RENOVACIÓN AUTOMÁTICA. El presente contrato será renovado en forma automática anualmente, excepto en los casos en los cuales el EMPLEADOR se afilie a otra ART o ingrese al régimen de autoseguro.

CLÁUSULA TERCERA: COTIZACIÓN

El EMPLEADOR abonará la cuota que resulte de aplicar la alícuota convenida en las Condiciones Particulares, la cual deberá encontrarse ajustada al régimen aprobado por el órgano competente.

La cuota será declarada e ingresada por mes adelantado en función de la nómina salarial del mes inmediato anterior, con las modalidades, plazos y condiciones establecidos para el pago de los aportes y contribuciones con destino a la Seguridad Social.

En los casos de inicio de actividad o, cuando por otras razones no exista nómina salarial correspondiente al mes anterior a aquel en que se debiera efectivizar el pago, la cuota se calculará en función de la nómina prevista para el mes de pago y se ingresará al SISTEMA ÚNICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (S.U.S.S.), indicando el mes anterior en el formulario de pago.

En caso de resultar necesario modificar la alícuota del presente contrato, la ASEGURADORA deberá notificar los nuevos valores en forma fehaciente, con una antelación no menor a SESENTA (60) días corridos a la incorporación de la nueva alícuota.

En los casos en que el EMPLEADOR tuviera la obligación legal de ajustarse a un sistema de contrataciones por licitaciones públicas, el plazo mencionado se extenderá, a CIENTO OCHENTA (180) días corridos.

Cuando la modificación de la alícuota, represente un aumento superior al CINCUENTA POR CIENTO (50 %) o de TRES (3) puntos porcentuales, lo que sea menor, la ASEGURADORA deberá notificar en forma fehaciente y complementaria de lo establecido en el artículo 11 de la Ley N° 26.773, los nuevos valores justificando en forma detallada el motivo del incremento de los mismos, con una antelación no menor a NOVENTA (90) días corridos, a fin de que el EMPLEADOR pueda ejercer el derecho de cambiar de ASEGURADORA, cumpliendo con el procedimiento establecido para tal fin por la normativa vigente.

Los aumentos de alícuotas deberán respetar la anualidad de su vigencia, de acuerdo con lo establecido en el artículo 11 de la Ley N° 26.773, salvo en los casos en que las modificaciones de las mismas obedezcan a cambios de CIIU. El aumento de alícuota fundado en un cambio de CIIU solo podrá practicarse mediando un preaviso de SESENTA (60) días y cuando el empleador haya cumplido con la condición de permanencia de SEIS (6) meses o UN (1) año según sea la primera afiliación del EMPLEADOR o segunda y posteriores, respectivamente, de acuerdo a lo dispuesto por el punto I. a de la CLÁUSULA SEXTA. Cuando exista acuerdo expreso entre las partes, la ASEGURADORA podrá incrementar la alícuota sin mediar preaviso de SESENTA (60) días y aún cuando no se cumpla la permanencia mínima del empleador en la ASEGURADORA.

Para los trabajadores incluidos en el Régimen Especial de Casas Particulares, el EMPLEADOR abonará la cuota vigente para cada rango de horas trabajadas semanalmente, conforme formulario AFIP 102/RT.

CLÁUSULA CUARTA: MORA.

La mora en el pago de las alícuotas operará de pleno derecho y por el mero vencimiento del plazo, devengando a cargo del empleador los intereses correspondientes que generan las deudas impositivas nacionales. El Empleador, para cancelar la deuda que registre, deberá pagar el capital con más los intereses devengados.

CLÁUSULA QUINTA

OBLIGACIONES Y RESPONSABILIDADES DE LAS PARTES

I. OBLIGACIONES DEL EMPLEADOR

En atención a lo establecido por los artículos 8° y 9° de la Ley N° 19.587 y en la Ley de Riesgos del Trabajo en lo relativo al cumplimiento de las normas de Higiene y Seguridad en el Trabajo, a los efectos de prevenir eficazmente los riesgos del trabajo, el EMPLEADOR deberá:

a) Cumplir las exigencias en materia de Higiene y Seguridad en el Trabajo conforme la normativa vigente que corresponda a la actividad desarrollada en el/los establecimiento/s alcanzado/s por el objeto del presente contrato. En caso de incumplimiento, se le aplicará por la autoridad competente el régimen de sanciones que corresponda.

b) Declarar, al momento de la suscripción de la S.P.D., los datos del o de los establecimientos y el estado de cumplimiento de las normas e higiene de seguridad laboral y la identificación de los agentes de riesgos en cada uno de ellos, con la documentación respaldatoria y la nómina de trabajadores expuestos.

c) Elaborar y presentar con carácter de declaración jurada, al momento de la suscripción de la S.P.D., el Programa Anual de Prevención de Riesgos Laborales, a través del cual fijarán las políticas de la empresa en materia de salud y seguridad en el trabajo a los efectos de ajustar su conducta a lo establecido en la normativa vigente y con la finalidad de disminuir todo riesgo que pueda afectar la vida y la salud de los trabajadores como consecuencia de las tareas desarrolladas. Dicho programa deberá ser presentado y actualizado anualmente ante la A.R.T..

