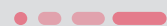


Accidentes Personales



Condiciones generales
y particulares



BANCOPATAGONIA

 **SWISS MEDICAL**
SEGUROS

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

AP CI

CONDICIONES PARTICULARES

Muerte Accidental

Edad mínima de ingreso a la cobertura: 18 años.

Edad máxima de ingreso a la cobertura: 75 años.

Edad máxima de permanencia: 80 años.

Coberturas Adicionales

- CLÁUSULA 500 - COBERTURA DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE
 - Edad mínima de ingreso a la cobertura: 18 años.
 - Edad máxima de ingreso a la cobertura: 75 años.
 - Edad máxima de permanencia: 80 años.
- CLÁUSULA 502 - COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL EN OCASIÓN DE ROBO
 - Edad mínima de ingreso a la cobertura: 18 años.
 - Edad máxima de ingreso a la cobertura: 75 años.
 - Edad máxima de permanencia: 80 años.

MEDIOS DE PAGO HABILITADOS: 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. Cheques de terceros, los que deberán ser indefectiblemente endosados por el Asegurado o Tomador de la póliza.
- d) Efectivo en moneda de curso legal, mediante la utilización de un Controlador Fiscal homologado por la ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS y registrado ante la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION, únicamente hasta la suma máxima establecida en la normativa vigente.
- e) 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.

OBLIGACIONES Y CARGAS

Cláusula 15 de las Condiciones Generales: El Asegurado o los beneficiarios comunicarán al Asegurador el siniestro dentro de los TRES (3) días de conocerlo, bajo pena de perder el derecho a indemnizarlo, salvo que acredite caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia (Arts. 46 y 47 - Ley de Seguros N° 17.418).

Desde el momento de hacerse aparentes las lesiones, el accidentado deberá someterse, a su cargo, a un tratamiento médico racional y seguir las indicaciones del facultativo que lo asiste; deberá enviarse al Asegurador un certificado del médico que atiende al lesionado 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. El Asegurado remitirá al Asegurador cada QUINCE (15) 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, siendo el costo de estos exámenes a cargo del Asegurador.

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 (Art. 46 – Ley de Seguros N° 17.418) sin perjuicio de la información a que se refiere el párrafo anterior.

En especial los beneficiarios, en caso de muerte del asegurado, deberán presentar la documentación pertinente y la comprobación del derecho de los reclamantes.

Se perderá todo derecho a indemnización si cualquier información fuera simulada o fraudulenta, sin perjuicio de las acciones legales que correspondan.

En caso de fallecimiento del Asegurado, el Asegurador se reserva el 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 6 de la Cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente: La determinación del estado de Invalidez Total Permanente a cargo del Asegurador, resultará imprescindible para establecer la procedencia del beneficio en todos los casos.

Corresponde al Asegurado:

- a) Denunciar la existencia de la Invalidez dentro de los TRES (3) días de haberla conocido, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.
- b) Presentar las constancias médicas y/o testimoniales de su comienzo y causas.
- c) Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta dos exámenes médicos por facultativos designados por el Asegurador y con gastos a cargo de éste.

La omisión o la demora en la comunicación o suministro de la documentación detallada dará lugar a la pérdida del derecho del Asegurado a percibir el Beneficio previsto en esta Cláusula, salvo en los casos de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.

Cláusula 6 de las Condiciones Generales Específicas para la Cobertura de Muerte Accidental en Ocasión de Robo: Adicionalmente a lo establecido en las Condiciones Generales Comunes, queda entendido y convenido que:

- a) Desde el momento de hacerse aparentes las lesiones, el accidentado deberá someterse, a su cargo, a un tratamiento médico racional y seguir las indicaciones del facultativo que lo asiste;
- b) Deberá enviarse al Asegurador un certificado del médico que atiende al lesionado 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) Asimismo, el Asegurado deberá someterse al examen de los médicos del Asegurador cada vez que éste lo solicite.
- d) Los beneficiarios, en caso de muerte del asegurado, deberán presentar la documentación pertinente y la comprobación del derecho de los reclamantes.

Se perderá todo derecho a indemnización si cualquier información fuera simulada o fraudulenta, sin perjuicio de las acciones legales que correspondan.

En caso de fallecimiento del Asegurado, el Asegurador se reserva el derecho de gestionar la exhumación del cadáver y practicar la autopsia en presencia de uno de sus facultativos, con gastos a cargo del mismo. El beneficiario, en tanto se encuentren a su alcance los medios necesarios, prestará su conformidad y su concurso para la obtención de las correspondientes autorizaciones para realizarla.

DIFERENCIA ENTRE PROPUESTA Y PÓLIZA: Cuando el texto de la Póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el Contratante, si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza.

CONDICIONES GENERALES

PREMINENCIA NORMATIVA

Artículo 1 - Esta póliza consta de Condiciones Generales, Condiciones Generales Específicas, Cláusulas Adicionales y Condiciones Particulares. En caso de discordancia entre las mismas, regirá el siguiente orden de prelación:

- a) Normas de orden público de las Leyes N° 17.418 y N° 20.091.
- b) Condiciones Particulares.
- c) Cláusulas Adicionales.
- d) Condiciones Generales Específicas.
- e) Condiciones Generales.

RIESGO CUBIERTO - MUERTE ACCIDENTAL

Cláusula 2 - El Asegurador concederá el beneficio que acuerda esta cobertura cuando el Asegurado fallezca como consecuencia de lesiones corporales producidas directa y exclusivamente por un accidente, siempre que el fallecimiento se produzca dentro de los CIENTO OCHENTA (180) días del accidente y que éste ocurra durante la vigencia de su seguro y antes de haber superado la Edad Máxima para esta cobertura indicada en las Condiciones Particulares

El Asegurador reducirá la prestación prevista para la muerte accidental en los porcentajes tomados en conjunto que hubiere abonado en concepto de invalidez permanente, si se hubiere contratado dicha cobertura, por éste u otros accidentes ocurridos durante el mismo período anual de vigencia de la póliza.

