

CONDICIONES GENERALES COMUNES

MARCO LEGAL

Cláusula 1 – DISPOSICIONES APLICABLES Y SU ORDEN DE PRELACIÓN

Las partes contratantes se someten a las disposiciones de la presente póliza, que consta de:

- Condiciones Generales Comunes
- Condiciones Generales – Seguros Individuales o Seguros Colectivos, según corresponda
- Condiciones Específicas de las coberturas contratadas

En caso de discordancia, queda entendido y convenido que las Condiciones Específicas prevalecerán sobre las Condiciones Generales y éstas sobre las Condiciones Generales Comunes.

COBERTURA

Cláusula 2 – OBJETO Y EXTENSIÓN DEL SEGURO

La presente póliza cubre las contingencias de salud que el Asegurado sufra durante el período de vigencia de la póliza –o Certificado de Incorporación, en caso de corresponder- estipuladas en las Condiciones Específicas de las coberturas contratadas, según consta en las Condiciones Particulares, sujeto en cada caso a los períodos de espera correspondientes.

Se entiende por periodo de espera, al periodo de cada prestación debida por la Aseguradora que el Asegurado asume a su cargo en caso de siniestro.

Cláusula 3 – ALCANCE GEOGRÁFICO

La cobertura de esta póliza abarca las contingencias de salud cuyo tratamiento se realice en el territorio de la República Argentina o en el exterior. Cuando corresponda la intervención de establecimientos asistenciales y profesionales de la salud, éstos deberán ser debidamente autorizados a tal fin por el organismo de control sanitario correspondiente, salvo pacto en contrario en las Condiciones Específicas o en las Condiciones Particulares.

Se entiende por Establecimiento Asistencial aquél catalogado como Sanatorio, Hospital, Clínica, Instituto, Policlínico, etc. que se halle habilitado legalmente para funcionar por el Organismo de Control Sanitario correspondiente, Municipal, Provincial o Nacional y autorizado por éste a dar asistencia y tratamiento clínico al tipo de enfermedad padecida por el Asegurado y que posea servicio de enfermería durante las 24 (veinticuatro) horas del día y esté equipado para cirugía mayor.

No se consideran Establecimientos Asistenciales los geriátricos, centros de descanso o de convalecencia para personas de edad, ni los establecimientos que funcionen como centros de tratamiento para drogas y/o alcohol.

La elección de los prestadores (médicos, auxiliares, técnicos, etc.) y/o del Establecimiento Asistencial queda librada a la voluntad del Asegurado. Por lo tanto, la Aseguradora se libera de la responsabilidad que pudiera corresponderle a los prestadores libremente elegidos por el Asegurado.

Cláusula 4 – SUMA ASEGURADA- LÍMITE DE RESPONSABILIDAD

La suma asegurada indicada para cada cobertura en las Condiciones Particulares- y/o Certificado de Incorporación en caso de corresponder- constituye el límite máximo de la responsabilidad de la Aseguradora.

Cláusula 5 – RIESGOS NO CUBIERTOS

Quedan expresamente excluidos de la cobertura que otorga esta póliza, los eventos sufridos por el Asegurado que sean consecuencia inmediata o mediata de:

- a) Intervenciones médicas o quirúrgicas ilícitas; tratamientos no autorizados legalmente o de carácter experimental o realizados en instituciones o por personal legalmente no habilitado teniendo conocimiento de tal circunstancia
- b) Cirugías estéticas o plásticas no reparadoras
- c) Métodos para adelgazar quirúrgicos
- d) Intervenciones quirúrgicas de cambio de sexo
- e) Trastornos relacionados con la esterilización masculina o femenina, cambio de sexo o disfunciones sexuales
- f) Esterilización y procedimientos anticonceptivos, así como las consecuencias que se deriven de ellos
- g) Enfermedades infecto contagiosas de denuncia internacional
- h) Curas de reposo, adelgazamiento, rejuvenecimiento o ayuno prolongado
- i) Tratamientos odontológicos
- j) Lesiones auto-infligidas, aun cuando sean cometidas en estado de enajenación mental
- k) Tentativa de suicidio voluntario, salvo que la póliza – o el Certificado de Incorporación, de corresponder- haya estado en vigor ininterrumpidamente por 1 (un) año antes del hecho
- l) Hechos provocados con dolo o culpa grave, por acción u omisión de quien esté a cargo del pago de primas (Tomador o Asegurado, según corresponda) o, en caso de accidente, si fueran provocados por el Asegurado culposa o dolosamente.
- m) Duelo o riña, salvo que se tratase de legítima defensa; empresa o acto criminal
- n) Inhalaciones de gases o envenenamientos de cualquier naturaleza
- o) Acontecimientos catastróficos originados por reacciones o accidentes nucleares, químicos, biológicos o bacteriológicos y/o fenómenos naturales, epidemias o pestes. Acción de rayos "x" y de cualquier elemento radioactivo u originadas en reacciones nucleares

- p) Acontecimientos catastróficos de la naturaleza: terremotos, inundaciones, aluviones, alud, maremotos, tsunamis, erupciones volcánicas, huracanes, ciclón, tornado, tifón, meteorito.
- q) Actos de guerra civil o internacional, guerrilla, rebelión, insurrección, revolución, conmoción civil, , terrorismo, tumulto popular, (excepto cuando el mismo sea como consecuencia de huelga en el marco de los derecho establecidos por la OIT), vandalismo o *lock-out*, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo

Salvo pacto en contrario en las Condiciones Particulares y/o el Certificado de Incorporación –de corresponder-, también se excluyen las consecuencias mediatas o inmediatas de:

