

SEGURO INTEGRAL DE ACCIDENTES CONDICIONES GENERALES

Artículo 1: Ley de las Partes Contratantes

Esta póliza consta de Condiciones Generales, Condiciones Generales Específicas y Condiciones Particulares.

En caso de discordancia entre los elementos, el orden de prelación será el siguiente:

1. Condiciones Particulares
2. Condiciones Generales Específicas
3. Condiciones Generales

Artículo 2: Riesgo Cubierto

El Asegurador se obliga al pago de las prestaciones estipuladas en las Condiciones Generales Específicas y Condiciones Particulares de esta póliza, en el caso de que la persona designada en la misma como Asegurado sufriera durante la vigencia del seguro algún accidente que fuera la causa originaria de alguno de los riesgos cubiertos por esta póliza definidos en las Condiciones Generales Específicas y siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de los 180 días a contar de la fecha del mismo.

Salvo las limitaciones o exclusiones que resulten de la presente póliza, el seguro cubre todos los accidentes –en los términos y alcances establecidos en el punto 1 del Artículo 35– que puedan ocurrir al Asegurado, ya sea en el ejercicio de la profesión declarada, o mientras se halle prestando servicio militar en tiempo de paz, o en su vida particular o mientras se halle practicando los deportes especificados en las Condiciones Particulares, ya sea en calidad de Profesional o Aficionado.

Se cubren también los accidentes que le ocurran al personal integrante de las Fuerzas Armadas mientras permanezca en servicio activo en tiempo de paz, con las exclusiones especificadas en el Artículo 4.

Será obligatoria la contratación de la cobertura de Muerte Accidental en cualquiera de sus alternativas. La cobertura de Invalidez Permanente sólo podrá contratarse en forma independiente de la de Muerte Accidental cuando existan razones fundadas para ello (ej. Inexistencia de herederos).

Artículo 3: Residencia

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.

Artículo 4: Exclusiones - Riegos no Asegurados

Quedan excluidos de este Seguro:

13. Las consecuencias de las enfermedades de cualquier naturaleza inclusive las originadas por las picaduras de insectos, salvo lo especificado en el punto 1 del Artículo 35.
14. Las lesiones causadas por la acción de los rayos "x" y similares, y de cualquier elemento radiactivo, u originadas en reacciones nucleares; las lesiones imputables a esfuerzo salvo los casos contemplados en el punto 1 del Artículo 35; insolación, quemaduras por rayos solares, enfriamiento y demás efectos de las condiciones atmosféricas o ambientales, psicopatías transitorias o permanentes y de operaciones quirúrgicas o tratamiento; salvo que cualquiera de tales hechos sobrevenga a consecuencia de un accidente cubierto conforme con el punto 1 del Artículo 35o del tratamiento de las lesiones por él producidas.
15. Los accidentes que el Asegurado o los beneficiarios, por acción u omisión provoquen dolosamente o con culpa grave o el Asegurado los sufra en empresa criminal.
No obstante quedan cubiertos los actos realizados para precaver el siniestro o atenuar sus consecuencias o por un deber de humanidad generalmente aceptado.
16. Los 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 al punto 1 del Artículo 35; o por estado de ebriedad o por estar el Asegurado bajo la influencia de estupefacientes o alcaloides.
17. Los accidentes que ocurran mientras el Asegurado tome parte en carreras, ejercicios o juegos atléticos de acrobacia o que tengan por objeto pruebas o contiendas de carácter excepcional, de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo; o mientras participe en viajes o excursiones a zonas inexploradas.
18. Los accidentes derivados de la navegación aérea no realizada en líneas de transporte aéreo regular, ya sea en calidad de tripulante, pasajero o mecánico
19. Los accidentes derivados del uso de motocicletas y vehículos similares que no hayan sido específicamente incluidos en esta cobertura, o de la práctica de deportes riesgosos que no hayan sido expresamente cubiertos en las Condiciones Particulares.
20. Los accidentes causados por hechos de guerra civil o internacional.
21. Los accidentes causados por hechos de guerrilla, rebelión, terrorismo, motín o tumulto popular, lock-out, cuando el Asegurado participe como elemento activo.
22. Los accidentes causados por fenómenos sísmicos, inundaciones u otros fenómenos naturales de carácter catastrófico.
23. Los accidentes que le ocurran al Asegurado mientras participe en su condición de integrante de las Fuerzas Armadas y que hayan sido provocados durante tumultos populares, rebelión, sedición, motín, insurrecciones y maniobras militares con simulacros de combate. Para el personal de la Fuerza Aérea o de la Aviación Militar o Naval se excluyen expresamente los accidentes derivados de la navegación aérea según se establece en las disposiciones de la Ley de Seguros y/o cuando realicen prácticas de paracaidismo.
24. Suicidio o su tentativa, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental.

Artículo 5: Personas no Asegurables

El Seguro no ampara a las personas que excedan el límite de edad aceptado por el Asegurador al momento de celebrarse el contrato.

Artículo 6: Personas asegurables

1. Cualquier persona que cumpla con los requisitos establecidos en la definición de Asegurado Titular podrá ser incluida en las coberturas de la presente póliza mediante solicitud del Tomador y aceptación del Asegurador.

2. Cualquier persona que cumpla con los requisitos establecidos en la definición de Dependientes podrá ser incluida en las coberturas de la presente póliza mediante solicitud del Tomador y aceptación del Asegurador.