d) Comunicar a la A.R.T., con la debida antelación, los cambios de tecnología, incorporaciones de sustancias y compuestos utilizados en los procesos, modificaciones en la organización del trabajo y cualquier otro cambio que se produzca en los trabajos generados por el Empleador que modifiquen los riesgos de accidentes o enfermedades profesionales tenidos en cuenta al inicio de la cobertura.

e) Facilitar el ingreso y la tarea del personal de la autoridad competente y de la A.R.T. pararealizar verificaciones, auditorías, evaluaciones y toda otra tarea relacionada con la Recalificación Profesional de trabajadores siniestrados, previa acreditación del mandato, dentro de los horarios de trabajo y sin previa notificación.

f) Cumplir con las recomendaciones que formule la A.R.T. así como con los programas que al respecto establezca la autoridad de aplicación de la Ley de Riesgos del Trabajo.

g) Acreditar la realización de los exámenes preocupacionales, el eventual visado y/o fiscalizado de las preexistencias al personal que figura en la nómina presentada en el momento de la afiliación, y poner en conocimiento de ello a la A.R.T. dentro de las SETENTA Y DOS (72) horas de formalizado el contrato. A su vez, deberá informar a los trabajadores del resultado de sus exámenes.

h) Acreditar la capacitación brindada al trabajador previo al inicio de tareas, respecto de los riesgos que conlleva la tarea a desempeñar.

i) Solicitar la Clave de Alta Temprana (C.A.T.) de sus nuevos trabajadores dependientes con anterioridad al inicio de sus tareas, ante la ADMINISTRACIÓN FEDERAL DE INGRESOS PÚBLICOS (A.F.I.P.), de acuerdo a lo que establezca el citado Organismo en la normativa aplicable.

En el caso de personal Extra-SUSS, se mantendrá la obligación de declarar el alta ante la A.R.T. con una anterioridad de por lo menos VEINTICUATRO (24) horas al inicio de las tareas, a través del medio que formal o informalmente acuerden.

La omisión de las condiciones antes señaladas, permitirá a la ASEGURADORA ejercer la acción de repetición que corresponda contra el empleador.

Asimismo, las bajas de trabajadores deberán ser informadas a la A.R.T. dentro de los TRES (3) días de producido el distracto laboral por cualquier causa.

j) Informar a los trabajadores, inmediatamente de firmado el presente, la ASEGURADORA a la cual se encuentran afiliados y que les brindará cobertura ante la ocurrencia de las contingencias previstas por la Ley de Riesgos del Trabajo.

k) Entregar a los trabajadores las credenciales correspondientes dentro de los CINCO (5) días hábiles de recibidas e informar el procedimiento a seguir para realizar la denuncia en caso de accidente, comunicando los teléfonos de emergencia a través de los cuales podrá acceder el damnificado a las prestaciones asistenciales.

l) Deberá informar y capacitar a los trabajadores en materia de condiciones y medio ambiente del trabajo de acuerdo con las características y riesgos específicos de las tareas que desempeñen y de sus puestos de trabajo.

m) Deberá mantener un registro actualizado de accidentes laborales y enfermedades profesionales por establecimiento.

n) El EMPLEADOR está obligado a denunciar a la ASEGURADORA, inmediatamente de conocido, todo accidente de trabajo o enfermedad profesional que sufran sus dependientes.

El empleador que no cumpliera con esta obligación, deberá abonar a la aseguradora, en concepto de Cláusula Penal, la suma de PESOS indicada en la SPD.

También podrá efectuar la denuncia el propio trabajador, sus derechohabientes o cualquier persona que haya tenido conocimiento del accidente de trabajo o enfermedad profesional.

Sólo cuando sea imposible la comunicación a la aseguradora para la atención de una urgencia o que comunicada no haya dado cumplimiento a sus obligaciones o no pueda hacerlo en plazo útil, el empleador deberá disponer por sí la atención del accidentado, dando posterior aviso a la aseguradora. En este supuesto la aseguradora reintegrará los gastos derivados de prestaciones en especie realizados en un plazo de DIEZ (10) días desde que le sea presentada la correspondiente rendición de gastos.

ñ) Contar con servicios de salud y seguridad en el trabajo, con carácter interno o externo.

o) Cuando concurran en un mismo establecimiento DOS (2) o más empleadores, deberá celebrarse acuerdo entre ellos para coordinar el cumplimiento de las normas de higiene y seguridad laboral, siendo responsabilidad del titular del establecimiento procurar dicho acuerdo.

