

## SEGURO COLECTIVO DE RENTA DIARIA POR INTERNACIÓN

### CONDICIONES GENERALES

#### ART. 1 - DISPOSICIONES FUNDAMENTALES

Las partes contratantes se someten a las disposiciones de la Ley de Seguros N° 17.418 y a las de la presente póliza que la complementan o modifican, cuando ello es admisible. En caso de no coincidir las Condiciones Generales con las Particulares, se estará a lo que dispongan estas últimas.

Los derechos y obligaciones 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 cual rige en su integridad con las modalidades convenidas por las partes. Esta póliza y los certificados individuales adquieren fuerza legal desde las doce (12) horas del día fijado en las Condiciones Particulares como inicio de su vigencia y se renueva automáticamente en cada aniversario de la misma.

#### ART. 2 - DEFINICIONES

“Compañía y Asegurador” serán utilizados para hacer referencia a Assurant Argentina Compañía de Seguros Sociedad Anónima.

“Asegurado” será la persona física que cumpla las condiciones establecidas en el artículo 4 y esté recibiendo cobertura.

“Tomador” es la persona o entidad que ha contratado esta póliza de seguro con el Asegurador y nuclea a las personas asegurables por esta póliza. El grupo conformado entre Tomador y los asegurables debe ser previo a la existencia del seguro y debe tener un interés común independiente a la contratación del seguro.

“Certificado Individual de Cobertura” es el documento que se extiende a nombre de cada asegurado y que acredita su incorporación a esta póliza.

“Establecimiento Asistencial” es aquel establecimiento que cumple con todos los siguientes requisitos:

- a) Se haya habilitado legalmente para funcionar por el Organismo de Control Sanitario correspondiente, Municipal, Provincial o Nacional,
- b) Brinda principalmente asistencia y tratamiento clínico a personas enfermas o accidentadas,

- c) Cuenta con un cuerpo de facultativos de uno o más médicos en forma permanente,
- d) Brinda servicio de enfermería durante las 24 horas del día y dispone de al menos un enfermero diplomado de guardia permanente,
- e) Cuenta con equipos para cirugía y diagnóstico, ya sea en sus propias instalaciones o en establecimientos con los que haya acordado convenios para la prestación de dichos servicios.

No se consideran Establecimientos Asistenciales a los fines de la presente cobertura, a los establecimientos geriátricos, centros de descanso o de convalecencia y los centros de tratamiento para la drogadicción y el alcoholismo.

La elección del Establecimiento Asistencial queda liberada a la voluntad de los Asegurados.

"Médico" es el profesional debidamente matriculado y habilitado para el ejercicio de la medicina o de la especialidad adquirida a la legislación vigente. No se aceptará la intervención de ningún médico que sea el Asegurado mismo, su cónyuge o un familiar del mismo o de su cónyuge hasta el segundo grado de consanguinidad.

#### ART. 3 - RIESGO CUBIERTO

El Asegurador, a cambio del pago de las primas correspondientes, abonará al Asegurado el beneficio establecido en las Condiciones Particulares, si el asegurado es internado en un Establecimiento Asistencial de las características descritas en el artículo 2 de estas Condiciones Generales, como consecuencia de un accidente acaecido o una enfermedad comenzada a partir del inicio de vigencia de la cobertura individual. La Compañía abonará el beneficio siempre que el siniestro haya ocurrido una vez finalizado el período de carencia estipulado en Condiciones Particulares. Dicho plazo se contará a partir de la vigencia inicial del certificado individual de cobertura y no será aplicable cuando la internación sea a causa de un accidente.

Se entiende por enfermedad iniciada durante la vigencia de la cobertura individual aquella por la cual el Asegurado no haya prestado signos o síntomas, no haya acudido a la consulta médica y no haya recibido tratamiento médico, con anterioridad a la fecha de su incorporación al seguro.

La cobertura podrá resultar extensible a internaciones en unidad de terapia intensiva y a Establecimientos Asistenciales fuera del país de residencia del Asegurado, según lo establecido en las Condiciones Particulares, de acuerdo con

las pautas establecidas en los Suplementos 1 y 2 respectivamente de estas Condiciones Generales.

#### ART. 4 - PERSONAS ASEGURABLES

Se consideran asegurables a todas las personas físicas cuya relación con el Tomador sea previa a su incorporación a este seguro y estén vinculados entre sí por un interés distinto al de contratar el presente seguro. Asimismo los asegurables deberán cumplir con el requisito de edad comprendida entre la "Edad Mínima de Contratación" y la "Edad Máxima de Contratación" definidas en las Condiciones Particulares al momento de contratar este seguro. Sin embargo, una vez asegurado, la cobertura se extenderá hasta alcanzar la "Edad Máxima de Cobertura" definida en las Condiciones Particulares.