2.1 El cónyuge del Asegurado Titular o aquella persona que convive con éste en aparente matrimonio de acuerdo a las disposiciones legales vigentes..

2.2. Los hijos del matrimonio si el cónyuge del Asegurado Titular está también amparado. Los hijos del matrimonio nacidos durante la vigencia de esta póliza serán amparados desde la fecha en que cumplan un mes de nacidos, sin más requisitos que la solicitud de su Alta. Se excluirán de la cobertura de esta Póliza, a partir de la siguiente renovación, los Dependientes del Asegurado que:

- a. Contraigan matrimonio;
- b. Cumplan 21 años de edad, o 25 en el caso de que sean solteros y estudiantes;
- c. Obtengan ingresos por trabajo personal;
- d. Dejen de depender económicamente de él.

Artículo 7: Edades

Las edades mínimas y máximas de aceptación serán siempre las mismas que se estipulan en las Condiciones Generales Específicas salvo indicación en contrario en los endosos respectivos.

Las edades de los Asegurados asentadas en esta Póliza deben comprobarse presentando pruebas fehacientes al Asegurador quien extenderá el comprobante respectivo y no tendrá derecho para pedir nuevas pruebas. Este requisito debe cubrirse antes de que el Asegurador efectúe el pago de cualquier beneficio.

La denuncia inexacta de la edad sólo autoriza la rescisión por el Asegurador, cuando la verdadera edad exceda los límites establecidos en su práctica comercial para asumir el riesgo.

Cuando la edad real sea mayor, el capital asegurado se reducirá conforme con aquella y la prima pagada.

Cuando la edad real sea menor que la denunciada, el Asegurador restituirá la diferencia y reajustará las primas futuras.

Artículo 8: Agravación por Concausas

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 esta fuese consecuencia de un accidente cubierto por la póliza y ocurrido durante la vigencia de la misma.

Artículo 9: Pluralidad de Seguros

El Asegurado deberá notificar sin dilación a cada Asegurador los seguros de Accidentes Personales que tenga contratados o contrate en lo sucesivo, cuando en conjunto excedan la suma que a tal efecto conste en las Condiciones Particulares.

En caso de hallarse el Asegurado cubierto por un importe superior a dicha suma, sin conocimiento y aceptación expresa de los aseguradores, estos indemnizarán a prorrata de sus respectivas sumas aseguradas solamente hasta la suma a que se refiera el párrafo anterior, 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.

En caso de que cualquier miembro de la Familia Asegurada esté cubierto bajo más de una póliza de este tipo, emitida por Zurich Argentina Compañía de Seguros S.A., se considerará asegurada a la persona únicamente por la póliza que posea mayor suma asegurada. Cuando los beneficios sean idénticos, se considerará que la persona está asegurada bajo la póliza que se haya emitido primero.

Artículo 10: Reticencia

Esta póliza ha sido extendida por el Asegurador sobre la base de las declaraciones suscritas por el Asegurado o Tomador en su Solicitud y en los cuestionarios relativos a su salud.

Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Asegurado, aún hecha de buena fe, que a juicio de peritos hubiera impedido el contrato o modificado sus condiciones, si el Asegurador hubiese sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato.

El Asegurador no invocará como reticencia o falsa declaración, la omisión de hechos o circunstancias cuya pregunta no conste expresa y claramente en la propuesta de seguro y en la declaración personal para el presente seguro.

El Asegurador debe impugnar el contrato dentro de los tres meses de haber conocido la reticencia o falsedad.

Cuando la reticencia no dolosa es alegada en el plazo del artículo 5 de la Ley de Seguros, el Asegurador, a su exclusivo juicio, puede anular el contrato restituyendo la prima percibida con deducción de los gastos, o reajustarla con la conformidad del Asegurado al verdadero estado del riesgo.

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. En todos los casos, si el siniestro ocurre durante el plazo para impugnar, el Asegurador no adeuda prestación alguna.

Cuando el contrato se efectúe por cuenta ajena se juzgará la reticencia por el conocimiento y la conducta del Tomador y del Asegurado.

Artículo 11: Agravación o Modificación del Riesgo

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.

Se entiende por agravación del riesgo asumido, la que si hubiese existido al tiempo de la celebración, a juicio de peritos hubiera impedido este contrato o modificado sus condiciones.

Se considerarán agravaciones del riesgo únicamente las que provengan de las siguientes circunstancias:

- a. Modificación del estado físico o mental del Asegurado
- b. Modificación de su profesión o actividad
- c. Fijación de residencia fuera del país

Cuando la agravación se deba a un hecho del Asegurado la cobertura queda suspendida. El Asegurador en el término de siete días, deberá notificar su decisión de rescindir.

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 un preaviso de siete días. Se aplicará el artículo 39 de la Ley de Seguros si el riesgo no se hubiera asumido según las prácticas comerciales del Asegurador.

No obstante, cuando la agravación provenga del cambio de la profesión o actividad del Asegurado y si de haber existido ese cambio al tiempo de celebración, el Asegurador hubiera concluido el contrato por una prima mayor, la suma asegurada se reducirá en proporción a la prima pagada.

Esta regla no se aplica a las exclusiones previstas en el Artículo 4.

La rescisión del contrato por agravación de 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.

Artículo 12: Pago de la Prima

La prima es debida desde la celebración del contrato pero no es exigible sino contra entrega de la póliza, salvo que se haya emitido un certificado o instrumentado provisorio de cobertura.