DEFINICIÓN DE ACCIDENTE

Cláusula 3 - A los efectos de este seguro, se entiende por accidente 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 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; quemaduras de todo tipo producidas por cualquier agente, salvo lo dispuesto en el inciso 20) de la Cláusula 6; 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 esfuerzo repentino evidentes al diagnóstico.

ALCANCE DE LA COBERTURA

Cláusula 4 - Salvo las limitaciones o exclusiones que resulten de la presente póliza, el seguro cubre todos los accidentes -en los términos y alcances establecidos en la Cláusula anterior- 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, en su vida particular, o mientras esté circulando o viajando en vehículos particulares terrestres o acuáticos, propios o ajenos, conduciéndolos o no, o haciendo uso de cualquier medio habitual de transporte público de personas, ya sea terrestre, fluvial, lacustre, marítimo o en líneas de transporte aéreo regular.

Se cubren también los accidentes que se produzcan durante la participación en los siguientes entretenimientos y deportes exclusivamente: 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, natación, patinaje, pelota a paleta, pelota al cesto, pesca (salvo en alta mar), remo, tenis, tiro (en polígonos habilitados), volleyball y waterpolo.

Cláusula 5 - 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 A LA COBERTURA

Cláusula 6 - Si la muerte del Asegurado se produjera como consecuencia de alguna de las causas enunciadas seguidamente, el Asegurador quedará liberado de toda obligación respecto de dicho Asegurado y no corresponderá pago alguno en virtud de la presente póliza, salvo pacto en contrario:

- 1) Las consecuencias de heridas auto infringidas por el Asegurado, aún las cometidas en estado de insania.
- 2) Acto ilícito provocado deliberadamente por el Tomador Beneficiario, y por el importe que le pudiera corresponder como beneficiario del seguro.
- 3) Actos que el o los Beneficiarios, por acción u omisión, provoquen dolosamente o con culpa grave. En este caso solo perderá el derecho a la indemnización el beneficiario que ha provocado el accidente. El derecho de los demás beneficiarios se acrecentará en la proporción que le corresponda a cada uno. A falta de beneficiarios, la indemnización se abonará a los herederos legales.
- 4) Empresa o acto criminal en el que sea participe el Asegurado o por aplicación legítima de la pena de muerte.
- 5) Los accidentes que el Asegurado, por acción u omisión, provoque dolosamente o con culpa grave. No obstante, quedan cubiertos los actos realizados para precaver el siniestro o atenuar sus consecuencias o por un deber de humanidad generalmente aceptado.
- 6) Duelo o riña, salvo que se tratase de legítima defensa.
- 7) Práctica o uso de la navegación aérea, salvo como pasajero en líneas regulares, sujetas a un itinerario fijo, o por otras ascensiones aéreas, vuelos en globo, aladeltismo o parapente.
- 8) Participación en viajes o excursiones a zonas o regiones inexploradas.
- 9) Participación en viajes o prácticas deportivas submarinas o subacuáticas.
- 10) Participación como conductor, acompañante o integrante de equipo en competencias o pruebas de pericia y/o velocidad con vehículos mecánicos o de tracción a sangre.
- 11) Participación en justas hípicas, doma de potros o de otros animales no domesticados y de fieras.
- 12) Intervención en las pruebas de prototipos de aviones, automóviles u otros vehículos de propulsión mecánica.
- 13) El desempeño paralelo de las profesiones de acróbata, buzo o jockey.
- 14) La Práctica de deportes o actividades peligrosas como acrobacia, alpinismo, andinismo, boxeo profesional, paracaidismo, rapel, buceo, esquí acuático o de montaña, waveboard, snowboard, rafting, caza mayor, motonáutica.
- 15) Dedicación profesional al armado de torres, sustitución de actores o actrices en calidad de doble, manipuleo de explosivos y/o armas, prestamista, tareas en fábricas, usinas o laboratorios con exposición a radiaciones atómicas.
- 16) Los accidentes derivados del uso de motonetas, motocicletas, motos o cualquier otro vehículo autopropulsado de menos de cuatro ruedas.
- 17) Abuso del alcohol. se entiende que existe abuso de alcohol o estado de ebriedad cuando el examen de alcoholemia arroje un resultado igual o superior a un gramo de alcohol por mil gramos de sangre. A los fines de su comprobación queda establecido que la cantidad de alcohol en la sangre de una persona, desciende a razón de 0,11 gramos por mil por hora.
- 18) Abuso en el consumo de drogas, estupefacientes, narcóticos o estimulantes, salvo que éste hubiera sido prescripto