#### ART. 5 – BENEFICIOS

El Asegurador, una vez presentada toda la documentación definida en el artículo 11, contará con quince días para iniciar el pago del capital asegurado, cuyo importe se consigna en las Condiciones Particulares. Dicho importe será computado en base a cada día de internación del Asegurado en un Establecimiento Asistencial que cumpla con las características descriptas en estas Condiciones Generales.

La renta diaria comprenderá desde el primer día de internación del Asegurado, hasta el Máximo de días de Internación (365 días), en tanto la internación hubiese superado el Período Mínimo de Internación establecido en las Condiciones Particulares. Se entiende por "Período Mínimo de Internación" a la cantidad de días de internación completos y consecutivos que el Asegurado debe cumplir para tener derecho a los beneficios acordados por esta póliza.

El beneficio será abonado al Asegurado; o en su caso, al o a los beneficiarios designados en el Certificado Individual. Este último supuesto resultará aplicable en caso de producirse el fallecimiento del Asegurado, sea durante la internación o en forma previa a la liquidación del beneficio; o en caso de imposibilidad del Asegurado por fuerza mayor."

#### ART. 6 – PERÍODO DE CARENIA

El Asegurado carecerá de cobertura durante el período de tiempo que se especifica en las Condiciones Particulares de la póliza, contado desde la vigencia inicial de la cobertura individual.

Sin perjuicio de lo enunciado en el párrafo anterior, el Período de Carencia no será de aplicación en caso de que la internación sea como consecuencia de un accidente.

#### ART. 7- PAGO DE LAS PRIMAS

El Tomador deberá pagar la prima correspondiente al seguro, junto con las extraprimas que pudieran corresponder en virtud de las coberturas adicionales contratadas, en las oficinas de la Compañía, en sus agencias oficiales, o en los medios debidamente autorizados por ella para tal fin.

#### ART. 8- PLAZO DE GRACIA Y FALTA DE PAGO DE LAS PRIMAS

La Compañía concede un plazo de gracia de un mes (nunca inferior a 30 días) para el pago, sin recargo de intereses, de todas las primas. Durante ese plazo esta póliza continuará en vigor.

Para el pago de la primera prima el plazo de gracia se contará desde la fecha de inicio de vigencia de esta póliza. Para el pago de las primas siguientes dicho plazo de gracia correrá a partir de las cero (0) horas del día en que venza cada una.

Vencido el plazo de gracia y no abonada la prima caducarán los derechos emergentes de esta póliza.

Los derechos que esta póliza acuerda al Asegurado y Tomador nacen el mismo día y hora en que comienzan las obligaciones a su cargo establecidas precedentemente.

Si cualquier prima no fuere pagada dentro del plazo de gracia, esta póliza caducará automáticamente, pero el Tomador adeudará a la Compañía, además de la prima vencida, la prima correspondiente al mes de gracia, salvo que dentro de dicho plazo hubiese solicitado por escrito su rescisión, en cuyo caso deberá pagar dicha prima calculada a prorrata por los días transcurridos desde el inicio del mes de gracia hasta la fecha del envío de tal solicitud.

#### ART. 9- PRIMAS DEL SEGURO

La tasa de prima establecida en las Condiciones Particulares regirá durante el primer año de vigencia del seguro. Dichas tasas serán ajustadas en cada aniversario de la póliza por la Compañía, la cual comunicará por escrito al Tomador las nuevas primas mensuales resultantes, con una anticipación no menor

de treinta (30) días a la fecha del aniversario en que comiencen a regir las mismas.

La prima mensual del seguro será equivalente a la tasa de prima que figura en las Condiciones Particulares, multiplicada por la sumatoria de capitales asegurados del período que se liquida.

La tasa de prima será calculada, en cada valuación, por aplicación de los planes técnicos autorizados por la Superintendencia de Seguros de la Nación, sobre la base de la composición poblacional del grupo asegurado.