- a) Hechos que ocurran mientras el Asegurado tome parte en carreras, ejercicios o juegos atléticos de acrobacia o que tengan por objeto pruebas de carácter excepcional, o mientras participe en viajes o excursiones a regiones o zonas inexploradas;
- b) Hechos derivados de la navegación aérea, marítima o fluvial, excepto cuando se trate de líneas de transporte regular o charters entre aeropuertos o puertos autorizados;
- c) Hechos ocurridos durante la práctica y/o entrenamiento de deportes y/o actividades de alto riesgo: Aladeltismo; Alpinismo; Andinismo; Apnea (o buceo libre); Artes marciales; Automovilismo (en todas sus variantes incluido todoterreno) y/o Motociclismo en cualquier tipo de pista; Slalom; Badminton; Barranquismo (o canyoning); Base jumping (o salto base); Bobsleigh; Bodyboard; Boxeo; Buceo; Bungee; Caza; Ciclismo en todas sus variantes; Descenso de ríos o hydrospeed; Escalamiento (en hielo, roca, nieve); Esquí (de nieve, acuático, en helicóptero) y esquí extremo; Exploración submarina (comercial, científica o militar); Patinaje en cualquiera de sus variantes; Full contact; Funambulismo; Hípica; Carreras de caballo; Doma; Salto de obstáculos; Polo o Pato; Rodeo; Charrería; Hockey (césped, hielo, ruedas); Inmersión; Kayak; Kitebuggy sailing; Kitesurfing; Lacrosse; Longboard; Lucha; Luge; Montañismo; Motoacuática; Motonáutica; Natación en aguas abiertas; Navegación (sobre agua o hielo); Paracaidismo; Paramotor; Parapente; Parasailing; Pesca; Piragüismo; Planeadores; Puenting; Rafting (sobre agua o nieve); Rap sliding; Rock boarding; Rowing; Rugby; Safaris; Salto en cohete; Sand boarding; Skateboard; Skeleton; Bicicleta de nieve; Ski-jöring; Skimming; Slackline (cuerda floja); Snowboard; Street Stunts; Submarinismo; Supercross; Surf (acuático, aéreo, en asfalto); Sky aéreo; Tirolesa (o canopy); Tobogganing; Trampoline; Ultraligeros; Vuelos en globos aerostáticos.
- d) Cirugías neonatológicas cuyo diagnóstico ya sea conocido al ingreso de la madre al seguro aun estando embarazada.
- e) Abuso en el consumo de alcohol. Abuso en el consumo de drogas, estupefacientes, narcóticos o estimulantes, excepto que se demuestre que los mismos fueron utilizados bajo prescripción médica sin incurrir en abuso.
- f) Tratamientos de la infertilidad, impotencia y frigidez, tratamientos de fertilización asistida.
- g) Aborto, en cualquiera de sus formas con la única excepción del terapéutico

Cláusula 6 – VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y DE LAS COBERTURAS CONTRATADAS

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 fuera posterior.

La cobertura de cada Asegurado comenzará a regir en las fechas que se indican a continuación, salvo pacto en contrario:

- a) Cuando la solicitud de incorporación a la póliza se hubiera efectuado con anterioridad a su fecha de inicio de vigencia: la cobertura de cada Asegurado comenzará a regir desde el inicio de vigencia de la póliza, siempre que la Aseguradora hubiera aceptado la solicitud correspondiente en forma expresa y con anterioridad a dicha fecha.
- b) Cuando la solicitud de incorporación a la póliza se efectúe con posterioridad a su inicio de vigencia: la cobertura de cada Asegurado comenzará a regir desde el día 1º del mes siguiente a la fecha en que la Aseguradora acepte como satisfactorias las pruebas de asegurabilidad exigidas.

La Aseguradora deberá hacer saber al Tomador y/o Asegurados que soliciten el seguro, la aceptación postergación o rechazo del mismo dentro del plazo de 15 días de recibida la solicitud correspondiente y de cumplimentados los requisitos de asegurabilidad determinados. La no contestación dentro del plazo referido implicará la aceptación de la cobertura solicitada.

La póliza es de vigencia anual, renovable automáticamente, de no mediar indicación contraria, la que deberá tenerse por comunicada 30 días antes de la fecha de renovación automática.

DERECHOS Y OBLIGACIONES DE LAS PARTES

DEL TOMADOR Y/O ASEGURADO

Cláusula 7 – RETICENCIA

Las declaraciones falsas o reticencias de circunstancias conocidas por el Tomador y/o Asegurado, según corresponda, producen la nulidad del contrato y/o de las coberturas contratadas aun cuando hubieran sido hechas de buena fe, cuando a juicio de peritos hubiesen impedido el contrato o la aceptación de las coberturas individuales solicitadas o modificado sus condiciones si la Aseguradora hubiese sido cerciorada del verdadero estado del riesgo.

La Aseguradora no podrá invocar como reticencia, la omisión de hechos o circunstancias cuya pregunta no conste expresa y claramente en la solicitud y en la declaración personal para el presente seguro.

Cláusula 8 – OBLIGACIONES DEL TOMADOR Y/O ASEGURADO

Son obligaciones del Tomador y/o Asegurado:

- a) Ingresar en tiempo y forma el importe del premio total, según lo establecido en estas Condiciones Generales Comunes
- b) Comunicar a la Aseguradora -en los formularios que ésta le suministre- los siniestros que afecten a cualquiera de las coberturas contratadas

Cláusula 9 – INFORMACIONES A SUMINISTRAR A LA ASEGURADORA

El Tomador y los Asegurados se comprometen a suministrar toda la información necesaria para el fiel cumplimiento de esta póliza, tales como fechas de nacimiento, pruebas y certificados de matrimonio, nacimiento, fechas de ingreso al grupo asegurado de corresponder o cualquier otra circunstancia que se relacione con el seguro, en cuanto sea razonable.

El Asegurado perderá el derecho a ser indemnizado si él o el Tomador dejan de cumplir maliciosamente con el suministro de información necesaria o emplean comprobantes falsos.

Asimismo el Asegurado se compromete a informar las modificaciones que se produzcan en las situaciones que constan en las Condiciones Particulares de esta póliza y demás circunstancias que impliquen una variación o agravación del riesgo. Estas modificaciones deberán ser denunciadas antes de que se produzcan cuando se trate de un hecho propio del Asegurado e inmediatamente después de conocerlas cuando deriven de un hecho ajeno.

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

- a) Modificación de su profesión o actividad y de las condiciones de trabajo declaradas.
- b) Fijación de residencia fuera del país.

Toda agravación del riesgo asumido que, si hubiese existido al tiempo de la celebración, a juicio de peritos hubiere impedido el contrato o modificado sus condiciones, es causa especial de rescisión del mismo.

Cláusula 10 – CESIÓN DE DERECHOS

Los derechos emergentes de esta póliza podrán ser transferidos parcial o totalmente a favor de Establecimientos Asistenciales y/o profesionales médicos, debiendo dicha transferencia ser previamente aprobada de modo expreso y fehaciente por la Aseguradora.

Cláusula 11 – CÁLCULO DE LA PRIMA Y DEL PREMIO

La prima a pagar por el Tomador es el importe resultante de sumar las primas individuales correspondientes a las coberturas contratadas.

Las condiciones tarifarias para el cálculo de las primas individuales podrán ser ajustadas por la Aseguradora sólo en cada aniversario de la póliza -al vencimiento de cada uno de los períodos anuales de vigencia- para lo cual ésta deberá comunicar al Tomador las nuevas condiciones tarifarias por escrito, con una anticipación no menor de 30 (treinta) días a la fecha en que comiencen a regir.

En todos los casos, el premio surgirá de adicionar al importe de prima obtenido los impuestos, tasas, gravámenes y todo recargo adicional que pudiera corresponder.

Cláusula 12 – PAGO DE LOS PREMIOS

Los premios mensuales de este seguro deben pagarse por adelantado y al contado en la fecha de iniciación de la vigencia de cada período de facturación.

El premio será fraccionado en cuotas mensuales 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). Sin embargo, el premio no será exigible sino contra entrega de la póliza o certificado de cobertura (Art. 30 - Ley 17.418).

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 rescindida desde la hora 12 (doce) 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 el Tomador, según corresponda, 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.