2) OBLIGACIONES A CARGO DE LA ASEGURADORA

A los efectos del cumplimiento de lo establecido por los artículos 4° y 31 de la Ley 24.557 y sus Decretos reglamentarios en lo relativo a sus obligaciones en materia preventiva, la Aseguradora deberá cumplir con lo estipulado en los artículos 10 y 11 de la Resolución S.R.T. N° 463 de fecha 11 de mayo de 2009, y además deberá:

a) Declarar en el Registro de Cumplimiento de Normas de Higiene, Salud y Seguridad en el Trabajo, con carácter de declaración jurada, dentro de los CUARENTA (40) días corridos de recibido el Relevamiento General de Riesgos Laborales, los datos informados por el empleador respecto del estado de cumplimiento de las normas de higiene y seguridad y el plan fijado para su corrección.

b) Denunciar en el Registro aludido precedentemente a los empleadores que no han presentado el Relevamiento General de Riesgos Laborales al momento de la afiliación o de la renovación automática del mismo contrato.

c) Denunciar en el mismo Registro a los empleadores que no han dado cumplimiento al Plan fijado oportunamente.

d) Brindar asesoramiento y ofrecer asistencia técnica al EMPLEADOR afiliado sobre la normativa vigente en materia de Salud y Seguridad en el Trabajo, sobre la existencia de riesgos y sus potenciales efectos, sobre los elementos de protección personal, sobre la capacitación que corresponde brindar a los trabajadores y sobre la seguridad en el empleo de productos químicos y biológicos.

e) Realizar los exámenes periódicos al personal expuesto a los agentes de riesgos, conforme la documentación respaldatoria y la nómina de personal expuesto declarados por el empleador. A tales efectos, deberá coordinar con el EMPLEADOR las fechas y horarios en que se realizarán los exámenes aludidos, con el fin de no resentir la actividad económica de éste, quien a su vez deberá poner a disposición de la Aseguradora al personal alcanzado.

f) Elaborar y entregar a los empleadores un informe sobre el resultado de los exámenes médicos practicados, debiendo formular las recomendaciones que sean necesarias.

g) Mantener informado al EMPLEADOR sobre el estado del trabajador siniestrado, cada vez que el mismo lo requiera. Tal información podrá ser brindada a través de medios electrónicos.

h) Denunciar ante la S.R.T. todo incumplimiento a las normas de Higiene y Seguridad en el Trabajo vigentes en que incurriere el empleador, como así también toda conducta renuente a adecuar las condiciones de trabajo, de acuerdo con lo establecido por las normas de prevención y al plan presentado.

i) Deberá mantener un registro actualizado de accidentes laborales y enfermedades profesionales por establecimiento conforme lo informado por el empleador.

j) Cuando concurran DOS (2) o más A.R.T. en un mismo establecimiento, deberán coordinar sus acciones según lo establezca la reglamentación, bajo responsabilidad de la A.R.T. contratada por el titular del establecimiento. Esta obligación se corresponde con la establecida en el inciso o) de las Obligaciones del Empleador.

k) Denunciar a los empleadores que no cumplan con su obligación de comunicar los siniestros laborales, de conformidad con lo establecido en el inciso a) del apartado 1° del artículo 31 de la Ley N° 24.557.

l) Poner a disposición del EMPLEADOR el Listado de Prestadores vigente que brindará cobertura a nivel nacional.

II. RESPONSABILIDAD DE LA A.R.T. ANTE EL INCUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES

El incumplimiento de las obligaciones aludidas conllevará la aplicación de las sanciones que correspondan, de acuerdo con lo establecido en la Resolución S.R.T. N° 735 de fecha 26 de junio de 2008, la Resolución S.R.T. N° 38 de fecha 09 de mayo de 2018 y en el artículo 32 de la Ley de Riesgos del Trabajo.

CLÁUSULA SEXTA: RESCISIÓN.

El presente contrato podrá ser rescindido por las partes conforme se establece a continuación: I - POR EL EMPLEADOR, en los siguientes casos:

a) Por cambio de aseguradora, habiendo transcurrido SEIS (6) meses desde la primera afiliación a una ASEGURADORA. En lo sucesivo, este derecho podrá ser ejercido con una periodicidad mínima anual.

b) Por el cese de actividad del empleador, debiendo encontrarse presentado el Formulario correspondiente ante la A.F.I.P..

c) Cuando no tenga más trabajadores en relación de dependencia, debiendo encontrarse presentado el Formulario correspondiente ante la A.F.I.P..

II.- POR LA ASEGURADORA, en los siguientes casos:

a. Cuando el EMPLEADOR adeude un monto equivalente a DOS (2) cuotas, tomando la de mayor valor devengado en los últimos DOCE (12) meses, siempre que ésta no incluya las sumas correspondientes al Sueldo Anual Complementario (S.A.C.). En el estado de deuda deberán incluirse todos los saldos parciales a favor del EMPLEADOR y, en caso de haberse suscripto la CLÁUSULA DECIMA adicional del presente contrato, se deberán computar, a modo de compensación, los montos que la ASEGURADORA adeude al EMPLEADOR en concepto de reintegros por I.L.T. presentados al cobro con la documentación completa.

A los efectos de considerar legalmente rescindido el contrato por falta de pago, la ASEGURADORA deberá, previamente, dar cumplimiento al procedimiento establecido a tal fin por el artículo 44 de la Resolución S.R.T. N° 298/17.

En el caso que el EMPLEADOR hubiese efectuado pagos directos a la ASEGURADORA, ésta deberá extender un recibo discriminando período, importe y concepto del pago, e ingresar las sumas percibidas a través del S.U.S.S..