En el caso que la prima no se pague contra entrega de la presente póliza, su pago queda sujeto a las condiciones y efectos establecidos en la “Cláusula de Cobranza del Premio” que forma parte integrante del presente contrato.

El importe de las primas podrá ser ajustado en cada aniversario de la póliza por el Asegurador.

El Asegurador comunicará al Tomador las nuevas primas con una anticipación no menor a 30 días a la fecha en que comiencen a regir las mismas.

Artículo 13: Facultades de Producto o Agente

El Producto o Agente de seguro, cualquiera sea su vinculación con el Asegurador, autorizado por éste para la mediación, sólo está facultado con respecto a las operaciones en las cuales interviene para:

- a. Recibir propuestas de celebración y modificación de contratos de seguros;
- 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.

Artículo 14: Cargas del Asegurado o Beneficiarios en caso de Accidente

El Asegurado o los Beneficiarios comunicarán al Asegurador el acaecimiento del siniestro dentro de los 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 o negligencia.

El Asegurado o los Beneficiarios están obligados a suministrar al Asegurador, a su pedido, la información necesaria para verificar el siniestro o la extensión de la prestación a su cargo, la prueba instrumental en cuanto sea razonable que la suministre, y a permitirle al Asegurador las indagaciones necesarias a tales fines. La obstaculización por parte del Tomador o de cualquier Asegurado o de sus Beneficiarios para que se lleven a cabo estas indagaciones, liberará al Asegurador de cualquier obligación.

El Asegurador tendrá derecho, siempre que juzgue conveniente, y a su costa, de comprobar cualquier hecho o situación de la cual se derive para él una obligación.

Artículo 15: Comprobación del Fallecimiento

Corresponde a los beneficiarios o a sus representantes:

- a. Presentar la documentación pertinente, todas las pruebas relacionadas con el fallecimiento del Asegurado y la comprobación del derecho de los reclamantes.

El Asegurador se reserva al derecho de exigir la autopsia o la exhumación del cadáver para establecer las causas de la muerte, debiendo los beneficiarios prestar su conformidad y su concurso para la obtención de las correspondientes autorizaciones para realizarlas.

La autopsia o la exhumación deberán efectuarse con citación de los beneficiarios, los que podrán designar un médico para representarlos. Todos los gastos que ellas motiven serán por cuenta del Asegurador, excepto los derivados del nombramiento del médico representante de los beneficiarios.

Artículo 16: Comprobación de la Invalidez

Corresponde al Asegurado:

- a. Desde el momento de hacerse aparentes las lesiones, someterse, a su cargo, a un tratamiento médico racional y seguir las indicaciones del facultativo que le asiste.

- b. Enviar al Asegurador un certificado del médico que lo atiende expresando la causa y naturaleza de las lesiones sufridas por el Asegurado, sus consecuencias conocidas o presuntas, y la constancia de que se encuentra sometido a un tratamiento médico racional.
- c. Presentar las constancias médicas y/o testimoniales de su comienzo y causas.
- d. Remitir al Asegurador cada quince (15) días certificaciones médicas que informen sobre la evolución de las lesiones y actualicen el pronóstico de curación.
- e. En caso de invalidez permanente, presentar la documentación pertinente que incluya el alta y los certificados que acreditan el grado de invalidez definitivo.
- f. Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta dos exámenes médicos por facultativos designados por el Asegurador y con gastos a cargo de éste.
- g. Pagar las primas que hubiesen vencido durante el período de comprobación, sin perjuicio de su reintegro una vez acordados los beneficios.

Plazo de Prueba: El Asegurador, dentro de los quince (15) de recibida la denuncia y/o constancias de la invalidez, contados desde la fecha que sea posterior, deberá hacer saber al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. Si las comprobaciones a que se refieren los puntos anteriores no resultaran concluyentes en cuanto al carácter de invalidez, el Asegurador podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor de seis (6) meses, a fin de confirmar el diagnóstico. La no contestación, por parte del Asegurador dentro del plazo establecido, significará automáticamente el reconocimiento del beneficio reclamado.

Artículo 17: Valuación de Peritos

Si no hubiera acuerdo entre las partes, las consecuencias indemnizables del accidente serán determinadas 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 o si el tercer facultativo no fuese electo en el plazo establecido en el apartado anterior, 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.

Artículo 18: Residencia en el Extranjero

El Asegurado debe comunicar al Asegurador en forma fehaciente e inmediata, cuando fije su residencia en el extranjero.

Artículo 19: Reducción de las consecuencias

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.

Artículo 20: Designación de Beneficiario

La designación de beneficiario se hará por escrito y es válida aunque se notifique al Asegurador después del evento previsto.

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

Cuando se designe a los hijos se entiende los concebidos y los sobrevivientes al tiempo de ocurrir el evento previsto.

Cuando se designe a los herederos, se entiende a los que por Ley suceden al Asegurado, si no hubiese 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.

Cuando el contratante no designe beneficiario o por cualquier causa la designación se haga ineficaz o quede sin efecto, se entiende que designó a los herederos.

En caso de que uno de los Beneficiarios falleciera antes o al mismo tiempo que el Asegurado, la cuota que le hubiera correspondido será distribuida entre los beneficiarios supérstites, en la proporción asignada en el contrato.