Si el Tomador solicitara por escrito la rescisión de la póliza dentro del plazo de gracia, deberá pagar una prima calculada a prorrata por los días transcurridos desde el vencimiento de la prima impaga hasta la fecha de recibo de tal solicitud por la Aseguradora.

Por su parte, la Aseguradora podrá rescindir el contrato, decisión que deberá notificar de inmediato al Tomador. La rescisión no se producirá si las primas adeudadas se pagan antes del vencimiento de dicho plazo.

La gestión de cobro extrajudicial o judicial del premio o saldo adeudado no modificará la resolución del contrato conforme a lo estipulado precedentemente.

Queda entendido y convenido que los créditos recíprocos, líquidos y exigibles que existan pendientes o que se generen por cualquier concepto, vinculados con este contrato de seguro, se compensarán de pleno derecho hasta la concurrencia del o de los montos menores.

Las disposiciones de la presente Cláusula son también aplicables a los premios de los seguros de períodos menores de un (1) año y a lo adicionales por endosos o suplementos de la póliza. En este caso, el plazo de pago no podrá exceder el plazo de la vigencia disminuido en 30 (treinta) días.

Los premios deben ser pagados en las oficinas de la Aseguradora, en sus agencias oficiales o en las entidades debidamente habilitadas para tal fin, salvo pacto en contrario.

Todos los pagos que resulten de la aplicación de ésta cláusula se efectuarán de acuerdo con lo normado en el Artículo 1º de la Resolución ME Nº 429/00 y sus modificatorias, cuyo texto se transcribe seguidamente:

"ARTICULO 1º — 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. Cheques de terceros los que deberán ser indefectiblemente endosados por el Asegurado o tomador de la póliza.
- e. Efectivo en moneda de curso legal, mediante la utilización de un Controlador Fiscal homologado por la Administración Federal de Ingresos Públicos y registrado ante la Superintendencia de Seguros de la Nación, únicamente hasta la suma máxima establecida en la normativa

Cláusula 13 – DESIGNACIÓN Y CAMBIO DE BENEFICIARIOS

La designación de Beneficiarios se hará por escrito y es válida aunque se notifique a la Aseguradora luego de ocurrido el siniestro. Designadas varias personas sin indicación de proporciones, se entiende que el beneficio es por partes iguales.

El Asegurado podrá cambiar en cualquier momento los Beneficiarios designados, salvo que la designación sea a título oneroso. El cambio de Beneficiario surtirá efecto frente a la Aseguradora, si el Asegurado dirige a sus oficinas la comunicación escrita respectiva.

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 legales.

La Aseguradora quedará liberada en caso de pagar la indemnización a los Beneficiarios debidamente designados con anterioridad a la recepción de cualquier comunicación modificatoria de dicha designación.

DE LA ASEGURADORA

Cláusula 14 – PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

La Aseguradora deberá pagar al Asegurado el importe correspondiente, según lo estipulado en las Condiciones Específicas de las coberturas contratadas. El pago se realizará dentro de los 15 días de notificado el siniestro o de acompañada la documentación y constancias a la que se refiere la Cláusula 15 (Configuración del Siniestro) de estas Condiciones Generales Comunes, lo que sea posterior.

SINIESTROS

Cláusula 15 – CONFIGURACION DEL SINIESTRO

Se entiende por Siniestro todo acontecimiento de un riesgo cubierto por el seguro, ocurrido durante la vigencia de la cobertura, que obliga a la Aseguradora a resarcir la pérdida efectivamente sufrida (reembolso) o cumplir con la prestación convenida (indemnización), según corresponda.

El Tomador y/o Asegurado deberán comunicar a la Aseguradora el acaecimiento del siniestro dentro del plazo estipulado en las coberturas contratadas, 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 Tomador y/o Asegurado están obligados a suministrar a la Aseguradora –a su pedido- las pruebas fehacientes de los siniestros sufridos mediante evidencias clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio, efectuadas y certificadas por un profesional médico autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión.

En todos los casos, el Tomador y/o Asegurado deberán presentar el formulario de denuncia suministrado por la Aseguradora además de la documentación detallada en las Condiciones Específicas de las coberturas correspondientes.

Cláusula 16 – VALUACION POR PERITOS

Si no hubiere acuerdo entre las partes, las consecuencias indemnizables de los siniestros cubiertos por las coberturas contratadas serán determinadas por dos médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir -dentro de los 8 (ocho) días de su designación- a un tercer facultativo para el caso de divergencia.

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

Si una de las partes omitiese designar médico dentro del octavo día de requerido por la otra, o si el tercer facultativo no fuere electo en el plazo establecido en el párrafo anterior, la parte más diligente podrá requerir su nombramiento a la autoridad competente en materia 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.

Cláusula 17 – FRAUDE

La Aseguradora quedará liberada si se comprobaran simulaciones o fraudes referentes al Tomador y/o Asegurado o en las informaciones y pruebas presentadas para comprobar el siniestro. Se perderán los derechos a la indemnización si se exageraran fraudulentamente las lesiones o se emplearan pruebas falsas para acreditarlas.

Cláusula 18 – LIQUIDACIÓN DEL SINIESTRO

La Aseguradora deberá hacer saber al Tomador o al Asegurado –según corresponda- la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio dentro de los 15 (quince) días de recibida la denuncia y/o las constancias a que se refiere la Cláusula 15 (Configuración del Siniestro) de estas Condiciones Generales Comunes, lo que sea posterior. Si las comprobaciones de la cláusula mencionada no resultaran concluyentes, la Aseguradora podrá ampliar el plazo de prueba por el lapso detallado en las Condiciones Específicas correspondientes, a fin de comunicar la aceptación o el rechazo del siniestro.

La falta de contestación por parte de la Aseguradora dentro del plazo establecido significará automáticamente el reconocimiento del beneficio reclamado.

En caso de aceptación, la Aseguradora procederá al pago.

En caso de fallecimiento del Asegurado, los beneficios que se encuentren pendientes de pago serán pagados por la Aseguradora a los beneficiarios designados.

EXTINCIÓN DE LA POLIZA

Cláusula 19 – RESCISIÓN UNILATERAL

Sin perjuicio de las demás causales de rescisión y caducidad ya previstas, esta póliza podrá ser rescindida por el Tomador en cualquier momento después del primer período del seguro, previo aviso por escrito con una anticipación no menor a treinta (30) días.

Por su parte, la Aseguradora podrá optar por no renovar la póliza al vencimiento de cada aniversario, mediante aviso por escrito con una anticipación no menor a treinta (30) días.

Cláusula 20 – TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

Salvo pacto en contrario en las Condiciones Particulares o el Certificado de Incorporación, la cobertura de cada Asegurado se extinguirá en los siguientes casos:

- a) Por renuncia del Asegurado a continuar en el seguro
- b) Por rescisión o caducidad de la póliza
- c) Por la comprobación de simulaciones o fraudes referentes al Asegurado o relacionados con sus reclamos
- d) Por falta de pago del premio sujeto a lo dispuesto en la Cláusula 12 (Pago de los Premios)
- e) Por muerte del Asegurado
- f) Por alcanzar el Asegurado la edad máxima de permanencia en el seguro

La renuncia a que se refiere el inciso a) precedente deberá ser comunicada a la Aseguradora por el Tomador y/o Asegurado. Asimismo, la póliza y/o el Certificado de Incorporación quedarán rescindidos el primer día del mes siguiente al de la fecha en que la Aseguradora haya recibido dicha comunicación.