Cuando se ejerza este derecho, la rescisión operará a partir de la CERO (0) hora del día inmediato posterior al de su última notificación.

a. Cuando se verifique que el EMPLEADOR ha presentado ante la A.F.I.P. su cese de actividad. A tal fin, la S.R.T. requerirá a la A.F.I.P. con una frecuencia semestral la información pertinente y la pondrá a disposición de las A.R.T..

b. Cuando el EMPLEADOR deje de presentar el Formulario A.F.I.P. N° 931, para proceder ala rescisión del contrato la ASEGURADORA deberá cumplimentar lo dispuesto en el artículo 20° de la presente resolución que aprueba el servicio "POLIZA DIGITAL DE RIESGOS DEL TRABAJO".

CLÁUSULA SÉPTIMA: VENTANILLA ELECTRÓNICA

Las partes se hallan incluidas en el Sistema de Ventanilla Electrónica implementado por las Resoluciones S.R.T. N° 635 de fecha 23 de junio de 2008 y N° 365 de fecha 16 de abril de 2009. Todas las acciones que se realicen a través de dicho Sistema en virtud de disposiciones expresas de la S.R.T., resultan válidas para las partes.

Las notificaciones que con carácter fehaciente deban cursarse entre sí, la A.R.T., el empleador, las Administraciones del Trabajo Locales (A.T.L.) y la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO (S.R.T.) podrán realizarse en forma electrónica, conforme la forma y modalidades que ésta última reglamente.

A tal fin, el Empleador, deberá ingresar a la página institucional www.srt.gob.ary seguir los pasos allí indicados. El domicilio electrónico creado en el marco del citado Sistema subsistirá aún en caso de Traspaso de Aseguradora, Rescisión contractual, Falta de Trabajadores o Cese de la Actividad del Empleador, debidamente registrados ante la A.F.I.P..

Mientras el Administrador de Relaciones para la C.U.I.T. del EMPLEADOR no especifique un responsable de la Notificación Electrónica se asignará la función al mismo Administrador. La Administración de Relaciones de la clave fiscal se gestiona en el sitio oficial de la ADMINISTRACIÓN FEDERAL DE INGRESOS PÚBLICOS (A.F.I.P).

El servicio "POLIZA DIGITAL DE RIESGOS DEL TRABAJO", incluido en el del Sistema de Ventanilla Electrónica, es de uso obligatorio para la A.R.T. y el EMPLEADOR.

El envío de la Solicitud de Póliza Digital al EMPLEADOR a través de e-Servicios SRT - Sistema de Ventanilla Electrónica, tiene para el canal comercial interviniente y la A.R.T. idénticos efectos jurídicos que la firma manuscrita.

La aceptación de la Solicitud de Póliza Digital, realizada por el EMPLEADOR a través de e-Servicios SRT - Sistema de Ventanilla Electrónica, tiene idénticos efectos jurídicos que la firma manuscrita, y da origen al contrato de cobertura con la A.R.T. a partir de la fecha establecida en la Solicitud de Póliza Digital.

El EMPLEADOR podrá realizar la aceptación de la Solicitud de Póliza Digital hasta las 23:59 horas del día de inicio de vigencia de la cobertura establecido en dicho instrumento, o hasta el día hábil inmediato posterior, si el primero fuese no laborable. Transcurrido dicho plazo, la misma quedará anulada por defecto.

CLÁUSULA OCTAVA: DOMICILIOS

Complementariamente al domicilio electrónico dispuesto en la CLÁUSULA SÉPTIMA, las partes declaran y aceptan que los domicilios postales constituidos en el primer párrafo del presente contrato serán considerados también válidos a los efectos de las notificaciones que las partes deban realizarse con relación a los derechos y obligaciones que emanen del presente contrato, siendo obligación de las mismas notificar en forma fehaciente cualquier modificación que sufran los domicilios constituidos. En su defecto, se tendrán por válidas las notificaciones efectuadas en el último domicilio declarado.

CLÁUSULA NOVENA: COMPETENCIA

Toda controversia que se plantee con respecto al presente contrato, se sustanciará ante los Tribunales competentes, conforme a lo establecido en el artículo 46 de la L.ey de Riesgos del Trabajo.

CLÁUSULAS ADICIONALES

CLÁUSULA DECIMA:

PAGO DE PRESTACIONES DINERARIAS POR CUENTA Y ORDEN DE LA A.R.T.

Las partes acuerdan que mientras se encuentre vigente la relación laboral de los beneficiarios, el EMPLEADOR efectuará por cuenta y orden de la ASEGURADORA el pago de las prestaciones dinerarias de pago mensual, de las asignaciones familiares y efectuará en igual sentido la declaración y pago de aportes y contribuciones a la Seguridad Social

La ASEGURADORA, por su parte, deberá reembolsar al EMPLEADOR el monto de dichos conceptos dentro de los TREINTA (30) días corridos de la presentación de la documentación que acredite el pago, debiendo dar cumplimiento al procedimiento que se describe en el instructivo siguiente (*). En caso de incumplimiento del plazo indicado, la ASEGURADORA deberá reconocer un interés igual al establecido en la CLÁUSULA CUARTA: Mora, de las Condiciones Generales.

Mensualmente, la ASEGURADORA deberá informar al EMPLEADOR por Ventanilla Electrónica los siniestros conocidos durante el mes calendario anterior, indicando la documentación a presentar para el reintegro de las prestaciones dinerarias por I.L.T.