- por médico habilitado.
- 19) Enfermedades de cualquier naturaleza inclusive las originadas por la picadura de insectos, salvo lo especificado en el último párrafo en la Cláusula 3.
 - 20) Lesiones causadas por la acción de los rayos "X" y similares y de cualquier elemento radiactivo, u originadas en reacciones nucleares; de las lesiones imputables a esfuerzo, salvo los casos contemplados en el Cláusula 3; de insolación, quemaduras por rayos solares, enfriamiento y demás efectos de las condiciones atmosféricas o ambientales; de psicopatías transitorias o permanentes y de operaciones quirúrgicas o tratamientos; salvo que cualquiera de tales hechos sobrevenga a consecuencia de un accidente cubierto por la presente póliza o del tratamiento de las lesiones por él producidas.
 - 21) 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 por esta póliza.
 - 22) Operación quirúrgica no motivada por accidente.
 - 23) Los accidentes que sufra el Asegurado mientras se encuentre efectuando tareas a una altura superior a OCHO (8) metros respecto del plano horizontal inferior más próximo y/o cuando el accidente consistiere en la caída desde una altura superior a OCHO (8) metros entre el plano donde se encuentra efectuando las tareas y el plano donde impacta con su cuerpo.
 - 24) Acontecimientos catastróficos originados por la energía nuclear.
 - 25) Acontecimientos catastróficos causados por fenómenos sísmicos, inundaciones, aluviones, maremotos, erupciones volcánicas u otros fenómenos de la naturaleza.
 - 26) Cuando el Asegurado emplee ilícitamente armas de fuego y el evento se produzca como consecuencia de la utilización de estas armas.
 - 27) Cuando el asegurado sea integrante de una fuerza de seguridad pública o privada, y el evento se produzca como consecuencia del desarrollo de su actividad.
 - 28) Actos de guerrilla, rebelión, insurrección, revolución, conmoción civil, sedición, terrorismo, motín, tumulto popular, lock-out o vandalismo cuando el Asegurado participe como elemento activo.
 - 29) Los accidentes causados por hechos de guerra civil o internacional.
 - 30) Los accidentes derivados de la práctica de deportes que no sean los enumerados en el Cláusula 4, o en condiciones distintas a las enunciadas en la misma.

PERSONAS NO ASEGURABLES

Cláusula 7 - De conformidad con las disposiciones de la Ley N° 17.418, este seguro no es extensivo a los interdictos. Tampoco son asegurables las personas que excedan Edad Máxima de Ingreso establecida en las Condiciones Particulares. Tratándose de asegurables incapaces o de un seguro sobre la vida de un tercero, se requerirá el consentimiento por escrito del representante legal o del tercero, respectivamente.

RETICENCIA O FALSA DECLARACIÓN

Cláusula 8 - Esta póliza se emite según las declaraciones del Asegurado consignadas en su respectiva solicitud las cuales son la causa determinante del contrato. Dichas declaraciones se entienden dadas y certificadas como verdaderas y completas por el Asegurado.

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 y/o los Certificados de Incorporación Individual, según el caso.

El Asegurador debe impugnar el contrato y/o el Certificado de Incorporación Individual dentro de los TRES (3) meses de haber conocido la reticencia o falsedad (Art. 5 Ley de Seguros N° 17.418).

Cuando la reticencia no dolosa es alegada dentro del plazo citado precedentemente, 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. 6 Ley de Seguros N° 17.418).

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. 8 Ley de Seguros N° 17.418).

En todos los casos, si el siniestro ocurre durante el plazo para impugnar, el Asegurador no adeuda prestación alguna (Art. 9 Ley de Seguros N° 17.418).

Cuando el contrato se efectúe por cuenta ajena se juzgará la reticencia por el conocimiento y la conducta del Tomador y del Asegurado (Art. 10 Ley de Seguros N° 17.418).

AGRAVACIÓN DEL RIESGO

Cláusula 9 - 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 considera agravación del riesgo únicamente las que provengan de la modificación de la profesión, ocupación, actividades declaradas y/o deportes practicados por el Asegurado.

El Asegurador, dentro de los TREINTA (30) días de recibida la comunicación del Asegurado, podrá rescindir el contrato si los cambios de profesión, ocupación, actividad y/o deportes practicados por el Asegurado agravaren el riesgo de modo tal que de

existir en el momento de la contratación, el Asegurador no hubiera aceptado la Solicitud. En el caso de que lo hubiera aceptado por una prima mayor, la suma asegurada se reducirá en proporción a la prima pagada. Esta regla no es de aplicación respecto de los accidentes excluidos por los incisos 12., 16. y 23. de la Cláusula 6 de las presentes Condiciones Generales.

VIGENCIA

Cláusula 10 – Salvo pacto en contrario, el plazo de vigencia de esta póliza es de UN (1) año contado a partir del día de inicio de vigencia. La responsabilidad del Asegurador comienza a las CERO (00:00) horas del día en el que se inicia la cobertura y termina a las VEINTICUATRO (24.00) horas del último día del plazo establecido en el Frente de póliza.

DENUNCIA DE OTROS SEGUROS

Cláusula 11 - El Asegurado que estuviere comprendido en otro/s seguros de accidentes personales, contratados con otra entidad aseguradora, deberá comunicarlo en forma expresa al Asegurador y la misma podrá limitar el importe del Capital Asegurado bajo esta póliza.

Si tales seguros no fueren declarados, será de aplicación lo estipulado en la Cláusula 8 Reticencia o Falsa Declaración de estas Condiciones Generales Comunes en lo relativo a la nulidad de la cobertura.

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO

Cláusula 12 - 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 se liquidará por partes iguales. Si alguno de los beneficiarios falleciera antes o al mismo tiempo que el Asegurado, su asignación se repartirá entre 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 suceden al Asegurado, pero de haberse otorgado testamento, se tendrá por designados a los herederos instituidos. Si no se fija cuota parte, el beneficio se distribuirá conforme a las porciones hereditarias.

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

Los asegurados menores de edad no podrán efectuar designación de beneficiarios. En caso de muerte, el importe del seguro se hará efectivo al padre y a la madre en ejercicio de la patria potestad.

Si un beneficiario hubiere fallecido antes o al mismo tiempo que el solicitante, la asignación correspondiente del seguro acrecerá la de los demás beneficiarios, si los hubiere, en la proporción de sus propias asignaciones.

Cuando el Asegurado no designe beneficiario o por cualquier causa la designación resulte ineficaz o quede sin efecto, se entiende que designó a sus herederos (Arts.145 y 146 de las Ley de Seguros N° 17.418).