#### ART. 10 - RIESGOS NO ASEGURADOS

El Asegurador no abonará el beneficio cuando la internación sea consecuencia de:

1. Participación como conductor o integrante de equipos en competencia de pericia o velocidad, con vehículos mecánicos o de tracción a sangre, o en justas hípicas (saltos de vallas o carreras con obstáculos)
2. Intervención en la prueba de prototipos de aviones, automóviles u otros vehículos de propulsión mecánica
3. Práctica o utilización de la aviación, salvo como pasajero en servicios de transporte aéreo regular
4. Intervención en otras ascensiones aéreas tales como montañismo, escaladas que requieran el uso de cuerdas o guías, aladeltismo, paracaidismo o similares
5. Participación del asegurado en las siguientes actividades: operaciones o viajes submarinos, deportes profesionales, cronometraje, espeleología, deportes de invierno
6. Guerra que no comprenda a la República Argentina; en caso de comprenderla, las obligaciones del Tomador y de los asegurados, así como las del asegurador, se regirán por las normas que, en tal emergencia, dictaren las autoridades competentes
7. Tentativa de suicidio, o lesiones autoprovocadas intencionalmente por el asegurado
8. Abuso de alcohol, drogas o psicofármacos, salvo que estos últimos hubiesen sido prescritos por un profesional médico y hubiesen sido consumidos de acuerdo a su prescripción

9. Enfermedades que sean consecuencia directa o indirecta del virus de inmunodeficiencia humana (HIV) del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)

10. Duelo, riña, salvo que se tratase de legítima defensa; huelga o tumulto popular en que hubieses participado el asegurado como elemento activo; revolución o empresa criminal

11. Desempeño paralelo de las profesiones de acróbata, buzo, jockey y domador de potros o fieras y de tareas con manipuleo de explosivos o con exposición a radiaciones atómicas, salvo pacto en contrario

12. Acontecimientos catastróficos originados por la energía atómica; fenómenos naturales de carácter extraordinario

13. Cualquier condición médica preexistente, entendiéndose por tal las consecuencias de enfermedades, terapia, intervención quirúrgica, tratamiento médico o accidente originado con anterioridad a la entrada en vigor del Certificado Individual.

Tampoco están cubiertas las internaciones que sean consecuencia de:

1. Maternidad: comprende toda internación que se lleve a cabo durante el embarazo; sea consecuencia o de éste; el parto y hasta los 45 días posteriores al parto. Sólo estarán cubiertas internaciones que sean causadas por accidente

2. Tenga por objeto principal la realización de estudios médicos y de diagnóstico de cualquier tipo; salvo que como consecuencia del resultado de los mismos el asegurado tuviere que someterse a una internación hospitalaria

3. Cuando la internación responda a las siguientes causas:

a) Cirugía plástica para condiciones preexistentes

b) Cirugía estética para fines de embellecimiento, excepto aquella que sea necesaria como consecuencia de un accidente sufrido por el Asegurado durante la vigencia de la cobertura individual

c) Lesiones que el asegurado se hubiera ocasionado voluntariamente o estando insano

d) Alteraciones mentales

e) Cura de reposo o tratamientos de adicciones (alcohol, tabaco, drogas)

f) Enfermedades infectocontagiosas para aislar o poner en cuarentena (tuberculosis, cólera, hepatitis de cualquier tipo, fiebre tifoidea y paratifoidea, salmonelosis, leptospirosis, brucelosis, antracosis, fiebre hemorrágica)

g) Tratamiento odontológico

#### ART. 11 - DENUNCIA DEL EVENTO CUBIERTO

El Asegurado o sus representantes legales deberán denunciar cualquier internación del Asegurado por escrito al Asegurador, dentro de los tres (3) días siguientes de haberse producido la misma.

Cualquier demora, salvo acreditación de caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia, hará perder el derecho a los beneficios. Asimismo, deberán suministrar a la Compañía los certificados y constancias médicas, incluyendo historias clínicas labradas en un Establecimiento Asistencial donde fuera asistido. Si fuere necesario también deberá adjuntarse, a pedido de la Compañía, las constancias que acrediten el acaecimiento del accidente o el inicio de la enfermedad, que dieron origen a la internación, durante la vigencia de la cobertura individual.

#### ART. 12 – COMPROBACIÓN DEL EVENTO CUBIERTO

La compañía podrá efectuar todas las verificaciones que sean necesarias y razonables para acreditar la ocurrencia del siniestro y la extensión de la prestación a su cargo. A tal fin, corresponde al Asegurado prestar toda la colaboración que a tal efecto le requiera el Asegurador, facilitando cualquier comprobación, incluso hasta dos exámenes médicos a cargo de facultativos designados por aquella, incluyendo la realización de estudios médico-diagnósticos. Los gastos de tales estudios y los honorarios de los facultativos designados por el Asegurador, serán a cargo de este último. Asimismo el Asegurado deberá autorizar expresamente a su médico asistente y al Establecimiento Asistencial involucrado en su atención, a proporcionar toda información que el médico asesor del Asegurador solicite a los efectos de este contrato. La Compañía se compromete a velar por la confidencialidad de las informaciones recabadas.