Artículo 21: Cambio de Beneficiario

El Asegurado o Tomador podrá cambiar en cualquier momento el beneficiario o los beneficiarios designados. Para que el cambio de beneficiario surta efecto frente al Asegurador, es indispensable que éste sea notificado por escrito. Cuando la designación sea a título oneroso y ello conste en la póliza no se admitirá el cambio sin la expresa conformidad del Beneficiario designado en la misma.

Si el cambio de beneficiario no hubiere podido registrarse en la póliza, en caso de fallecimiento del Asegurado el pago se hará consignando judicialmente los importes que correspondan, a la orden conjunta de los beneficiarios anotados en la póliza y los designados con posterioridad a aquellos en cualquier comunicación escrita del Asegurado recibida por el Asegurador hasta el momento de la consignación, dejando así librada a la resolución judicial la determinación de las personas beneficiarias.

El Asegurador queda liberado si actuando diligentemente hubiera pagado las indemnizaciones correspondientes a los beneficiarios designados con anterioridad a la recepción de cualquier notificación que modificara esa designación.

Artículo 22: Cumplimiento de la Prestación del Asegurador

El pago se hará dentro de los 15 días de notificado el siniestro o de cumplidos los requisitos a que se refieren los Artículos 14, 15 y 16 de estas Condiciones Generales, el que sea posterior.

Cuando el Asegurador hubiese reconocido el derecho, pero aún no estuviera establecido el grado de invalidez permanente, el Asegurado podrá reclamar un pago a cuenta del 50% de la prestación estimada por el Asegurador. A más tardar dentro de los 18 meses de ocurrido el accidente se ajustará y liquidará definitivamente la prestación según la invalidez resultante en ese momento.

En caso de viaje aéreo del Asegurado si no se tuvieran noticias del avión por un período no inferior a dos meses, el Asegurador hará efectivo el pago de la indemnización establecida en la presente póliza para el caso de muerte. Si apareciera el Asegurado o se tuvieran noticias ciertas de él, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de las sumas pagadas, pero el Asegurado podrá hacer valer sobre tales sumas las pretensiones a que eventualmente tenga derecho en el caso de que hubiese sufrido daños resarcibles cubiertos por la presente póliza.

Artículo 23: Caducidad por Incumplimiento de Obligaciones y Cargas

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

Artículo 24: Rescisión Unilateral

Sin perjuicio de las demás causales de rescisión y caducidad ya previstas, cualquiera de las partes tiene derecho a rescindir el presente contrato sin expresar causa. Cuando el Asegurador ejerza este derecho, dará un preaviso no menor de quince días. Cuando lo ejerza el Asegurado, la rescisión se producirá desde la fecha en que notifique fehacientemente esa decisión.

Producida la rescisión, el Asegurador continuará cubriendo aquellos siniestros que hayan sido denunciados durante la vigencia de la póliza.

Cuando el seguro rija de doce a doce horas, la rescisión se computará desde la hora doce inmediata siguiente, y en caso contrario, desde la hora veinticuatro.

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.

En caso de rescindirse el contrato después de haber ocurrido durante la 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.

Artículo 25: Domicilio para Denuncias y Declaraciones

El domicilio en que las partes deben efectuar las denuncias y declaraciones previstas en la Ley de Seguros o en el presente contrato, es el último declarado. Dichas denuncias y declaraciones se harán en forma expresa y fehaciente.

A todos los efectos, el domicilio del Asegurador será el de su Casa Central.

Artículo 26: Cómputo de Plazos

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

Artículo 27: Prórroga de Jurisdicción

Toda controversia judicial que se plantee en relación al presente contrato, se sustanciará entre los jueces competentes 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 domicilio de la sede central o sucursal donde se emitió la póliza e igualmente se tramitarán ante ellos las acciones judiciales relativas al cobro de primas.

Artículo 28: Terminación de la Cobertura

El riesgo de accidente previsto, automáticamente dejará de estar cubierto y la póliza se cancelará en los siguientes casos:

- a. Si la póliza dejase de hallarse en pleno vigor por falta de pago de cualquier prima y una vez vencido el plazo de gracia.
- b. A partir del momento en que el Asegurado haya recibido, por aplicación de las Condiciones Particulares, indemnizaciones equivalentes al capital asegurado.
- c. Si la póliza cubre el riesgo de incapacidad total, a partir de la fecha en que el Asegurado quedase comprendido en sus beneficios.
- d. Si se liquidase la póliza por cualquier motivo.
- e. A partir de la fecha en que el Asegurado cumpla la edad máxima estipulada en las Condiciones Generales Específicas de cada cobertura.

Artículo 29: Duplicado de Póliza y Copia

En caso de robo, pérdida o destrucción de esta póliza, el Asegurado podrá obtener un duplicado en sustitución de la póliza original. Una vez emitido el duplicado, el original pierde todo valor. Las modificaciones efectuadas después de emitido el duplicado serán las únicas válidas.

El Asegurado tiene derecho a que se le entregue copia de las declaraciones efectuadas para la celebración del contrato y copia no negociable de la póliza.

Artículo 30: 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.

Artículo 31: Cesión de Derechos

Cualquier cesión de derechos, gravamen, caución o garantía que tenga por base este contrato, deberá notificarse fehacientemente por escrito al Asegurador, el que lo hará constar en la póliza por medio de un endoso/anexo. Sin estos requisitos, los convenios realizados por el Asegurado con terceros, no tendrán ningún valor para el Asegurador y éste sólo reconocerá como propietaria de la póliza a la persona cuya vida se asegura.