CAMBIO DE BENEFICIARIO

Cláusula 13 - El Asegurado podrá, durante la vigencia del seguro solicitar el cambio del o los beneficiarios instituidos, el que tendrá efecto desde la fecha en que el Asegurador reciba la correspondiente comunicación firmada por el Asegurado. Tal comunicación será válida aunque la notificación llegue al Asegurador después del fallecimiento.

El Asegurador quedará liberado de toda obligación en caso de pagar el capital asegurado a los beneficiarios designados con anterioridad a la recepción de cualquier comunicación modificatoria de esa designación.

Atento el carácter irrevocable de la designación de beneficiario a título oneroso, el Asegurador en ningún caso asume responsabilidad alguna por la validez del negocio jurídico que dio lugar a la designación ni por las cuestiones que se susciten con motivo de esa designación beneficiaria.

RESCISIÓN UNILATERAL

Cláusula 14 - 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 (15) días. Cuando lo ejerza el Asegurado, la rescisión se producirá desde la fecha en que notifique fehacientemente esa decisión.

La rescisión se computará desde la hora VEINTICUATRO (24) del día solicitado como fecha de rescisión. Cuando el Seguro rija de DOCE (12:00) a DOCE (12:00) horas, la rescisión se computará desde la hora DOCE (12:00) inmediata siguiente.

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 - Ley de Seguros N° 17.418).

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.

CARGAS DEL ASEGURADO O BENEFICIARIOS EN CASO DE ACCIDENTE

Cláusula 15 - El Asegurado o los beneficiarios comunicarán al Asegurador el siniestro dentro de los TRES (3) días de conocerlo, bajo pena de perder el derecho a indemnizarlo, salvo que acredite caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad

de hecho sin culpa o negligencia (Arts. 46 y 47 - Ley de Seguros N° 17.418).

Desde el momento de hacerse aparentes las lesiones, el accidentado deberá someterse, a su cargo, a un tratamiento médico racional y seguir las indicaciones del facultativo que lo asiste; deberá enviarse al Asegurador un certificado del médico que atiende al lesionado 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. El Asegurado remitirá al Asegurador cada QUINCE (15) 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, siendo el costo de estos exámenes a cargo del Asegurador.

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 (Art. 46 - Ley de Seguros N° 17.418) sin perjuicio de la información a que se refiere el párrafo anterior.

En especial los beneficiarios, en caso de muerte del asegurado, deberán presentar la documentación pertinente y la comprobación del derecho de los reclamantes.

Se perderá todo derecho a indemnización si cualquier información fuera simulada o fraudulenta, sin perjuicio de las acciones legales que correspondan.

En caso de fallecimiento del Asegurado, el Asegurador se reserva el 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.

PRIMA DEL SEGURO

Cláusula 16 - 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 instrumento provisorio de cobertura (Art. 30 Ley de Seguros N° 17.418).

IMPUESTOS, TASAS Y CONTRIBUCIONES

Cláusula 17 - 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 Tomador, de los Asegurados, de sus beneficiarios o de sus herederos, según el caso, salvo cuando la ley los declare expresamente a cargo exclusivo del Asegurador.

PREMIO

Cláusula 18 - Se define como premio del seguro al importe que surge de adicionar a la prima, los impuestos, tasas, contribuciones y sellados que pudieran corresponder.

PAGO DE PREMIOS

Cláusula 19 - La forma de pago de los Premios, así como su periodicidad y vencimientos, serán los establecidos en las Condiciones Particulares de esta póliza.

PLAZO PARA EL PAGO DEL PREMIO - CONSECUENCIAS DE LA FALTA DE PAGO OPORTUNO

Cláusula 20 - En el caso que el premio 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 del presente contrato.

RESIDENCIA EN EL EXTRANJERO

Cláusula 21 - El Asegurado debe comunicar al Asegurador en forma fehaciente e inmediata, cuando fije su residencia en el extranjero.

REDUCCIÓN DE LAS CONSECUENCIAS

Cláusula 22 - 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 - Ley de Seguros N° 17.418).

VALUACIÓN POR PERITOS

Cláusula 23 - Si no hubiere acuerdo entre las partes sobre la apreciación de las consecuencias indemnizables del accidente, las mismas serán analizadas 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 omitiere designar médico dentro del octavo día de requerido por la otra o si el tercer facultativo no fuere 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. 57 última parte Ley de Seguros N° 17.418).

PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

Cláusula 24 - El pago se hará dentro de los 15 (QUINCE) días de notificado el siniestro o de cumplidos los requisitos a que se refiere la Cláusula 15 de las presentes Condiciones Generales, el que sea posterior.

En caso de viaje aéreo del Asegurado si no se tuvieron noticias del avión por un período no inferior a DOS (2) 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 tuvieron 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 hubiere sufrido accidentes resarcibles cubiertos por la presente póliza.

CADUCIDAD POR INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES Y CARGAS

Cláusula 25 - El incumplimiento de las obligaciones y cargas impuestas al Asegurado por la Ley de Seguros N° 17.418 (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 N° 17.418.

FACULTADES DEL PRODUCTOR O AGENTE

Cláusula 26 - El productor 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 seguro;
- b) Entregar los instrumentos emitidos por el Asegurador, referentes a contratos o sus prorrogas;

DOMICILIO PARA DENUNCIAS Y DECLARACIONES

Cláusula 27 - 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 N° 17.418 es el último declarado por ellas.

PRESCRIPCION

Cláusula 28 - Las acciones fundadas en el presente contrato prescriben en el plazo de UN (1) año, computado desde que la correspondiente obligación es exigible. Los actos del procedimiento establecido por la ley o el presente contrato para la liquidación de daño, interrumpen la prescripción para el cobro de la prima y de la indemnización. El plazo de prescripción para el beneficiario se computa desde que conoce la existencia del beneficio, pero en ningún caso excederá de TRES (3) años desde el siniestro (Art. 58 - Ley de Seguros N° 17.418).