En caso de existir prima de riesgo no corrido a la fecha de terminación de la cobertura, la Aseguradora procederá a la devolución de la misma.

CONTROVERSIAS

Cláusula 21 – JURISDICCIÓN

Toda controversia judicial que se plantee en relación con la presente póliza, se sustanciará ante los jueces competentes de la ciudad cabecera de la jurisdicción judicial del domicilio del Tomador o Asegurado -según corresponda-, siempre que sea dentro de los límites del país.

Sin perjuicio de ello, el Tomador o el Asegurado o sus derecho-habientes, según corresponda, podrán presentar sus demandas contra la Aseguradora ante los tribunales del domicilio de la sede central o sucursal donde se emitió la póliza. Del mismo modo, se tramitarán ante ellos las acciones judiciales relativas al cobro de primas.

OTRAS DISPOSICIONES

Cláusula 22 – FACULTADES DEL PRODUCTOR O AGENTE

El productor o agente sólo está facultado para:

- a) Recibir propuestas y modificaciones de póliza.
- b) Entregar los instrumentos emitidos por la Aseguradora y

Para representar a la Aseguradora en cualquier otra cuestión debe hallarse facultado para actuar en su nombre.

Cláusula 23 – CÓMPUTO DE PLAZOS

Todos los plazos de días mencionados en la póliza se consideran corridos, salvo disposición expresa en contrario.

CLÁUSULA DE INTERPRETACIÓN DE LAS EXCLUSIONES

A todos los fines y efectos de las exclusiones de cobertura que se establecen en la Cláusula Nro 5 Riesgos No Cubiertos, queda especialmente entendido y convenido que las palabras o términos utilizados allí tendrán, única y exclusivamente, los siguientes significados o alcances:

Guerra: Es I) la guerra declarada oficialmente o no, entre dos o más países, con la intervención de fuerzas regulares o irregulares organizadas militarmente, participen o no civiles en ellas, o II) la invasión a un país por las fuerzas regulares o irregulares 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.

Guerrillas: Es un acto(s) de violencia, fuerza, hostigamiento, amenaza, agresión o de naturaleza equivalente o similar llevado(s) a cabo contra cualquier autoridad pública de un país o contra su población en general o contra algún sector de ella o contra bienes ubicados en el mismo, por un grupo(s) armado(s), civiles o militarizados, y organizados a tal efecto - aunque lo sea en forma rudimentaria - y que, I) tiene(n) por objeto provocar el caos, o atemorizar a la población, o derrocar al gobierno de dicho país, o lograr la secesión de una parte de su territorio, o II) en el caso en que no se pueda probar tal objeto, produzca(n), de todas maneras, alguna de tales consecuencias.

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 entiende equivalentes a rebelión, insurrección o revolución, otros hechos que se 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, 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.

Lock-out: Se entienden 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), 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.

Tumulto Popular: Se entienden 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 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, conmoción.

Vandalismo: Se entienden por tales los hechos dañosos originados por el accionar destructivo de turbas que actúan irracional y desordenadamente.

ENDOSO Nro 1 - VIGENCIA PERIÓDICA PRORROGABLE

Queda convenido y establecido que el período de vigencia de esta póliza es el indicado en las Condiciones Particulares, el que resulta prorrogable automáticamente en iguales condiciones contractuales y tarifarias por los períodos restantes hasta completar la anualidad, a condición de que se encuentre pago el premio del período inmediato anterior. Ello no obsta a que el Asegurado y/o el Tomador ejerzan su derecho al plazo de gracia.

Cumplida la anualidad, el contrato será renovado en forma automática en los términos precedentes, sujeto a los ajustes que pudieran corresponder en las condiciones tarifarias aplicables.

CONDICIONES GENERALES – SEGUROS INDIVIDUALES

Cláusula 24 – ASEGURADO TITULAR

Es la persona humana titular del interés objeto del seguro, la cual podrá incorporar a los integrantes de su grupo familiar de acuerdo con lo establecido en la Cláusula 2 (Asegurados Familiares)

Cláusula 25 – ASEGURADOS FAMILIARES

El Asegurado Titular aludido en la Cláusula 1 (Asegurado Titular) de estas Condiciones Generales podrá incorporar al seguro a integrantes de su grupo familiar, quienes pasarán a ser Asegurados Familiares una vez cumplidas satisfactoriamente las pruebas de asegurabilidad exigidas por la Aseguradora.

Podrán ser incorporados al grupo familiar cubierto quienes revistan –respecto del Asegurado Titular- el carácter que se menciona a continuación:

- a) **Cónyuge:** Se entiende por cónyuge a quien sea definido como tal por vínculo legal y conviva con el Asegurado Titular. Se considera en igual situación del cónyuge, a los efectos previstos en esta póliza, a la persona que acredite integrar una unión convivencial con el Asegurado Titular en los términos del artículo 509 del Código Civil y Comercial de la Nación. La cobertura del cónyuge se extenderá hasta la Edad Máxima de Permanencia que se indica para este caso en las Condiciones Particulares.
- b) **Hijos:** Se entiende por hijos tanto a los hijos matrimoniales como a los extramatrimoniales reconocidos, los adoptivos (con sentencia de adopción firme) y los hijos del cónyuge o integrante de la unión convivencial en guarda o tenencia concedida por autoridad competente o por resolución judicial. La cobertura de los hijos se extenderá hasta la Edad Máxima de Permanencia que se indica para este caso en las Condiciones Particulares, la que podrá extenderse hasta los 24 años de edad en caso de ser estudiantes, salvo que antes se emancipen, contraigan matrimonio o cesen en sus estudios.
Se deja expresamente aclarado que la condición de estudiante deberá ser acreditada fehacientemente mediante certificado de regularidad emitido por un establecimiento educativo debidamente autorizado.

Las personas que se incorporen al grupo familiar por matrimonio o nacimiento serán retroactivamente incorporadas al seguro desde las fechas indicadas a continuación, siempre que la Aseguradora hubiera sido informada de los hechos correspondientes en forma fehaciente dentro de los 5 (cinco) días de producidos éstos:

- a) En caso de matrimonio: desde la fecha de celebración del matrimonio civil o desde la fecha de emisión del documento que certifique la convivencia, sujeto al cumplimiento satisfactorio de los requisitos de asegurabilidad fijados por la Aseguradora para las coberturas contratadas
- b) En caso de nacimiento: desde la fecha en que el recién nacido cumpla 3 (tres) días o desde la fecha en que egresa del establecimiento asistencial en que se produjo el parto o de otros a los que hubiera sido derivado, la que sea posterior, siempre que la solicitud se efectúe dentro de los 30 (treinta) días de producido el nacimiento.