La Compañía dentro de los quince (15) días de recibida la denuncia y/o constancia deberá hacer saber al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. En caso de postergación la Compañía dará aviso dentro de los quince (15) días al Asegurado de la aceptación o rechazo del siniestro

La no contestación por parte de la Compañía dentro del plazo establecido, significará automáticamente el reconocimiento de los beneficios reclamados.

Una vez aceptado el beneficio, el Asegurador podrá exigir en cualquier momento durante el pago del mismo pero no más de una vez por mes, las pruebas de continuidad de la internación a través del Formulario de Reclamación Continuada por Internación. Si tales pruebas no pudieran realizarse dentro del plazo de treinta (30) días de haber sido pedidas, o si el Asegurado dificultare su verificación, perderá el derecho al beneficio acordado por esta póliza.

#### ART. 13 - VALUACIÓN POR PERITOS

Si no hubiera acuerdo entre las partes sobre la verificación del hecho cubierto, el mismo será analizado por dos médicos, designados uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los ocho (8) días de su designación a un tercer facultativo para el caso de divergencia.

Los médicos designados por las partes deberán presentar su informe dentro de los treinta (30) días y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de quince (15) días.

Si una de las partes omitiese designar médico dentro del octavo día de requerido por la otra si el tercer facultativo no fuese electo en el plazo estipulado en el primer párrafo, la parte más diligente, previa intimación a la otra, procederá a su designación. Los honorarios y los gastos de los médicos de las partes estarán a su respectivo cargo y los del tercero serán pagados por la parte cuyas pretensiones se alejen más del dictamen definitivo, salvo el caso de equidistancia en que se pagará por mitades entre las partes.

#### ART. 14 - RENOVACIÓN AUTOMÁTICA

Este seguro será renovado automáticamente por períodos de un año salvo que cualquiera de las partes de aviso a la otra por escrito que es su voluntad darlo por rescindido, en el caso del Asegurador el preaviso no debe ser menor a treinta (30) días. El pago de la prima de un nuevo período acreditado mediante el recibo extendido en las formas usuales del Asegurador, se tendrá como prueba suficiente de tal renovación.

#### ART. 15 - FINALIZACIÓN DE LA COBERTURA INDIVIDUAL

Esta cobertura terminará en la primera de las siguientes fechas:

a) Aquella en la que por incumplimiento de las obligaciones impuestas al Asegurado, el certificado individual se torne en estado de caducidad.



- b) Aquella en que el Asegurado ejerza la opción de rescisión del certificado individual.
- c) Aquella en que el Asegurado termine su relación con el Tomador.
- d) Aquella en la que se produzca el fallecimiento del Asegurado.
- e) En el mes póliza siguiente a aquel en que el Asegurado cumpla la "Edad Máxima de Cobertura".
- f) Aquella en que se abone el beneficio máximo previsto.
- g) Por rescisión o caducidad de la póliza por cualquier causa.

#### ART. 16- DUPLICADO DE PÓLIZA - COPIAS

1. En caso de robo, pérdida o destrucción de esta póliza, el Tomador y el Asegurado podrán obtener un duplicado en sustitución de la póliza original. Las modificaciones o suplementos que se incluyan en el duplicado, a pedido del Tomador o del Asegurado, serán los únicos válidos.
2. El Tomador o Asegurado tienen derecho a que se le entregue copia de las declaraciones efectuadas con motivo de este contrato y copia no negociable de la póliza.
3. Los gastos que origine la obtención de duplicado y copias de póliza o certificados serán por cuenta del solicitante.

#### ART. 17 - IMPUESTOS, TASAS Y CONTRIBUCIONES

Los impuestos, tasas y contribuciones de cualquier índole y jurisdicción que se crearen en lo sucesivo o los aumentos eventuales de los existentes, estarán a cargo del Tomador, Asegurados o de sus beneficiarios, según sea el caso, salvo cuando la ley los declare expresamente a cargo exclusivo de la Compañía.

#### ART. 18- DOMICILIO

El domicilio en el que las partes deben efectuar las denuncias, declaraciones y demás comunicaciones previstas en este contrato o en la Ley de Seguros (Nro. 17.418) es el último declarado por ellas.