COMPUTO DE LOS PLAZOS

Cláusula 29 - Todos los plazos de días indicados en la presente póliza se computarán corridos, salvo disposición expresa en contrario.

JURISDICCION

Cláusula 30 - Toda controversia judicial que se plantee en relación al presente contrato, se substanciará a opción del Asegurado, ante los Tribunales Ordinarios competentes del domicilio del Asegurado o el lugar de ocurrencia del siniestro, siempre que sea dentro de los límites de la República Argentina.

Sin perjuicio de ello, el Asegurado o sus derechohabientes, podrá 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.

PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIAMIENTO DEL TERRORISMO

Cláusula 31 - El Asegurado asume la carga de aportar los datos y documentos que le sean requeridos por la aseguradora en virtud de lo establecido por las normas vigentes en materia de prevención de lavado de activos y financiamiento del

terrorismo. Caso contrario, la aseguradora dará cumplimiento a lo establecido en las Resoluciones UIF vigentes en la materia.

CLÁUSULA DE INTERPRETACIÓN

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

I. Definiciones:

- Guerra Internacional:** Es: i) la guerra declarada oficialmente o no, entre dos o más países, con la intervención de fuerzas regulares o irregulares organizadas militarmente, participen o no civiles en ellas, o ii) la invasión a un país por las fuerzas regulares o irregulares organizadas militarmente de otro país, y aunque en ellas participen civiles de este último o iii) las operaciones bélicas o de naturaleza similar llevadas a cabo por uno o más país(es) en contra de otro(s) país(es).
- Guerra Civil:** Es un estado de lucha armada entre los habitantes de un país o entre los habitantes y las fuerzas armadas regulares de dicho país, caracterizado por la organización militar de los contendientes, aunque sea rudimentaria, cualquiera fuese su extensión geográfica, intensidad o duración, participen o no civiles en ella, y cuyo objeto sea derrocar al gobierno del país o a alguno o todos los poderes constituidos, o lograr la secesión de una parte de su territorio.
- Guerrilla:** 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 que no se pueda probar tal objeto, produzca(n), de todas maneras, alguna de tales consecuencias.
- Rebelión, Insurrección o Revolución:** Es un alzamiento armado total o parcial de las fuerzas armadas de un país -sean éstas regulares o no y participen o no civiles en él- contra el gobierno de dicho país, con el objeto de derrocarlo o lograr la secesión de una parte de su territorio. Se entienden equivalentes a rebelión, insurrección o revolución, otros hechos que encuadren en los caracteres descriptos, como ser: sublevación, usurpación del poder, insubordinación o conspiración.
- Conmoción Civil:** Es un levantamiento popular organizado en un país, aunque lo sea en forma rudimentaria, que genera violencia o incluso muertes y daños y pérdidas a bienes, aunque no sea con el objeto definido de derrocar al gobierno de un país o lograr la secesión de una parte de su territorio.
- Terrorismo:** Es un acto(s) de violencia, fuerza, hostigamiento, amenaza, agresión o de naturaleza equivalente o similar, llevados a cabo contra cualquier autoridad pública de un país, su población en general o contra algún sector de ella, o los bienes ubicados en el mismo, o la concreción de un acto(s) peligroso para la vida humana; o que interfieran o impidan el normal funcionamiento de cualquier sistema electrónico o de comunicación, por cualquier persona(s) o grupo(s) de personas, actuando solo(s) o en representación o en conexión con cualquier organización(es) o con fuerzas militares de un país extranjero -aunque dichas fuerzas sean rudimentarias- o con el gobierno de un país extranjero; ya sea que estos actos fueran cometidos debido a razones políticas, religiosas, ideológicas o razones similares o equivalentes, y: i) que tengan por objeto: a) provocar el caos o atemorizar o intimidar a la población o a parte de ella, o 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 aquellos aislados y esporádicos de simple malevolencia que no denotan algún rudimento de organización.
- Sedición o Motín:** Se entiende por tal al accionar de grupos (armados o no) que se alzan contra las autoridades constituidas del lugar, sin rebelarse contra el Gobierno Nacional o que se atribuyen los derechos del pueblo, tratando de arrancar alguna concesión favorable a su pretensión. Se entienden equivalentes a los de sedición otros hechos que encuadren en los caracteres descriptos, como ser: asonada, conjuración.
- Tumulto Popular:** Se entiende por tal a 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 que algunos las emplearen. Se entienden equivalentes a los hechos de tumulto popular otros hechos que encuadren en los caracteres descriptos, como ser: alboroto, alteración del orden público, desórdenes, disturbios, revuelta.
- Vandalismo:** Se entiende por tal al accionar destructivo de turbas que actúan irracional o desordenadamente.
- Huelga:** Se entiende por tal a 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 extra gremial que motivó la huelga, así como tampoco su calificación de legal o ilegal.
- Lock Out:** Se entiende por tal: a) el cierre de establecimientos de trabajo dispuesto por uno o más empleadores o por entidad gremial que los agrupa (reconocida o no oficialmente), o b) el despido simultáneo de una multiplicidad

de trabajadores que paralice total o parcialmente la explotación de un establecimiento. No se tomará en cuenta la finalidad gremial o extra gremial que motivó el lock out, así como tampoco su calificación de legal o ilegal.

II. Atentado, depredación, devastación, intimidación, sabotaje, saqueo u otros hechos similares, en tanto encuadren en los respectivos caracteres descritos en el apartado I, se consideran hechos de guerra internacional o guerra civil, de guerrilla, de rebelión insurrección o revolución, de conmoción civil, de terrorismo, de sedición o motín, de tumulto popular, de vandalismo, 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 descritos seguirán su tratamiento en cuanto a su cobertura o exclusión del seguro.