Para el caso en que las partes hayan adherido a esta cláusula, se tornará obligatoria para la ASEGURADORA la compensación establecida en la CLÁUSULA UNDECIMA.

Se deja constancia que la suscripción de la presente CLÁUSULA OPCIONAL por el EMPLEADOR, en ningún caso y bajo ningún concepto exime a la ASEGURADORA de su responsabilidad frente al trabajador.

El EMPLEADOR y la ASEGURADORA podrán dejar sin efecto al momento de la renovación automática del contrato el acuerdo celebrado, previa notificación fehaciente a la otra parte con una antelación de al menos NOVENTA (90) días, debiendo la ASEGURADORA continuar con los pagos a partir del vencimiento del contrato.

La acumulación de incumplimientos de la ASEGURADORA a las obligaciones emanadas de la presentes CLÁUSULAS ADICIONALES, será considerada falta GRAVE.

(*) INSTRUCTIVO REGLAMENTARIO DE LA CLÁUSULA DÉCIMA.

LIQUIDACIÓN Y REINTEGRO DE PRESTACIONES DINERARIAS EN CONCEPTO DE INCAPACIDAD LABORAL TEMPORARIA

1- CONVENIO DE PAGO POR CUENTA Y ORDEN DE LA A.R.T.

De acuerdo con la cláusula opcional suscripta por las partes en el presente contrato y con lo establecido por el artículo 4° de la Resolución S.R.T. N° 237 de fecha 16 de diciembre de 1996, la ASEGURADORA puede convenir con el EMPLEADOR que, mientras se mantenga vigente la relación laboral, éste efectúe el pago de las prestaciones dinerarias en concepto de I.L.T. y de las asignaciones familiares, por su cuenta y orden.

En estos casos el EMPLEADOR deberá emitir un recibo en original, duplicado y triplicado, de acuerdo a los requisitos establecidos en el artículo 140 de la Ley N° 20.744, discriminando:

a) la Remuneración; b) la prestación dineraria Ley N° 24.557 "a cargo del EMPLEADOR" (por los DIEZ (10) primeros días); c) la prestación dineraria Ley N° 24.557 "por cuenta y orden de la ASEGURADORA" (a partir del día ONCE (11) inclusive) y d) las asignaciones familiares.

En la declaración jurada mensual se deberá incluir al trabajador, con el código de siniestrado conforme reglamentación de la A.F.I.P.

2.- SITUACIONES ESPECIALES

Si por cualquier causa se extingue la relación laboral con el trabajador accidentado mientras se encuentra en situación de I.L.T. o si por cualquier otro motivo el EMPLEADOR no puede liquidar esta prestación dineraria, se deberá comunicar fehacientemente a la ASEGURADORA para que ésta proceda a continuar con los pagos en forma directa.

Durante el período en el cual el trabajador se encuentra en I.L.T., no devenga remuneraciones, en consecuencia, no corresponde liquidar por dicho período "Sueldo Anual Complementario".

3 - DOCUMENTACIÓN QUE EL EMPLEADOR DEBE PRESENTAR A LOS EFECTOS DEL REINTEGRO DE LOS PAGOS REALIZADOS POR CUENTA Y ORDEN DE LA ASEGURADORA

a) Copia de los recibos de sueldo del trabajador por los pagos realizados por el EMPLEADOR en concepto de I.L.T. o Constancia de transferencia bancaria a la cuenta sueldo del trabajador, en caso que el recibo de sueldo carezca de su firma.

b) Copia del comprobante que acredite el pago de los aportes y contribuciones.

La ASEGURADORA deberá extender un recibo al EMPLEADOR en el cual conste el detalle de la documentación presentada por éste y la fecha de recepción de la misma.

La ASEGURADORA podrá habilitar en su sitio de internet, una herramienta que permita al EMPLEADOR realizar las solicitudes de reintegros de manera electrónica, en la cual se quede registrada la fecha de la solicitud.

4 - REINTEGRO AL EMPLEADOR DE LOS PAGOS REALIZADOS POR CUENTA Y ORDEN DE LA ASEGURADORA

La ASEGURADORA corroborará la documentación presentada por el EMPLEADOR en un plazo no mayor a VEINTE (20) días corridos a contar desde su recepción y le requerirá, de corresponder, la documentación faltante mediante notificación fehaciente, indicando que hasta tanto complete la documentación no se dará curso a la solicitud de reintegro. Caso contrario se entenderá que el EMPLEADOR presentó la totalidad de la documentación.

El plazo de TREINTA (30) días será suspendido hasta que el EMPLEADOR complete la documentación.

La ASEGURADORA deberá arbitrar los medios necesarios para corroborar que el pago de las prestaciones dinerarias por cuenta y orden, se efectúe conforme las normas y plazos vigentes.

La ASEGURADORA deberá notificar fehacientemente o a través de su sitio de internet al EMPLEADOR el pago del reintegro, informando el C.U.I.L. del damnificado, nombre y apellido del damnificado, período de I.L.T., fecha de pago y medio de pago.