Artículo 32: Impuestos, Tasas y Contribuciones

Los impuestos, tasas y contribuciones de cualquier índole y jurisdicción que puedan crearse en lo sucesivo o los aumentos eventuales de los existentes, estarán a cargo del Asegurado, de sus beneficiarios o de sus herederos, según el caso, salvo cuando la Ley los declare expresamente a cargo exclusivo del Asegurador.

Artículo 33: Renovación Automática

Este seguro será renovado automáticamente por períodos iguales al de la vigencia inicial. 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. La renovación automática no resultará de aplicación en las pólizas de corto plazo.

Artículo 34: Repatriación de restos

En caso de fallecimiento por accidente del Asegurado en el exterior, y de acuerdo con los Riesgos no Cubiertos, se cubren los gastos de repatriación del cuerpo al país de residencia permanente y habitual. Quedan excluidos los gastos de funerales e inhumación.

Artículo 35: Definiciones

Para los efectos del contrato de seguro, las siguientes palabras y frases tendrán el significado que a continuación se señala, a menos que el contrato requiera un significado diferente:

1. Accidente: se entiende por tal toda lesión corporal que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta sufrida por el Asegurado independientemente de su voluntad, por la acción repentina y violenta de o con un agente externo.

Se consideran también como accidentes: la asfixia o intoxicación por vapores o gases, la asfixia por inmersión u obstrucción en el aparato respiratorio que no provenga de enfermedad; la intoxicación o envenenamiento por ingestión de sustancias tóxicas o alimentos en mal estado consumidos en lugares públicos o adquiridos en tal estado; las quemaduras de todo tipo producidas por cualquier agente, salvo lo dispuesto en el Artículo 4, inc. 2); el carbunco, tétanos u otras infecciones microbianas o intoxicaciones cuando sean de origen traumático; rabia, luxaciones articulares y distensiones, dilaceraciones y rupturas musculares, tendinosas y viscerales (excepto lumbalgias, várices y hernias) causadas por esfuerzos repentinos y evidentes al diagnóstico.

2. Tomador: es la persona física o jurídica con la cual se celebra el Contrato de Seguro, por su cuenta o por cuenta de un tercero.

3. Familia Asegurable: es el Asegurado Titular y cada uno de sus Dependientes que se indican en las Condiciones Particulares de esta póliza.

3.1. Asegurado Titular: es la persona de la cual dependen económicamente los otros miembros de la Familia Asegurable, que ha quedado registrado como tal y cuya edad sea menor, a la fecha de emisión de la póliza, de 65 años o de la edad límite fijada en las Condiciones Particulares.

3.2. Dependientes: las siguientes personas, siempre y cuando no tengan ingresos por trabajo personal y dependan económicamente del Asegurado Titular:

- Su cónyuge, si su edad es menor, a la fecha de emisión de la póliza, de 65 años o de la edad límite fijada en las Condiciones Particulares;
- Sus hijos solteros mayores de un mes y menores de 21 años; y
- Sus hijos solteros mayores de 21 años pero menores de 25 años, siempre que sean estudiantes de tiempo completo.

También se considerarán hijos los legalmente adoptados y los hijastros.

4. Asegurado: cada uno de los miembros de la Familia Asegurable, que a solicitud del Tomador ha quedado amparado bajo esta póliza.

5. Beneficiario: es la persona designada por cada uno de los Asegurados para recibir el beneficio del seguro en caso de fallecimiento del designante.

6. Médico: persona que ejerce la medicina, titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de la misma.

SEGURO INTEGRAL DE ACCIDENTES CLAUSULA DE INTERPRETACION

A los efectos de la presente póliza, déjense convenidas las siguientes reglas de interpretación asignándose a los vocablos utilizados los significados y equivalencias que se consignan:

I – Artículo 1: Hechos de guerra internacional

Se entiende por tales los hechos dañosos originados en un estado de guerra (declarada o no) con otro u otros países, con la intervención de fuerzas organizadas militarmente (regulares o irregulares y participen o no civiles).

Artículo 2: Hechos de Guerra Civil

Se entiende por tales los hechos dañosos originados en un estado de lucha armada entre habitantes del país o entre ellos y fuerzas regulares, caracterizado por la organización militar de los contendientes (participen o no civiles), cualquiera fuese su extensión geográfica, intensidad o duración y que tienda a derribar los poderes constituidos u obtener la secesión de una parte del territorio de la Nación.

Artículo 3: Hechos de rebelión

Se entiende por tales los hechos dañosos originados en un alzamiento armado de fuerzas organizadas militarmente (regulares o irregulares y participasen o no civiles) contra el Gobierno Nacional constituido, que conlleven resistencia y desconocimiento de las órdenes impartidas por la jerarquía superior de la que dependen y que pretendan imponer sus propias normas.

Se entienden equivalentes a los de rebelión, otros hechos que encuadran en los caracteres descritos, como ser: revolución, sublevación, usurpación del poder, insurrección, insubordinación, conspiración.

Artículo 4: Hechos de sedición o motín

Se entiende por tales los hechos dañosos originados en el accionar de grupos (armados o no) que se alzan contra las autoridades constituidas en el lugar, son rebelarse contra el Gobierno Nacional o que se atribuyan, los derechos del pueblo, tratando de arrancar alguna concesión favorable a su pretensión.