CLÁUSULAS ADICIONALES A LAS CONDICIONES GENERALES

8200

ANEXO 200

SEGURO INDIVIDUAL DE ACCIDENTES PERSONALES

CONDICIONES GENERALES ESPECÍFICAS

PERSONAS NO ASEGURABLES

Cláusula 1 - De conformidad con las disposiciones de la Ley N° 17.418, este seguro no es extensivo a los interdictos y los menores de 14 años de edad. Tampoco son asegurables las personas que excedan Edad Máxima de Ingreso establecida en las Condiciones Particulares.

Tratándose de asegurables incapaces o de un seguro sobre la vida de un tercero, se requerirá el consentimiento por escrito del representante legal o del tercero, respectivamente.

TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

Cláusula 2 - La cobertura otorgada al Asegurado quedará rescindida y sin valor alguno en los siguientes casos:

- Por fallecimiento del Asegurado.
- Por falta de pago del premio de acuerdo con lo establecido en la Cláusula de Cobranza del Premio.
- Por haber superado el Asegurado la Edad Máxima de Permanencia en el seguro indicada en las Condiciones Particulares.
- Por rescisión, caducidad o cancelación de la presente póliza.
- Por haberle sido otorgado el beneficio de alguna Cláusula Adicional de la póliza, que establezca que el carácter del beneficio otorgado por ésta es sustitutivo de la cobertura básica de fallecimiento.

La rescisión de la póliza operará al término del mes por el cual se hubieren cubierto primas, y se devolverá la prima no ganada, si la hubiere

DUPLICADO DE PÓLIZA Y COPIA

Cláusula 3 - El Asegurado podrá solicitar, en cualquier momento y sin cargo, copia o duplicado de la póliza. 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.

CLÁUSULAS ADICIONALES PARA EL SEGURO INDIVIDUAL

8202

ANEXO 202

CLÁUSULA DE RENOVACIÓN AUTOMÁTICA Seguro Individual

Artículo 1 - Se deja constancia que el Asegurador procederá a la renovación automática de la presente póliza, siempre que no comunique al Asegurado en forma fehaciente su decisión de no renovarla, o que el Asegurado no comunique al Asegurador, en la misma forma, su decisión de no aceptar la renovación; ambas comunicaciones deberán ser cursadas con

una antelación de QUINCE (15) días corridos al vencimiento de esta póliza o de la vigencia de la prórroga de la misma que se halle en curso.

Artículo 2 - Las Condiciones Particulares, Generales y demás cláusulas que forman parte integrante del contrato se mantendrán inalterables hasta tanto el Asegurado o el Asegurador, comuniquen por escrito a la otra parte su intención de efectuar modificaciones. En tal caso ambas partes tendrán derecho a la rescisión del contrato, de no estar de contestes con las modificaciones propuestas.

Artículo 3 - Los cambios que el Asegurador efectúe a las condiciones de la contratación se enviarán al Asegurado, por medio fehaciente, con una anticipación no menor a TREINTA (30) días de su entrada en vigor. El Asegurado, dentro del plazo de QUINCE (15) días de haber sido notificado de los cambios, deberá manifestarse por su voluntad de no renovación, caso contrario y en virtud de su acuerdo original para la renovación automática de este seguro, las modificaciones comunicadas por el Asegurador regirán desde el inicio de vigencia de la siguiente renovación periódica.

Artículo 4 - Además de otras causas de rescisión previstas en el presente contrato, tanto el Asegurador al vencimiento de cada aniversario, como el Asegurado, después del primer período de seguro, podrán solicitar la no renovación del contrato mediante aviso por escrito con una anticipación no menor de a TREINTA (30) días de la fecha en que la renovación deba operar.

Artículo 5 - La suma asegurada, tarifa y demás componentes del premio correspondientes a cada renovación, serán los que rijan al inicio de cada período de vigencia y serán puestos en conocimiento del Asegurado en los términos del Artículo 3 de esta cláusula.

8500

CLÁUSULA 500

COBERTURA DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE

RIESGO CUBIERTO

Artículo 1 - El Asegurador concederá el beneficio que acuerda esta Cláusula Adicional, cuando el Asegurado, como consecuencia de un accidente cubierto, sufra una Invalidez Total Permanente determinada con prescindencia de la profesión u ocupación del Asegurado, siempre que tal estado se hubiese iniciado y continuado ininterrumpidamente durante la vigencia de su seguro y antes de haber superado la Edad Máxima para esta cobertura indicada en las Condiciones Particulares.

Es condición para la aplicación de la presente cláusula que tal estado haya continuado ininterrumpidamente por TRES (3) meses como mínimo.

El Asegurador excluye expresamente de la cobertura de esta cláusula los casos que afecten al Asegurado en forma temporal.

EXCLUSIONES A LA COBERTURA

Artículo 2 - Serán de aplicación las exclusiones previstas en la Cláusula 6 de las Condiciones Generales. Tampoco se considerarán como accidentes a los efectos de esta cláusula a:

- a) Las enfermedades producidas por afecciones cardiovasculares provocadas, desencadenadas o agravadas por esfuerzos físicos de cualquier índole.
- b) Las enfermedades profesionales.

BENEFICIO

Artículo 3 - El Asegurador, comprobada la Invalidez total y Permanente por accidente, abonará al Asegurado una indemnización igual al Capital Asegurado estipulado para esta cobertura en las Condiciones Particulares y en el Certificado de Incorporación Individual, dentro del plazo estipulado en el Artículo 49, 2º párrafo de la Ley N° 17.418.