En los casos en que la solicitud de incorporación se efectúe con posterioridad al plazo referido, la Aseguradora analizará en forma particular cada solicitud y la incorporación al seguro se producirá una vez cumplimentados los requisitos de asegurabilidad que correspondan a cada cobertura.

Se deja establecido que, bajo ninguna circunstancia, los Asegurados Familiares podrán contar con más coberturas o con una cobertura más amplia que la correspondiente al Asegurado Titular.

Cláusula 26 – OPCIÓN DE CONTINUIDAD DE LOS ASEGURADOS FAMILIARES

Los Asegurados Familiares podrán continuar con el seguro una vez perdida su condición de tales, siempre que manifiesten dicha decisión dentro de los 30 días y sujeto a las siguientes estipulaciones:

- a) Los hijos que pierdan su condición de Asegurados Familiares por haber alcanzado la Edad Máxima de Permanencia estipulada o por haber adquirido independencia económica o por haber contraído matrimonio o haber cesado en sus estudios, tendrán derecho a suscribir en carácter de Asegurados Titulares una nueva póliza de iguales coberturas y condiciones.
- b) El cónyuge supérstite tendrá derecho a suscribir en carácter de Asegurado Titular una nueva póliza –de iguales coberturas y condiciones- en la que podrá mantener a los mismos Asegurados Familiares de la póliza original.

En ambos casos, la opción de continuidad tendrá validez sólo si la prima correspondiente es abonada dentro de los 30 (treinta) días posteriores al inicio de vigencia de la nueva póliza.

Cláusula 27 – TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

En adición a lo estipulado en las Condiciones Generales Comunes, la cobertura correspondiente a los Asegurados Familiares se extinguirá, salvo pacto en contrario en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Incorporación:

- Cónyuge cubierto:
 - .1. Cuando sobrevenga cualquier causal en virtud de la cual resulte afectado el vínculo matrimonial (nulidad, divorcio, separación de hecho por decisión unilateral o conjunta, cese de la unión convivencial, entre otras)
 - .2. Cuando alcance la Edad Máxima de Permanencia estipulada en las Condiciones Particulares
- Hijos cubiertos:
 - .1. Cuando cada hijo alcance la Edad Máxima de Permanencia estipulada en las Condiciones Particulares, salvo que antes se emancipe, contraiga matrimonio o cese en sus estudios.

En caso de existir prima de riesgo no corrido a la fecha de terminación de la cobertura, la Aseguradora procederá a la devolución de la misma.

CONDICIONES ESPECÍFICAS CLÁUSULA DE INCREMENTO AUTOMÁTICO ANUAL DE SUMAS ASEGURADAS

Cláusula 1 – OBJETO

De acuerdo a las condiciones establecidas en la presente cláusula, las sumas aseguradas de las diferentes coberturas para las cuales el Tomador convenga su aplicación- así como los topes que se hubieran convenido en cada caso- serán incrementadas en forma automática en la Fecha de Incremento que figura en Condiciones Particulares y/o Certificado Individual, siempre que la cobertura se encuentre vigente a dicha fecha. La presente cláusula sólo será de aplicación en aquellos certificados con vigencia mínima de un año.

Cláusula 2 – INDICE Y MECANISMO DEL AJUSTE

El incremento se realizará en base a la variación del "Índice de Ajuste" establecido en las Condiciones Particulares y/o Certificado Individual. A tal fin, la Compañía Aseguradora dividirá el Índice correspondiente a la Fecha Final por el Índice correspondiente a la Fecha Inicial, ambas establecidas en Condiciones Particulares y/o Certificado Individual. La compañía calculará el Incremento aplicando el factor resultante mencionado en el párrafo anterior, a las sumas aseguradas de la póliza.

En caso de que en una Fecha de Incremento la aplicación del método antes mencionado determine un incremento menor al Incremento Mínimo que figura en las Condiciones Particulares y/o Certificado Individual, no se aplicará incremento alguno. Asimismo, si a una Fecha de Incremento la aplicación del método determina un incremento mayor al Incremento Máximo que figura en las Condiciones Particulares y/o Certificado Individual, el incremento a aplicar será igual al mencionado Incremento Máximo.

Cláusula 3 – PRIMAS

Las primas derivadas de las coberturas se incrementarán en función de las nuevas sumas aseguradas de acuerdo con las notas técnicas del plan autorizadas por la Superintendencia de Seguros de la Nación. Las tasas e impuestos que correspondan aplicar por las nuevas sumas aseguradas estarán a exclusivo cargo del Contratante y/o Asegurado, según corresponda.

Cláusula 4 – NOTIFICACIONES

La Compañía Aseguradora comunicará por escrito al Tomador, con por lo menos 45 días de anticipación a la fecha de su entrada en vigencia, los valores del incremento y de la nueva prima.

El Asegurado podrá dejar sin efecto el incremento propuesto, notificando fehacientemente a la Compañía Aseguradora de tal decisión con una antelación no menor a 30 días a la fecha prevista para el correspondiente incremento. En tal caso, no se realizará dicho incremento manteniéndose las sumas aseguradas y la prima vigentes hasta esa fecha, a no ser que corresponda una nueva prima por aplicación de lo normado en las condiciones generales de la póliza.

Cláusula 6 – OTRAS CONSIDERACIONES

En ningún caso se entenderá que la aplicación de la presente cláusula constituye una actualización monetaria, indexación por precios, variación de costos o repotenciación de deudas.

CONDICIONES ESPECÍFICAS – ENFERMEDADES PREEXISTENTES

A los efectos de esta póliza, se entiende por Enfermedad Preexistente a cualquier enfermedad que haya sido diagnosticada fehacientemente con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de los Certificados Individuales.

La Compañía no abonará los beneficios de las coberturas amparadas por esta póliza, cuando se trate de Enfermedades Preexistentes, o cuando las mismas resulten desencadenantes del proceso de beneficio cubierto, fueren la base el mismo u tuvieren conexión principal con él.

Las presentes condiciones no serán de aplicación cuando la Compañía solicite requisitos de asegurabilidad o utilice las Condiciones Específicas – Carencia, como así tampoco en el caso de seguros individuales.

CONDICIONES ESPECÍFICAS - CARENCIA

Se entiende por período de carencia, el lapso -contado desde la fecha de inicio de vigencia de cada cobertura contratada- durante el cual el Asegurado tiene la obligación de abonar las primas sin gozar de la cobertura correspondiente.

Ningún beneficio bajo esta póliza se otorgará si el evento indemnizable acontece durante el periodo de carencia, salvo que el mismo sea a consecuencia de un accidente, entendiéndose como tal a 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.

Durante el plazo de carencia, la cobertura de cada Asegurado deberá estar vigente en forma ininterrumpida.

Los períodos de carencia se establecen para cada enfermedad, práctica y/o Intervención Quirúrgica en las Condiciones Particulares y Certificados Individuales correspondientes.