#### ART. 19- PRESCRIPCIÓN

Las acciones fundadas en esta póliza prescriben en el plazo de un año, computado desde que la correspondiente obligación es exigible. El plazo de prescripción para el beneficiario se computa desde que conoce la existencia del beneficio, pero en ningún caso excederá de tres años contados desde el siniestro.

#### ART. 20- MODIFICACIÓN DEL CONTRATO

Cualquier modificación al contrato deberá ser por escrito y refrendada por los funcionarios autorizados del Asegurador, de lo contrario carecerá de todo valor.

#### ART. 21- COMPUTO DE PLAZOS

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

#### ART. 22- JURISDICCIÓN

Toda controversia judicial relativa a la presente póliza, será dirimida ante los Tribunales ordinarios competentes con jurisdicción en la Ciudad de Buenos Aires.

#### ART. 23- REQUISITOS Y PLAZOS DE INCORPORACIÓN AL SEGURO

Para adherir al seguro las personas asegurables deberán efectuar su solicitud en los medios oficiales de la compañía (Solicitud del Asegurado). No existe un plazo máximo determinado para que los asegurables decidan su incorporación a la póliza. Una vez que estos han completado y entregado la solicitud de incorporación a la Compañía se consideran automáticamente aceptados.

Los certificados individuales comenzarán a regir a partir del día 1º del mes siguiente del ingreso de la solicitud respectiva a la Compañía.

#### ART. 24- DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

El Asegurado tiene derecho de nombrar a los beneficiarios según el caso. El Beneficiario es la persona que habrá de recibir el beneficio del seguro pagadero en caso del fallecimiento del Asegurado o imposibilidad por fuerza mayor del mismo. En caso de imposibilidad de cobrar el beneficio como resultado de que el asegurado se encontrase internado, el mismo deberá ser cobrado por un representante que éste designe y no por los beneficiarios.

La designación de los beneficiarios se hará por escrito, al completar la solicitud del seguro o en cualquier otro momento posterior y será válida aunque se notifique a la Compañía después de producido el evento.

Designadas varias personas sin indicación de proporciones, se entiende que el beneficio es por partes iguales.

Si un Beneficiario hubiese fallecido antes o al mismo tiempo que el Asegurado, su asignación en el seguro acrecerá la de los demás beneficiarios, si los hubiere, en la proporción de sus propias asignaciones.

Cuando se designe a los herederos, se entiende a los que por Ley sucedan al Asegurado, si no hubiera otorgado testamento. Si lo hubiese otorgado, se tendrá por designados a los herederos instituidos. Si no se fija cuota parte, el beneficio se distribuirá conforme a las cuotas hereditarias.

#### ART. 25- CAMBIO DE BENEFICIARIO

El Asegurado podrá cambiar, en cualquier momento, el o los beneficiarios.

El cambio de beneficiarios se hará por escrito sin formalidad determinada y será válida aunque se notifique a la Compañía después del fallecimiento del Asegurado.

La Compañía quedará liberada en el caso de pagar la indemnización correspondiente a los Beneficiarios designados con anterioridad a la recepción de cualquier comunicación modificatoria de esa designación.

### **SUPLEMENTO N° 1**

#### **BENEFICIO POR INTERNACIÓN EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA**

Si a consecuencia de una Enfermedad o Lesión corporal por la cual esta Póliza acuerda el Beneficio Diario por Internación, el Asegurado es internado en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) de un Establecimiento Asistencial, la Compañía abonará por este concepto 200% del monto de la indemnización diaria estipulada en las Condiciones Particulares de esta póliza, por cada día de internación en dicha unidad.

El beneficio por internación en Unidad de Terapia Intensiva será pagadero por un período máximo de hasta sesenta (60) días por cada período anual de la póliza.

A fin de tener derecho al beneficio incrementado contemplado en el presente suplemento, la internación en la UTI debe ser considerada técnicamente necesaria por el Médico actuante y la Compañía.

El presente Suplemento se comercializará a elección del Tomador.

Definiciones:

Unidad de Terapia Intensiva (UTI): hace referencia a la sala especial de un Establecimiento Asistencial que funciona durante las 24 horas para la atención de pacientes gravemente enfermos, equipada para brindar servicios médicos especiales no disponibles en una sala común de recuperación post-operatoria de

un Establecimiento Asistencial; pabellón o sala necesaria donde el paciente es internado debido a que no necesita simples cuidados tales como servicios de enfermería, sino Servicios de Terapia Intensiva.