Sin perjuicio de otras causas, el Asegurador reconocerá como casos de invalidez total y permanente los siguientes:

- 1) La pérdida de la vista de ambos ojos de manera total e irrecuperable por tratamiento médico y/o quirúrgico.
- 2) La amputación o inhabilitación completa de ambas manos o de ambos pies, o de una mano y de un pie, o de una mano y pérdida de la vista de un ojo, o la pérdida de la vista de un ojo y la amputación o inhabilitación completa de un pie.
- 3) Estado absoluto e incurable de alineación mental, que no permita al Asegurado ningún trabajo u ocupación, por el resto de su vida.
- 4) Fractura Incurable de la columna vertebral que determine la incapacidad total permanente.

CARÁCTER DEL BENEFICIO

Artículo 4 - El beneficio acordado por Invalidez Total Permanente es sustitutivo del capital asegurado que debiera liquidarse en caso de muerte del Asegurado, de modo que con el pago total, el Asegurador queda liberado de cualquier

obligación con respecto a dicho Asegurado, salvo las obligaciones pendientes a la fecha del siniestro.

AGRAVACION POR CONCAUSAS

Cláusula 5 - 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 determinación de la Invalidez Total se hará de acuerdo con las consecuencias que el mismo accidente hubiera presumiblemente producido sin la mencionada concausa, salvo que éste fuere consecuencia de un accidente cubierto por la póliza y ocurrido durante la vigencia de la misma.

CARGAS DEL ASEGURADO - COMPROBACIÓN DE LA INCAPACIDAD

Artículo 6 - La determinación del estado de Invalidez Total Permanente a cargo del Asegurador, resultará imprescindible para establecer la procedencia del beneficio en todos los casos.

Corresponde al Asegurado:

- a) Denunciar la existencia de la Invalidez dentro de los TRES (3) días de haberla conocido, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.
- b) Presentar las constancias médicas y/o testimoniales de su comienzo y causas.
- c) Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta dos exámenes médicos por facultativos designados por el Asegurador y con gastos a cargo de éste.

La omisión o la demora en la comunicación o suministro de la documentación detallada dará lugar a la pérdida del derecho del Asegurado a percibir el Beneficio previsto en esta Cláusula, salvo en los casos de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.

PLAZO DE PRUEBA

Artículo 7 - El Asegurador dentro de los QUINCE (15) días de recibida la denuncia y/o constancias a que se refieren la Cláusula 15 de las Condiciones Generales y el Artículo 6 precedente, contados desde la fecha que sea posterior, deberá hacer saber al Asegurado la aceptación o rechazo del otorgamiento del beneficio. Si las comprobaciones a que se refiere el Artículo 6 de la presente Cláusula Adicional no resultaran concluyentes, el Asegurador podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor de TRES (3) meses a fin de confirmar el diagnóstico.

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

TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

Artículo 8 - La cobertura que esta cláusula adicional otorga terminará en la fecha en que se verifique alguno de los eventos previstos en las Condiciones Generales y/o en las Condiciones Generales Específicas y en los siguientes casos:

- a) A partir de la fecha en que el Asegurado haya percibido la totalidad del beneficio que concede esta Cláusula Adicional.
- b) Por rescisión de esta Cláusula Adicional a pedido del Asegurado o del Tomador.
- c) A partir de la fecha en que el Asegurado supere la Edad Máxima para esta cobertura indicada en las Condiciones Particulares.

Cuando se abonen primas por períodos mensuales, la finalización de la cobertura otorgada por la presente cláusula operará al término del período por el cual se hubieran descontado primas. En cambio, cuando se abonen primas por fracciones distintas a la mensual, la finalización de la cobertura operará el último día del mes en que se verifiquen los casos indicados en los incisos precedentes y se devolverá la prima no ganada correspondiente.

INTERPRETACIÓN DE LA CLÁUSULA

Artículo 9 - Esta cláusula adicional queda sometida a las Condiciones Generales Comunes y las Condiciones Generales Específicas de la presente póliza, siempre y cuando no se opongan a las previsiones de la presente Cláusula.

8502

CLÁUSULA 502

COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL EN OCASIÓN DE ROBO CONDICIONES GENERALES ESPECÍFICAS

RIESGO CUBIERTO

Artículo 1 - El Asegurador concederá el beneficio que acuerda esta Cláusula Adicional, cuando se produjera la Muerte

Accidental del Asegurado como consecuencia inmediata de un Robo. El Asegurador abonará al beneficiario o beneficiarios designados, la suma asegurada prevista para esta cobertura en las Condiciones Particulares.

Las lesiones producidas como consecuencia del Robo, deben manifestarse a más tardar dentro de las SETENTA Y DOS (72) horas de producido el hecho.

Solamente se cubrirá la Muerte Accidental que se produzca dentro de los CIENTO OCHENTA (180) días de ocurrido un Robo y siempre que la misma sea consecuencia inmediata de las lesiones provocadas o sufridas durante el mismo.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA

Artículo 2 - El Asegurador además de las exclusiones indicadas en la Cláusula 6 de las Condiciones Generales, el Asegurador no será responsable por los siniestros que no sean derivados de, basados en o atribuibles a un Robo.

DEFINICIONES

Artículo 3 - A los fines de la presente cobertura los términos que se indican a continuación tendrán exclusivamente los siguientes significados y alcances:

- a) **Muerte Accidental en Ocasión de Robo:** Se entiende por tal al fallecimiento accidental del Asegurado en ocasión y por causa inmediata de un Robo, que provoque una lesión por la acción repentina y violenta de o con un agente externo y pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta.
- b) **Robo:** Se entenderá que existe robo cuando medie apoderamiento ilegítimo del dinero extraído, con fuerza en las cosas o intimidación o violencia en las personas, sea que tengan lugar antes del hecho para facilitararlo o en el acto de cometerlo o inmediatamente después, para lograr el fin propuesto o la impunidad (Art. 164 del Código Penal). Por intimidación se entenderá únicamente la amenaza directa o indirecta de daño físico inminente al Asegurado o sus allegados.