CLÁUSULA ÚNDECIMA:

COMPENSACIÓN DE ALICUOTAS IMPAGAS CON REINTEGROS DE I.L.T.

En el plazo de TREINTA (30) días corridos de recibida la documentación por parte del empleador, la Aseguradora deberá proceder a la compensación de alícuotas impagas con reintegros de prestaciones dinerarias en concepto de I.L.T. abonadas por el EMPLEADOR al trabajador por cuenta y orden de la ASEGURADORA, mediante el reembolso de dichos montos. A tal fin, el EMPLEADOR deberá acreditar, por medio de la documentación detallada en la cláusula precedente, el pago de las prestaciones abonadas al damnificado y las contribuciones efectuadas.

A tal efecto, la ASEGURADORA deberá extender al EMPLEADOR un recibo en el cual figure: el C.U.I.L. del damnificado; Nombre y Apellido del damnificado; Período de I.L.T.; Importe de I.L.T.; Importe de contribuciones; Total de reintegros a compensar; y Detalle de períodos e importes impagos a compensar. Dicho recibo deberá estar suscripto por la ASEGURADORA y el EMPLEADOR consignando la fecha del mismo.

Por otra parte, la ASEGURADORA deberá ingresar al S.U.S.S. los importes de las alícuotas compensadas, imputando cada importe compensado al período que corresponda en el plazo previsto en el primer párrafo de la presente Cláusula.

CLÁUSULA DUODÉCIMA: Montos a compensar. Diferencias.

a. La ASEGURADORA no compensará al EMPLEADOR, los montos que este último hubiere pagado en concepto de I.L.T., que excedan el importe que surge de aplicar la normativa vigente.

b. La ASEGURADORA deberá liquidar y pagar de manera directa a los trabajadores, los montos que el EMPLEADOR hubiere omitido pagarles, e ingresar los aportes y contribuciones respectivos.

FIRMA DEL EMPLEADOR

FIRMA DE REPRESENTANTE DE ART



VENIER MONICA VALERIA
CUIT/CUIL: 27272110218

MENEGUZZI GUILLERMO GERMAN
CUIL: 23219622309

Póliza de seguro de accidentes personales - Colectivo - Estándar

la segunda PERSONAS

Emitida en Rosario, a los 15 días del mes de abril 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

002-030-0060503736-000000

N° Póliza	Vigencia		Información general				
	Desde	Hasta	Concepto	Movimiento	Renueva Póliza N°	Período	Cuotas
60.503.736	12h del 17/04/2026	12h del 17/10/2026	Renovación	000	-	183 días	5 Cuotas

Información del tomador

Monica Valeria Venier
Bislas Malvinas Mza 40 Casa 2 S/n
4105 - Cebil Redondo (Tuc)

Tipo y N° de ID: C.U.I.T 27272110218
Cond. de IVA: Responsable inscripto
Ing. Brutos: No inscripto
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

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
Condiciones Específicas:

Exclusiones de la cobertura según Anexo 1

Detalle de facturación

Prima:	137,332.50	**Imp. y Tasas:**	1,615.95	**(*) IVA s/R. Financ.:**	2,010.14
Recargo Financiero:	9,572.08	**IVA 21%:**	28,839.83		
T.E.A.:		**IVA 0%:**	0.00		
Subtotal:	146,904.58	**Sell. pcial.:**	2,938.09	**Premio final:**	192,910.69
Impuestos Internos:	0.00	**Perc. I/B:**	(Ver detalle al dorso) 10,602.10	**Moneda de emisión:**	PESOS

Agencia: 222

Renolfi, Andres Americo Daniel
Gral San Martin 1012 7
4000 - San Miguel De Tucuman (Tuc)
Matrícula: 85894
Mail: arenolfi@lasegunda.com.ar
Teléfono: 3814311096

Zona: 95

Zona Noa
Dr A Guemes 199 7
4400 - Salta (Sta)
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 percepción IIBB provinciales			
Provincia	Base	Porcentaje	Importe
TUCUMÁN	151458.62	7	10602.1

Detalle de plan de pago - Accidentes personales		
N° de factura	Fecha de vencimiento	Importe
1013155362	17/05/2026	$ 38.594,69
1013155363	17/06/2026	$ 38.579,00
1013155364	17/07/2026	$ 38.579,00
1013155365	17/08/2026	$ 38.579,00
1013155367	17/09/2026	$ 38.579,00

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

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 15 días del mes de abril 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

002-030-0060503736-000000

N° Póliza	Vigencia		Información general				
	Desde	Hasta	Certificado N°	Movimiento	Renueva Póliza N°	Período	Cuotas
60.503.736	12h del 17/04/2026	12h del 17/10/2026	1	000	-	183 días	5 Cuotas

Información del tomador

Monica Valeria Venier
Bislas Malvinas Mza 40 Casa 2 S/n
4105 - Cebil Redondo (Tuc)

Tipo y N° de ID: C.U.I.T 27272110218
Cond. de IVA: Responsable inscripto
Ing. Brutos: No inscripto
Sell. Pcial: 100 %

Información del asegurado

RICARDO ARIEL VILLARREAL
D.N.I. 26798995
Fecha de nac.: 07/09/1978

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	$ 58,000,000.00
Invalidez	CE2	$ 58,000,000.00
Asistencia Médica Farmacéutica	CE4	$ 16,000,000.00
Tipo de Asistencia Medica Farmacéutica		Prestacional
Sepelio	CE7	$ 1,500,000.00

Ocupación Declarada Tomador/Asegurado: Conductores y/o acompañantes de camiones

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: 192910.69

Agencia: 222
Renolfi, Andres Americo Daniel
Gral San Martin 1012 7
4000 - San Miguel De Tucuman (Tuc)
Matrícula: 85894
Mail: arenolfi@lasegunda.com.ar
Teléfono: 3814311096

Zona: 95
Zona Noa
Dr A Guemes 199 7
4400 - Salta (Sta)
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.