Se entienden equivalentes a los de sedición otros hechos que encuadran en los caracteres descritos, como ser: asonada, conjuración.

Artículo 5: Hechos de tumulto popular

Se entiende por tales los hechos dañosos originados a raíz de una reunión multitudinaria (organizada o no) de personas en la que uno o más de sus participantes intervienen en desmanes o tropelías, en general, sin armas, pese a que algunos las empleasen.

Se entienden equivalentes a los hechos de tumulto popular otros hechos que encuadren en los caracteres descriptos, como ser: alboroto, alteración del público, desórdenes, revuelta, conmoción.

Artículo 6: Hechos de vandalismo

Se entiende por tales los hechos dañosos originados por el accionar destructivo de turbas que actúan irracionalmente y desordenadamente.

Artículo 7: Hechos de guerrillas

Se entiende por tales los hechos dañosos originados a raíz de las acciones de hostigamiento o agresión de grupos armados irregulares (civiles o militarizados), contra cualquier autoridad de fuerza pública o sectores de la población.

Se entienden equivalentes a los hechos de guerrilla, los hechos de subversión.

Artículo 8: Hechos de terrorismo

Se entienden por tales los hechos dañosos originados en el accionar de una organización siquiera rudimentaria que, mediante la violencia en las personas o en las cosas, provoca alarma, atemoriza o intimida a las autoridades constituidas o a la población o a sectores de ésta o a determinadas actividades. No se consideran hechos de terrorismo aquellos aislados o esporádicos de simple malevolencia que no denotan algún rudimento de organización.

Artículo 9: Hechos de huelga

Se entiende por tales los hechos dañosos originados a raíz de la abstención concertada de concurrir al lugar de trabajo o de trabajar, dispuesta por entidades gremiales de trabajadores (reconocidas o no oficialmente) o por núcleos de trabajadores al margen de aquellas.

No se tomará en cuenta la finalidad gremial o extragremial que motivó la huelga, así como tampoco su calificación de legal o ilegal.

Artículo 10: Hechos de lock – out

Se entiende por tales los hechos dañosos originados por:

a) El cierre de establecimientos de trabajo dispuesto por uno o más empleadores o por entidad gremial que los agrupa (reconocida o no oficialmente).

b) El despido simultáneo de una multitud de trabajadores que paralice total o parcialmente la explotación de un establecimiento.

No se tomará en cuenta la finalidad gremial o extragremial que motivó el lock-out, así como tampoco su calificación de legal o ilegal.

II- Atentado, depredación, devastación, intimidación, sabotaje, saqueo u otros hechos similares, en tanto encuadren en los respectivos caracteres descriptos en el apartado I, se consideran hechos de guerra civil o internacional, de rebelión, de sedición o motín, de tumulto popular, de vandalismo, de guerrilla de terrorismo, de huelga o de lock-out.

III- Los hechos dañosos originados en la prevención o represión por la autoridad o fuerza pública de los hechos descriptos, seguirán su tratamiento en cuanto a su cobertura o exclusión del seguro.

SEGURO INTEGRAL DE ACCIDENTES

Con la prima exclusivamente a cargo del Contratante

Artículo 1:

El Contratante declara al concertar el seguro que la prima se encuentra exclusivamente a su cargo.

Artículo 2:

El presente seguro rige para cada una de las personas comprendidas en la nómina anexa a la póliza y por las prestaciones especificadas en la misma, mientras permanezcan al servicio del Contratante.

Los ajustes de la prima que correspondan con motivo de la exclusión de asegurados cesantes en el empleo o de la incorporación de nuevos asegurados, se efectuarán a prorrata del tiempo transcurrido como asegurado o del que falte hasta el vencimiento de la póliza desde el día de la notificación de la cesantía al Asegurador, o de la aceptación por el mismo de la incorporación de los nuevos asegurados, respectivamente, teniendo en cuenta la prima a aplicar de acuerdo con el riesgo.

En los casos de seguro a prima única, contratados por varios años, si la exclusión o inclusión de personal se produjera luego de transcurrido el primer año, el Asegurador retendrá o percibirá la prima anual a prorrata del tiempo transcurrido o a transcurrir hasta el vencimiento de la póliza.

Cuando las exclusiones e inclusiones fueran simultáneas, la prima a retener o a percibir se calculará sobre el saldo de capital no compensado entre ellas y en la forma indicada precedentemente.

Artículo 3:

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: a) por el monto que resultase de cualquier responsabilidad civil o legal que tuviera que asumir con motivo de accidentes cubiertos por la póliza que sufrieran los asegurados a que se refiere el inciso 2 de esta Cláusula: b) por el monto del perjuicio concreto resultante de un interés económicamente lícito que demostrara con respecto a la vida o salud de los asegurados a que se refiere el inciso 2 de esta Cláusula, cuando éstos sufrieran accidentes cubiertos por la Póliza.

Artículo 4:

Previa citación al Contratante para que en el término de tres días haga valer su derecho al cobro preferente conforme con el 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.

CLÁUSULA DE AJUSTE DE LA SUMA ASEGURADA

Artículo 1º - Sumas Aseguradas

Queda expresamente convenido que las Sumas Aseguradas previstas en esta póliza serán ajustadas anualmente, en oportunidad de la renovación anual de la póliza a efectos de mantener actualizados sus valores.