En los casos de reingreso al seguro luego de una interrupción por un período superior a 6 (seis) meses, el plazo de carencia deberá ser nuevamente cumplimentado.

Las presentes condiciones no serán de aplicación cuando la Compañía solicite requisitos de asegurabilidad, o utilice las Condiciones Específicas – Enfermedades Preexistentes, como así tampoco en el caso de seguros individuales.

CONDICIONES ESPECÍFICAS COBERTURA DE PRÓTESIS

Cláusula 1 – RIESGO CUBIERTO

La presente cobertura ampara el riesgo de que el Asegurado incurra en gastos por la adquisición de una Prótesis cuando deba ser sometido a un implante dentro de las especialidades mencionadas a continuación, cuyo detalle se presenta en el Anexo Prótesis que forma parte integrante de las Condiciones Particulares y/o del Certificado de Incorporación, de corresponder:

- Traumatología y Ortopedia
- Cardiovasculares
- Neurológicas
- Oculares
- Auditivas (sólo en caso de estar contempladas en el Anexo)
- Digestivas

Para cualquier solicitud de indemnización por esta cobertura, es condición ineludible que la intervención se practique en Establecimientos Asistenciales y por profesionales habilitados para tal fin.

Cláusula 2 – BENEFICIO

El beneficio previsto en esta cobertura es la suma asegurada fijada para cada caso en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Incorporación, de corresponder, según se detalla en el Anexo Prótesis, y no podrá exceder el máximo asegurable allí establecido.

Dicho beneficio representa el monto máximo anual que la Aseguradora abonará al Asegurado en concepto de reintegro de los gastos cubiertos. Los reintegros no podrán superar el monto efectivamente desembolsado por el Asegurado.

En el supuesto de sucesivas renovaciones de pólizas con vigencia inferior al año, a los fines de la aplicación del monto máximo anual se considerarán las anualidades desde el inicio de vigencia de la póliza original.

Cláusula 3 – EXCLUSIONES ESPECIFICAS

En adición a las exclusiones previstas en la Cláusula 5 (Riesgos no Cubiertos) de las Condiciones Generales Comunes, se deja expresamente aclarado que no se encuentran cubiertos:

- a) Todos aquellos elementos protésicos no incluidos específicamente en el Anexo de Prótesis por especialidad
- b) Todas las prótesis y ortesis cuya finalidad no sea funcional

También quedan excluidos los gastos en que se incurra con motivo de:

- c) Prótesis para hemodiálisis
- d) Cirugías estéticas o plásticas reparadoras
- e) Implantes electrónicos o computarizados
- f) Renovaciones de Prótesis, salvo en los plazos y con los límites establecidos para cada caso en el Anexo correspondiente
- g) Reparaciones o mantenimientos de Prótesis
- h) Pérdidas o destrucción de elementos por parte del Asegurado
- i) Renovaciones de Prótesis preexistentes al ingreso del Asegurado al seguro
- j) Lentes y anteojos de cualquier tipo, excepto los detallados taxativamente en el Anexo correspondiente
- k) Cors (Tipo Taylor Milwoker)
- l) Arnés de Paulik
- m) Bastones, muletas, sillas de ruedas, camas ortopédicas, trípodes
- n) Tutores externos
- o) Elementos de tracción y reducción, taloneras, estribos, lechos
- p) Cors tipo KNIT
- q) Andadores y sillas para patologías infantiles
- r) Estimuladores epidurales

Cláusula 4 – DENUNCIA DEL SINIESTRO

Complementariamente a lo estipulado en la Cláusula 15 (Configuración del Siniestro) de las Condiciones Generales Comunes, para obtener el beneficio previsto en esta cobertura, corresponde al Tomador o al Asegurado -o a su representante-, según corresponda:

- a) Denunciar la intervención para el implante de Prótesis que se le haya efectuado dentro de los 15 (quince) días contados a partir de la realización de los mismos. La omisión o la demora en tal comunicación dará lugar a la pérdida del derecho del Asegurado a percibir el beneficio previsto en esta cobertura, salvo en los casos de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.
- b) Suministrar la documentación detallada a continuación, en concordancia con lo establecido en las Condiciones Generales Comunes:
 1. Certificado médico que acredite el diagnóstico y el tratamiento indicado al Asegurado
Se deja expresamente aclarado que la Aseguradora no aceptará como válidas las constancias que:
 - Fueran emitidas por un familiar directo del Asegurado, independientemente de que tal persona fuera un médico o profesional de la salud. A estos efectos, se entiende por familiar directo del Asegurado a su cónyuge o integrante de la unión convivencial y a sus familiares hasta del tercer grado de consanguinidad o afinidad
 - Fueran sustentadas por técnicas no tradicionales
 2. Copia de historias clínicas, protocolos quirúrgicos, estudios, análisis y exámenes practicados al Asegurado, expedidos por Establecimientos Asistenciales autorizados.
- c) Relevar del secreto médico y autorizar expresamente a los médicos asistentes y a los Establecimientos Asistenciales para que los mismos proporcionen toda la información que los médicos de la Aseguradora le soliciten a los efectos de esta cobertura.

- d) Facilitar cualquier otra documentación razonable que la Aseguradora considere necesaria, incluso hasta dos exámenes médicos por facultativos designados por la Aseguradora y con gastos a cargo de ésta.
- e) Presentar las facturas -originales o copias certificadas por organismo oficial- correspondientes a todos los gastos en que hubiera incurrido por la prótesis cubierta. Las mismas deberán estar emitidas conforme las normas legales y reglamentarias vigentes relativas a facturación.

La Aseguradora, por su parte, se compromete a velar por la confidencialidad de las informaciones recabadas.

Será requisito indispensable para la obtención de los pagos previstos en esta cobertura, que la misma cuente con la autorización del médico auditor de la Aseguradora

Cláusula 5 – PLAZOS DE PRUEBA

Si las comprobaciones y las constancias aludidas en la Cláusula 4 (Denuncia del Siniestro) de estas Condiciones Específicas no resultaran concluyentes en cuanto al carácter del implante de Prótesis practicado y/o los gastos incurridos, la Aseguradora podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor de 30 (treinta) días.

Cláusula 6 – CARÁCTER DEL BENEFICIO

El beneficio acordado por esta cobertura es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en esta póliza.

Los beneficios podrán utilizarse durante cada año póliza tantas veces como sea necesario, salvo que se estipule lo contrario en el anexo correspondiente.

La presente cobertura dejará de ser renovada a partir del momento en que el Asegurado hubiera percibido la totalidad del beneficio estipulado.

Cláusula 7 – TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

Adicionalmente a lo estipulado en las Condiciones Generales – Seguros Individuales o Condiciones Generales – Seguros Colectivos, según corresponda, la presente cobertura terminará:

- a) Cuando se rescinda la presente cobertura por cualquier causa.
- b) Cuando el Asegurado haya percibido la totalidad del beneficio que concede esta cobertura.
- c) Cuando el Asegurado alcance la edad máxima de permanencia de esta cobertura, establecida en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Incorporación, de corresponder.