Accidentes personales | Declaración de beneficiarios

Tomador	Seguro	Compañía
Monica Valeria Venier Bislas Malvinas Mza 40 Casa 2 S/N 7 4000 Cebil Redondo Tuc	**Accidentes personales** Colectivo - Estándar Póliza: 60.503.736	**La Segunda Personas** Agencia: renolfi, andres americo daniel Gral San Martin 1012 7 4000 San Miguel De Tucuman TUC

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: _____

Información de pagos

Tomador	Seguro	Compañía
MONICA VALERIA VENIER Dirección: Bislas Malvinas Mza 40 Casa 2	**Accidentes Personales** Colectivo - 24hs - Estándar Póliza: 30-60503736	La Segunda Personas Ramo: 201 Agencia: RENOLFI, ANDRES AMERICO DANIEL GRAL SAN MARTIN 1012

Cómo pagar tu seguro

Adherido a débito automático
Tarjeta de crédito

Tenés varias opciones para abonar tus cuotas de manera fácil y segura. Elegí la que más te convenga:

Red Banelco Clave: 030003976325
Red Link Clave: 030003976325

Pago digital: usá Pago Mis Cuentas, Pagos Link, La Segunda Seguros, Amex Pay, Mercado Pago, AL2 para pagar online.

Débito automático: podés adherirte con Visa, Mastercard, American Express, Cabal, Crediclub, Favacard, Marcos Juárez, Naranja, Patagonia 365 o CBU bancario.

Pago en efectivo: acercate a cualquier sucursal de Pago Fácil, Rapipago, Ripsa, Cobro Express, Provincia NET, Pronto Pago y Santa Fe Servicios.

En nuestras agencias: también podés pagar en nuestras oficinas con el sistema de recaudación de La Segunda homologado por la SSN.

Otras pólizas y formas de pago

Pólizas en moneda extranjera: Todos los medios habilitados para cobranza en pesos, exceptuando HomeBanking y Cajeros.

Pólizas de Riesgos Agrícolas: Débito automático con tarjeta de crédito Galicia Rural, AgroNación, Visa ó débito en cuenta bancaria a través de CBU.

Importante: Tu pago será válido solo si utilizás alguno de los medios habilitados mencionados.

Si tenés dudas, consultanos. ¡Estamos para ayudarte!

Información de pagos

Tomador	Seguro	Compañía
MONICA VALERIA VENIER Dirección: Bislas Malvinas Mza 40 Casa 2	**Accidentes Personales** Colectivo - 24hs - Estándar Póliza: 30-60503736	La Segunda Personas Ramo: 201 Agencia: RENOLFI, ANDRES AMERICO DANIEL GRAL SAN MARTIN 1012

Cupones de cliente

Información actualizada al **15/04/2026**
Conocé tus pagos pendientes haciendo click **aquí**

Seguro		Tomador	
Accidentes Personales - Colectivo - 24hs - Estándar		MONICA VALERIA VENIER Bislas Malvinas Mza 40 Casa 2	
Cuota	**Póliza**	**Movim.**	**Iva s/Rec.Fin. (*)**
1/5	60503736	0	$402,14
1° Venc.	**2° Venc.**	**Importe**	
17/04/2026	17/05/2026	$38.594,69	

Red Banelco clave: **030003976325**
Red Link clave: **030003976325**

Adherido a DA
Tarjeta de crédito

El cupón pago habilita una cobertura hasta: **17/06/2026**
Para control de autoridad competente

(*) Dto.692/98 Asegurado

Seguro		Tomador	
Accidentes Personales - Colectivo - 24hs - Estándar		MONICA VALERIA VENIER Bislas Malvinas Mza 40 Casa 2	
Cuota	**Póliza**	**Movim.**	**Iva s/Rec.Fin. (*)**
2/5	60503736	0	$402,00
1° Venc.	**2° Venc.**	**Importe**	
17/05/2026	17/06/2026	$38.579,00	

Red Banelco clave: **030003976325**
Red Link clave: **030003976325**

Adherido a DA
Tarjeta de crédito

El cupón pago habilita una cobertura hasta: **17/07/2026**
Para control de autoridad competente

(*) Dto.692/98 Asegurado

Seguro		Tomador	
Accidentes Personales - Colectivo - 24hs - Estándar		MONICA VALERIA VENIER Bislas Malvinas Mza 40 Casa 2	
Cuota	**Póliza**	**Movim.**	**Iva s/Rec.Fin. (*)**
3/5	60503736	0	$402,00
1° Venc.	**2° Venc.**	**Importe**	
17/06/2026	17/07/2026	$38.579,00	