Artículo 2º - Forma de determinación del ajuste

El índice de ajuste de las Sumas Aseguradas será convenido en las Condiciones Particulares de la presente póliza. De esta forma, las Sumas Aseguradas serán ajustadas anualmente, aplicando el porcentaje fijo de incremento expresamente previsto en dichas condiciones.

Artículo 3º - Ajuste

En todos los casos, las nuevas Sumas Aseguradas comenzarán a regir a partir del primer vencimiento del premio inmediato siguiente a aquel en que las nuevas Sumas Aseguradas se acuerden con el Tomador.

Los Asegurados serán debidamente notificados de dichos aumentos, mediante la remisión del respectivo Complemento de Certificado que se remitirá informando las nuevas Sumas Aseguradas con las respectivas primas a abonar.

Artículo 4º - Primas

Las nuevas primas vigentes serán las que surjan de aplicar la tasa de prima pactada sobre las nuevas Sumas Aseguradas.

Artículo 5º - Aceptación por parte del Asegurado

Constituida la notificación por parte del Asegurador de las nuevas Sumas Aseguradas y respectivas primas a abonar, el Asegurado deberá informar al Asegurador si acepta o rechaza el ajuste, dentro del plazo de 30 días.

Si el Asegurado manifestara, dentro del plazo previsto en el párrafo anterior, su voluntad de continuar con las Sumas Aseguradas vigentes sin que se efectúe el ajuste, el Asegurador se obliga a mantener la cobertura de dicho Asegurado con las Sumas Aseguradas vigentes, no procediendo a realizarse ningún ajuste posterior.

CLÁUSULA DE COBRANZA DEL PREMIO – Alternativa A

ARTÍCULO 1º: El premio de este seguro, debe pagarse con la periodicidad prevista en las Condiciones Particulares al contado en la fecha de iniciación de la vigencia de cada período de facturación.

El comienzo de la cobertura de la Póliza tendrá lugar a partir de la fecha y hora del recibo que acredite el pago del premio, o de la fecha consignada como inicio de vigencia de la Póliza, la que fuere posterior.

Si el Asegurador lo aceptase, el premio podrá fraccionarse en cuotas iguales y consecutivas, cuyos vencimientos obrarán en las Condiciones Particulares, pero a la primera de ellas, que deberá pagarse al contado, se le agregará además el total del I.V.A. correspondiente al contrato (punto 6 del inciso b del art. 5º de la Ley de Impuesto al Valor Agregado).

En el caso que el pago del premio se convenga en cuotas, el componente financiero se calculará de acuerdo a lo dispuesto en el Artículo 4 de la Resolución N° 21.523 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.

El premio no será exigible sino contra entrega de la Póliza o certificado de cobertura.

Se entiende por premio la prima más los impuestos, tasas, gravámenes y todo otro recargo adicional a la misma.

ARTÍCULO 2º: Se acuerda un plazo de gracia de 30 días corridos contados a partir de la fecha de vencimiento de cada uno de los pagos del premio, lapso durante el cual la cobertura que otorga la Póliza mantendrá su plena vigencia. El plazo de gracia antes mencionado no resulta aplicable al pago del premio correspondiente a la primera cuota.

Si el premio no fuera abonado en dicho lapso, la cobertura quedará automáticamente suspendida desde la hora cero (0) del día del vencimiento de dicho plazo, sin necesidad de interpelación extrajudicial o judicial alguna ni constitución en mora, la que se producirá por el sólo vencimiento de dicho plazo; debiendo el Asegurado y/o Tomador abonar el premio corrido hasta el vencimiento del plazo de gracia.

Se deja expresamente establecido que no entrará en vigencia la cobertura de ninguna facturación en tanto no estuviera totalmente cancelado el premio anterior.

ARTÍCULO 3º: Toda rehabilitación de la cobertura suspendida por falta de pago en término surtirá efecto desde la hora cero (0) del día siguiente a aquel en que el Asegurador reciba el pago total del importe o importes vencidos. Queda entendido y convenido que la rehabilitación de la cobertura antes mencionada regirá solamente para el futuro, pero no purgará la suspensión anterior de la misma derivada de la falta de pago del premio en el término convenido.

ARTÍCULO 4º: Transcurridos 60 días corridos desde que se suspendió la cobertura por falta de pago, sin que el Asegurado y/o el Tomador haya cancelado el premio y rehabilitado de esta forma la cobertura, el contrato de seguro quedará automáticamente resuelto de pleno derecho por el simple vencimiento del plazo y sin necesidad de interpelación extrajudicial o judicial alguna.

ARTÍCULO 5°: La gestión de cobro extrajudicial o judicial del premio o saldo adeudado, no modificará la suspensión de la cobertura o la resolución del contrato conforme a lo estipulado precedentemente.

ARTÍCULO 6°: Las disposiciones de la presente Cláusula son también aplicables a los premios de los seguros de períodos menores de un (1) año, y a los adicionales por endoso o suplementos de la Póliza.

En este caso, el plazo de pago no podrá exceder el plazo de la vigencia, disminuido en treinta (30) días.