BENEFICIO

Artículo 4 - El Asegurador, comprobada la Muerte Accidental del Asegurado y siempre que la misma hubiera ocurrido como consecuencia de un Robo, abonará al Beneficiario designado o en su defecto a los herederos legales la Suma Asegurada indicada en las Condiciones Particulares para esta cobertura.

CARÁCTER DEL BENEFICIO

Artículo 5 - El beneficio previsto en esta Cláusula es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la póliza y en consecuencia el Asegurador no hará, por tal concepto, deducción alguna de la suma asegurada al pagarse cualquiera de ellos.

TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

Artículo 6 - La cobertura que esta cláusula adicional otorga terminará en la fecha en que se verifique alguno de los eventos previstos en las Condiciones Generales y/o en las Condiciones Generales Específicas y en los siguientes casos:

- a) Por rescisión de esta Cláusula Adicional a pedido del Asegurado o del Tomador.
- b) A partir de la fecha en que el Asegurado supere la Edad Máxima para esta cobertura indicada en las Condiciones Particulares.

Cuando se abonen primas por períodos mensuales, la finalización de la cobertura otorgada por la presente cláusula operará al término del período por el cual se hubieran descontado primas. En cambio, cuando se abonen primas por fracciones distintas a la mensual, la finalización de la cobertura operará el último día del mes en que se verifiquen los casos indicados en los incisos precedentes y se devolverá la prima no ganada correspondiente.

INTERPRETACIÓN DE LA CLÁUSULA

Artículo 7 - Esta cláusula adicional queda sometida a las Condiciones Generales y a las Condiciones Generales Específicas de la presente póliza, siempre y cuando no se opongan a las previsiones de la presente Cláusula.

8900

ANEXO 1900

CLÁUSULA DE COBRANZA DEL PREMIO

Artículo 1 - El o los premios de este seguro (ya sea por vigencia mensual bimestral, trimestral, cuatrimestral, semestral o anual, y en la moneda contratada según se indique en el Frente de Póliza y/o en las Condiciones Particulares), deberá ser abonado total o parcialmente, como condición imprescindible y excluyente para que de comienzo la cobertura la que

operará a partir del momento de la recepción del pago por parte del Asegurador.

Si el Asegurador aceptase financiar el premio, el primer pago que dará comienzo a la cobertura según se indica en el párrafo anterior, deberá contener además el equivalente al total del Impuesto al Valor Agregado correspondiente al contrato y el resto se abonará en cuotas mensuales, iguales y consecutivas en los plazos indicados en la correspondiente factura. Se entiende por premio, la prima más los impuestos, tasas, gravámenes y todo otro recargo adicional de la misma.

Artículo 2 - Plazo de Gracia: En caso de no abonarse el premio en la fecha indicada en la facturación, el Asegurador acuerda un plazo de gracia de TREINTA (30) días corridos, contados a partir del momento en que la deuda resulta exigible. Lapso durante el cual la cobertura otorgada por la póliza se mantendrá plenamente vigente.

Artículo 3 - Vencido cualquiera de los plazos del pago del premio exigible y una vez transcurrido el plazo de gracia indicado en el artículo 2 precedente, sin que éste se haya producido, la cobertura quedará automáticamente suspendida desde la hora VEINTICUATRO (24:00) del día en que finaliza el plazo de gracia, sin necesidad de interpelación extrajudicial o judicial alguna ni constitución en mora, la que se producirá por el solo vencimiento de ese plazo.

El plazo máximo de suspensión de la cobertura será de SESENTA (60) días contados desde el vencimiento del plazo de gracia. Sin embargo, el premio correspondiente al período de cobertura suspendida quedará a favor del Asegurador como penalidad. Para el caso de pago en cuotas, quedará a favor del Asegurador como penalidad, el premio correspondiente, a un máximo de dos cuotas, siempre y cuando la rescisión del contrato no se hubiere producido con anterioridad.

Toda rehabilitación surtirá efecto desde la hora CERO (00:00) 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.

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.

Artículo 4 - Condición Resolutoria: Transcurridos SESENTA (60) días desde el primer vencimiento impago sin que se haya producido la rehabilitación de la cobertura de acuerdo con lo establecido en el Artículo anterior o sin que el Asegurado haya ejercido su derecho de rescisión, el presente contrato quedara resuelto de pleno derecho sin necesidad de intimación de ninguna naturaleza y por el mero vencimiento de plazo de SESENTA (60) días, hecho que producirá la mora automática del tomador/asegurado debiéndose aplicar en consecuencia la disposiciones de la póliza sobre rescisión por causa imputable al Asegurado.

No entrará en vigencia la cobertura de ninguna facturación en tanto no esté totalmente cancelado el premio anterior.

Artículo 5 - Las disposiciones de la presente Cláusula son también aplicables a los premios de los seguros de período menor de UN (1) año, y a los adicionales por endosos o suplementos de la póliza.

Artículo 6 - Aprobada la liquidación de un siniestro el Asegurador podrá descontar de la indemnización, cualquier saldo o deuda vencida de este contrato.

Artículo 7 - Medios de Pago Habilitados: 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. Cheques de terceros, los que deberán ser indefectiblemente endosados por el Asegurado o Tomador de la póliza.
- d) Efectivo en moneda de curso legal, mediante la utilización de un Controlador Fiscal homologado por la ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS y registrado ante la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION, únicamente hasta la suma máxima establecida en la normativa vigente.
- e) 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.



BANCOPATAGONIA



SMG Compañía Argentina de Seguros S.A.
Av. Corrientes 1865 Planta baja (C1045AAA) | CABA, Argentina.
Tel.: (54-11) 5239-6300



www.swissmedicalseguros.com