Red Banelco clave: **030003976325**
Red Link clave: **030003976325**

Adherido a DA
Tarjeta de crédito

El cupón pago habilita una cobertura hasta: **17/08/2026**
Para control de autoridad competente

(*) Dto.692/98 Asegurado

Seguro		Tomador	
Accidentes Personales - Colectivo - 24hs - Estándar		MONICA VALERIA VENIER Bislas Malvinas Mza 40 Casa 2	
Cuota	**Póliza**	**Movim.**	**Iva s/Rec.Fin. (*)**
4/5	60503736	0	$402,00
1° Venc.	**2° Venc.**	**Importe**	
17/07/2026	17/08/2026	$38.579,00	

Red Banelco clave: **030003976325**
Red Link clave: **030003976325**

Adherido a DA
Tarjeta de crédito

El cupón pago habilita una cobertura hasta: **17/09/2026**
Para control de autoridad competente

(*) Dto.692/98 Asegurado

Cupones para entidad de cobro

Recortá por la línea de puntos para entregar el cupón correspondiente a la entidad de cobro.

Cuota	Póliza	Movim.	Iva s/Rec.Fin.(*)	Seguro
1/5	60503736	0	$402,14	Accidentes Personales - Colectivo - 24hs - Estándar
1° Venc.	**2° Venc.**	**Importe**		**Tomador**
17/04/2026	17/05/2026	$38.594,69		MONICA VALERIA VENIER Bislas Malvinas Mza 40 Casa 2

117-030-60503736-000-01-170526-003859469-03976325-0-01-8

Fecha Emisión: 15/04/2026

Cuota	Póliza	Movim.	Iva s/Rec.Fin.(*)	Seguro
2/5	60503736	0	$402,00	Accidentes Personales - Colectivo - 24hs - Estándar
1° Venc.	**2° Venc.**	**Importe**		**Tomador**
17/05/2026	17/06/2026	$38.579,00		MONICA VALERIA VENIER Bislas Malvinas Mza 40 Casa 2

117-030-60503736-000-02-170626-003857900-03976325-0-01-5

Fecha Emisión: 15/04/2026

Cuota	Póliza	Movim.	Iva s/Rec.Fin.(*)	Seguro
3/5	60503736	0	$402,00	Accidentes Personales - Colectivo - 24hs - Estándar
1° Venc.	**2° Venc.**	**Importe**		**Tomador**
17/06/2026	17/07/2026	$38.579,00		MONICA VALERIA VENIER Bislas Malvinas Mza 40 Casa 2

117-030-60503736-000-03-170726-003857900-03976325-0-01-0

Fecha Emisión: 15/04/2026

Cuota	Póliza	Movim.	Iva s/Rec.Fin.(*)	Seguro
4/5	60503736	0	$402,00	Accidentes Personales - Colectivo - 24hs - Estándar
1° Venc.	**2° Venc.**	**Importe**		**Tomador**
17/07/2026	17/08/2026	$38.579,00		MONICA VALERIA VENIER Bislas Malvinas Mza 40 Casa 2

117-030-60503736-000-04-170826-003857900-03976325-0-01-5

Fecha Emisión: 15/04/2026

Información de pagos

Tomador	Seguro	Compañía
MONICA VALERIA VENIER Dirección: Bislas Malvinas Mza 40 Casa 2	**Accidentes Personales** Colectivo - 24hs - Estándar Póliza: 30-60503736	La Segunda Personas Ramo: 201 Agencia: RENOLFI, ANDRES AMERICO DANIEL GRAL SAN MARTIN 1012

Cupones de cliente

Información actualizada al **15/04/2026**
Conocé tus pagos pendientes haciendo click **aquí**

Seguro		Tomador	
Accidentes Personales - Colectivo - 24hs - Estándar		MONICA VALERIA VENIER Bislas Malvinas Mza 40 Casa 2	
Cuota	**Póliza**	**Movim.**	**Iva s/Rec.Fin. (*)**
5/5	60503736	0	$402,00
1° Venc.	**2° Venc.**	**Importe**	
17/08/2026	17/09/2026	$38.579,00	

Red Banelco clave: **030003976325**
Red Link clave: **030003976325**

Adherido a DA
Tarjeta de crédito

El cupón pago habilita una cobertura hasta: **17/10/2026**
Para control de autoridad competente

(*) Dto.692/98 Asegurado

Cupones para entidad de cobro

Recortá por la línea de puntos para entregar el cupón correspondiente a la entidad de cobro.

Cuota	Póliza	Movim.	Iva s/Rec.Fin.(*)	Seguro
5/5	60503736	0	$402,00	Accidentes Personales - Colectivo - 24hs - Estándar
1° Venc.	**2° Venc.**	**Importe**		**Tomador**
17/08/2026	17/09/2026	$38.579,00		MONICA VALERIA VENIER Bislas Malvinas Mza 40 Casa 2

117-030-60503736-000-05-170926-003857900-03976325-0-01-0

Fecha Emisión: 15/04/2026