En caso de existir prima de riesgo no corrido a la fecha de terminación de la cobertura, la Aseguradora procederá a la devolución de la misma.

CONDICIONES ESPECÍFICAS COBERTURA DE CUIDADOS EN EL HOGAR

Cláusula 1 – RIESGO CUBIERTO

La presente cobertura ampara el riesgo de internación domiciliaria del Asegurado a raíz de una invalidez física crónica –total o parcial-, siempre que dicha internación se inicie durante la vigencia de esta cobertura.

A los efectos de esta cobertura, se define como invalidez física crónica –total o parcial- a la situación en la que el Asegurado requiera de cuidados médico-asistenciales en el hogar por padecer de una condición física que le impide llevar a cabo por lo menos 2 (dos) de las 5 (cinco) Actividades Básicas de la Vida Diaria, que se enuncian a continuación:

- a) Bañarse: Capacidad para lavarse todas las partes del cuerpo utilizando elementos de aseo, ya sea en una ducha o en una bañera, incluyendo la acción de entrar y salir de la ducha o bañera
- b) Vestirse: Capacidad para ponerse o quitarse toda clase de prendas, incluso miembros artificiales y aparatos ortopédicos médicamente necesarios
- c) Alimentarse: Capacidad de alimentarse ingiriendo comida de un recipiente (plato o taza) o a través de un tubo o sonda enteral
- d) Desplazarse: Capacidad para introducirse en la cama y levantarse de ella, así como para sentarse y levantarse de un asiento o de una silla de ruedas
- e) Necesidades Corporales/ Ir al Sanitario: Capacidad de desplazarse hasta y desde el retrete, y de sentarse y levantarse del mismo realizando la correspondiente higiene personal

Cláusula 2 – BENEFICIO

El beneficio previsto en esta cobertura es el importe diario fijado en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Incorporación, de corresponder.

Se deja expresamente convenido que toda indemnización motivada por esta cobertura comenzará a abonarse una vez cumplido el Período de Espera indicado en las Condiciones Particulares y/o el Certificado de Incorporación, mientras el Asegurado permanezca en situación de invalidez crónica y por el Período Máximo de Beneficio Anual allí previsto.

El Período de Espera aplica para cada siniestro que ocurra siempre que hayan transcurrido más de 6 (seis) meses desde la finalización del período de beneficios del siniestro anterior.

Los pagos se efectuarán en forma mensual, dentro de los 15 días de recibidas las constancias de internación y pruebas requeridas por la Aseguradora, establecidas en las Cláusulas 4° (“Denuncia del Siniestro”) y 5° (Denuncia de la Internación).

Cláusula 3 – EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

En adición a las exclusiones previstas en la Cláusula 5 (Riesgos no Cubiertos) de las Condiciones Generales Comunes, se deja expresamente aclarado que no se encuentran cubiertas:

- a) Las invalideces crónicas que se produzcan cuando el Asegurado se encuentre hospitalizado o en cualquier establecimiento fuera de su hogar.
- b) Las invalideces crónicas que se produzcan a causa de drogas y/o medicinas que no hayan sido dispensadas por un farmacéutico licenciado o para cuya obtención no se requiera prescripción médica o que hayan sido proporcionadas por un pariente cercano

Cláusula 4 – DENUNCIA DEL SINIESTRO

Complementariamente a lo estipulado en la Cláusula 15 (Configuración del Siniestro) de las Condiciones Generales Comunes, para obtener el beneficio previsto en esta cobertura, corresponde al Tomador o al Asegurado -o a su representante-, según corresponda:

- a) Denunciar la existencia de la invalidez crónica dentro de los 15 (quince) días de conocida, salvo en los casos de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.
- b) Suministrar la documentación detallada a continuación, en concordancia con lo establecido en las Condiciones Generales Comunes:
 1. Certificado médico que acredite la invalidez crónica y el tratamiento indicado al Asegurado
Se deja expresamente aclarado que la Aseguradora no aceptará como válidas las constancias que:
 - Fueran emitidas por un familiar directo del Asegurado, independientemente de que tal persona fuera un médico o profesional de la salud. A estos efectos, se entiende por familiar directo del Asegurado a su cónyuge o integrante de la unión convivencial y a sus familiares hasta del tercer grado de consanguinidad o afinidad
 - Fueran sustentadas por técnicas no tradicionales
 2. Copia de historias clínicas, protocolos quirúrgicos, estudios, análisis y exámenes practicados al Asegurado, expedidos por Establecimientos Asistenciales autorizados.
- c) Relevar del secreto médico y autorizar expresamente a los médicos asistentes para que proporcionen toda la información que los médicos de la Aseguradora soliciten a los efectos de esta cobertura
- d) Facilitar cualquier otra documentación razonable que la Aseguradora considere necesaria, incluso hasta dos exámenes médicos por facultativos designados por la Aseguradora y con gastos a cargo de ésta.

La Aseguradora, por su parte, se compromete a velar por la confidencialidad de las informaciones recabadas.

Será requisito indispensable para la obtención de los pagos previstos en esta cobertura, que la misma cuente con la autorización del médico auditor de la Aseguradora.

Cláusula 5 - DENUNCIA DE LA INTERNACIÓN DOMICILIARIA

Una vez comprobada la necesidad de la asistencia domiciliaria, la Aseguradora podrá requerir -mensualmente- documentación que confirme que el Asegurado permanece crónicamente inválido

Asimismo, el Asegurado deberá proporcionar a la Aseguradora todo elemento que la misma solicite en caso de estimarlo conveniente y le permitirá realizar las averiguaciones que estime necesarias, siempre que éstas sean razonables.

En caso de verificarse que el Asegurado ha dejado de padecer la Invalidez Crónica cubierta o ha fallecido, la Aseguradora suspenderá el pago del beneficio a partir de dicho momento.

En el supuesto de que a la fecha de fallecimiento del Asegurado existieran beneficios pendientes de pago, los mismos serán abonados a los beneficiarios designados.

Cláusula 6 - PLAZOS DE PRUEBA

Si las comprobaciones y las constancias aludidas en la Cláusula 4 (Denuncia del Siniestro) y la Cláusula 5 (Denuncia de la Internación Domiciliaria) de estas Condiciones Específicas no resultaran concluyentes en cuanto al carácter de la internación domiciliaria la Aseguradora podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor de 3 (tres) meses, a fin de confirmar el diagnóstico.

Cláusula 7 – CARÁCTER DEL BENEFICIO

El beneficio acordado por esta cobertura es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la póliza.

Cláusula 8 - TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

Adicionalmente a lo estipulado en las Condiciones Generales – Seguros Individuales o Condiciones Generales – Seguros Colectivos, según corresponda, la presente cobertura terminará:

- a) Cuando se rescinda la presente cobertura por cualquier causa.
- b) Cuando el Asegurado haya percibido la totalidad del beneficio correspondiente al Período Máximo de Beneficio Anual estipulado para esta cobertura.
- c) Cuando el Asegurado alcance la edad máxima de permanencia de esta cobertura, establecida en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Incorporación, de corresponder.