ARTÍCULO 7°: Todos los pagos del Asegurado y/o Tomador que resulten de la aplicación de la presente Cláusula, se efectuarán de acuerdo a lo normado en el Artículo 1° de la Resolución N° 407/01 del Ministerio de Economía de la Nación, cuyo texto se transcribe seguidamente:

"Artículo 1° — Los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros son los siguientes:

a) Entidades especializadas en cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION.

b) Entidades financieras sometidas al régimen de la Ley N° 21.526.

c) Tarjetas de crédito, débito o compras emitidas en el marco de la Ley N° 25.065.

d) Medios electrónicos de cobro habilitados previamente por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION a cada entidad de seguros, los que deberán funcionar en sus domicilios, puntos de venta o cobranza. En este caso, el pago deberá ser realizado mediante alguna de las siguientes formas: efectivo en moneda de curso legal, cheque cancelatorio Ley N° 25.345 o cheque no a la orden librado por el asegurado o tomador a favor de la entidad aseguradora.

Cuando la percepción de premios se materialice a través del SISTEMA UNICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (SUSS) se considerará cumplida la obligación establecida en el presente artículo."

ARTÍCULO 8°: Aprobada la liquidación de un siniestro, el Asegurador podrá descontar de la indemnización cualquier saldo o deuda vencida del mismo Asegurado por este u otros contratos (Art. 818 del Código Civil).

CLÁUSULA DE COBRANZA DEL PREMIO – Alternativa B
VIGENCIA MENSUAL PRORROGABLE

ARTÍCULO 1º: Queda convenido y establecido que la vigencia de esta Póliza es mensual, prorrogable automáticamente por otros once períodos mensuales. Cumplida la anualidad el contrato será renovado en forma automática sujeto a los ajustes que pudieran corresponder conforme a lo establecido en el Artículo 12 de las Condiciones Generales.

El premio mensual de este seguro debe pagarse al contado, en la fecha de iniciación de la vigencia de cada período mensual, debiendo incluir la totalidad del impuesto al valor agregado correspondiente al mismo.

El comienzo de la cobertura de la Póliza tendrá lugar a partir de la fecha y hora del recibo que acredite el pago del premio, o de la fecha consignada como inicio de vigencia de la Póliza, la que fuere posterior.

El premio no será exigible sino contra entrega de la Póliza o certificado de cobertura.

Se entiende por premio la prima más los impuestos, tasas, gravámenes y todo otro recargo adicional a la misma.

ARTÍCULO 2º: Para el pago de los premios correspondientes a los períodos mensuales posteriores al primero, se acuerda un plazo de gracia de 30 días corridos desde la fecha de vencimiento de los mismos, lapso durante el cual la Póliza mantendrá su plena vigencia.

Si el premio no fuera abonado en dicho lapso, la cobertura quedará automáticamente suspendida desde la hora cero (0) del día del vencimiento de dicho plazo, sin necesidad de interpelación extrajudicial o judicial alguna ni constitución en mora, la que se producirá por el sólo vencimiento de dicho plazo; debiendo el Asegurado y/o Tomador abonar el premio corrido hasta el vencimiento del plazo de gracia.

Se deja expresamente establecido que no entrará en vigencia la cobertura de ninguna prórroga mensual de cobertura, en tanto no estuvieran totalmente cancelados los premios de los períodos anteriores.

ARTÍCULO 3º: Toda rehabilitación de la cobertura suspendida por falta de pago en término surtirá efecto desde la hora cero (0) del día siguiente a aquel en que el Asegurador reciba el pago total del importe o importes vencidos. Queda entendido y convenido que la rehabilitación de la cobertura antes mencionada registrará solamente para el futuro, pero no purgará la suspensión anterior de la misma derivada de la falta de pago del premio en el término convenido.

ARTÍCULO 4º: Transcurridos 60 días corridos desde que se suspendió la cobertura por falta de pago, sin que el Asegurado y/o el Tomador haya cancelado el premio y rehabilitado de esta forma la cobertura, el contrato de seguro quedará automáticamente resuelto de pleno derecho por el simple vencimiento del plazo y sin necesidad de interpelación extrajudicial o judicial alguna.

ARTÍCULO 5º: La gestión de cobro extrajudicial o judicial del premio o saldo adeudado, no modificará la suspensión de la cobertura o la resolución del contrato conforme a lo estipulado precedentemente.

ARTÍCULO 6°: Las disposiciones de la presente Cláusula son también aplicables a los premios de los adicionales por endosos o suplementos de la Póliza.

ARTÍCULO 7°: Todos los pagos del Asegurado y/o Tomador que resulten de la aplicación de la presente Cláusula, se efectuarán de acuerdo a lo normado en el Artículo 1° de la Resolución N° 407/01 del Ministerio de Economía de la Nación, cuyo texto se transcribe seguidamente:

"Artículo 1° — Los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros son los siguientes:

a) Entidades especializadas en cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION.

b) Entidades financieras sometidas al régimen de la Ley N° 21.526.

c) Tarjetas de crédito, débito o compras emitidas en el marco de la Ley N° 25.065.

d) Medios electrónicos de cobro habilitados previamente por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION a cada entidad de seguros, los que deberán funcionar en sus domicilios, puntos de venta o cobranza. En este caso, el pago deberá ser realizado mediante alguna de las siguientes formas: efectivo en moneda de curso legal, cheque cancelatorio Ley N° 25.345 o cheque no a la orden librado por el asegurado o tomador a favor de la entidad aseguradora.

Cuando la percepción de premios se materialice a través del SISTEMA UNICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (SUSS) se considerará cumplida la obligación establecida en el presente artículo."

ARTÍCULO 8°: Aprobada la liquidación de un siniestro, el Asegurador podrá descontar de la indemnización cualquier saldo o deuda vencida del mismo Asegurado por este u otros contratos (Art. 818 del Código Civil).