En caso de existir prima de riesgo no corrido a la fecha de terminación de la cobertura, la Aseguradora procederá a la devolución de la misma.

CONDICIONES ESPECÍFICAS COBERTURA DE INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Cláusula 1 – RIESGO CUBIERTO

La presente cobertura ampara el riesgo de que el Asegurado incurra en gastos de tratamiento médico con motivo de un diagnóstico de insuficiencia renal crónica.

La insuficiencia renal crónica debe ser producida por el fallo permanente e irreversible de la función renal en su totalidad, con indicación de tratamiento dialítico permanente. Las dos técnicas cubiertas por este seguro son:

- Hemodiálisis
- Diálisis peritoneal

Para cualquier solicitud de reembolso de gastos cubiertos, es condición ineludible que el tratamiento médico se practique en Establecimientos Asistenciales y por profesionales habilitados para tal fin.

Cláusula 2 – BENEFICIO

El beneficio previsto en esta cobertura es la suma asegurada fijada en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Incorporación, de corresponder y no podrá exceder el máximo asegurable allí establecido.

Dicho beneficio representa el monto máximo anual que la Aseguradora abonará al Asegurado en concepto de reintegro de los gastos cubiertos. Los reintegros no podrán superar el monto efectivamente desembolsado por el Asegurado.

En el supuesto de sucesivas renovaciones de pólizas con vigencia inferior al año, a los fines de la aplicación del monto máximo anual, se considerarán las anualidades desde el inicio de vigencia de la póliza original.

Cláusula 3 – EXCLUSIONES ESPECIFICAS

En adición a las exclusiones previstas en la Cláusula 5 (Riesgos no Cubiertos) de las Condiciones Generales Comunes, se deja expresamente aclarado que no se encuentran cubiertos:

- a) Los tratamientos que consistieran en hemodiálisis en casos agudos de cualquier tipo no permanente

Cláusula 4 – DENUNCIA DEL SINIESTRO

Complementariamente a lo estipulado en la Cláusula 15 (Configuración del Siniestro) de las Condiciones Generales Comunes, para obtener el beneficio previsto en esta cobertura, corresponde al Tomador o al Asegurado -o a su representante-, según corresponda:

- a) Denunciar el tratamiento cubierto dentro de los 15 (quince) días contados a partir de su fecha de inicio. La omisión o la demora en tal comunicación dará lugar a la pérdida del derecho del Asegurado a percibir el beneficio previsto en esta cobertura, salvo en los casos de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.
- b) Suministrar la documentación respaldatoria de la patología cubierta detallada a continuación, en concordancia con lo establecido en las Condiciones Generales Comunes:
 1. Certificado médico que acredite el diagnóstico y el tratamiento indicado al Asegurado.
Se deja expresamente aclarado que la Aseguradora no aceptará como válidas las constancias que:
 - Fueran emitidas por un familiar directo del Asegurado, independientemente de que tal persona fuera un médico o profesional de la salud. A estos efectos, se entiende por familiar directo del Asegurado a su cónyuge o integrante de la unión convivencial y a sus familiares hasta del tercer grado de consanguinidad o afinidad
 - Fueran sustentadas por técnicas no tradicionales
 2. Copia de historias clínicas, protocolos quirúrgicos, estudios, análisis y exámenes practicados al Asegurado, expedidos por Establecimientos Asistenciales autorizados.
 3. Copia de informe anatomopatológico suscripto por un especialista legalmente habilitado.
- c) Relevar del secreto médico y autorizar expresamente a los médicos asistentes y a los Establecimientos Asistenciales para que los mismos proporcionen toda la información que los médicos de la Aseguradora le soliciten a los efectos de esta cobertura.
- d) Facilitar cualquier otra documentación razonable que la Aseguradora considere necesaria, incluso hasta dos exámenes médicos por facultativos designados por la Aseguradora y con gastos a cargo de ésta.
- e) Presentar mensualmente las facturas- originales o copias certificadas por organismo oficial -correspondientes a todos los gastos en que hubiera incurrido por el tratamiento dialítico cubierto. Las mismas deberán estar emitidas conforme las normas legales y reglamentarias vigentes relativas a facturación.

La Aseguradora, por su parte, se compromete a velar por la confidencialidad de las informaciones recabadas.

Será requisito indispensable para la obtención de los pagos previstos en esta cobertura, que la misma cuente con la autorización del médico auditor de la Aseguradora.

Cláusula 5 – PLAZOS DE PRUEBA

Si las comprobaciones y las constancias aludidas en la Cláusula 4 (Denuncia del Siniestro) de estas Condiciones Específicas no resultaran concluyentes en cuanto al carácter del tratamiento médico practicados, la Aseguradora podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor de 3 (tres) meses, a fin de confirmar el diagnóstico.

Cláusula 6 – CARÁCTER DEL BENEFICIO

El beneficio acordado por esta cobertura es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en esta póliza.

La presente cobertura dejará de ser renovada a partir del momento en que el Asegurado hubiera percibido la totalidad del beneficio estipulado en la misma.

Cláusula 7 – TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

Adicionalmente a lo estipulado en las Condiciones Generales – Seguros Individuales o Condiciones Generales – Seguros Colectivos, según corresponda, la presente cobertura terminará:

- a) Cuando se rescinda la presente cobertura por cualquier causa
- b) Cuando el Asegurado haya percibido la totalidad del beneficio que concede esta cobertura
- c) Cuando el Asegurado alcance la edad máxima de permanencia de esta cobertura, establecida en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Incorporación, de corresponder.

En caso de existir prima de riesgo no corrido a la fecha de terminación de la cobertura, la Aseguradora procederá a la devolución de la misma.

CONDICIONES ESPECÍFICAS COBERTURA DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

Cláusula 1 – RIESGO CUBIERTO

La presente cobertura ampara el riesgo de que se practique al Asegurado alguna de las intervenciones quirúrgicas cubiertas, las que se detallan en los Anexos Intervenciones Quirúrgicas que forman parte integrante de las Condiciones Particulares y/o el Certificado de Incorporación, de corresponder.

Para cualquier solicitud de indemnización por esta cobertura, es condición ineludible que la intervención se efectúe en Establecimientos Asistenciales habilitados para tal fin.

Cláusula 2 – BENEFICIO

El beneficio previsto en esta cobertura es la suma asegurada fijada para cada caso en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Incorporación, de corresponder, según se detalla en los Anexos Intervenciones Quirúrgicas.

Si en el curso de una intervención quirúrgica se efectuaron dos o más operaciones por una o varias vías, se indemnizará como máximo hasta el 100% (cien por ciento) del módulo de mayor valor, y el 50% (cincuenta por ciento) del módulo de mayor valor correspondiente a las restantes operaciones efectuadas.

Si una operación hubiese podido efectuarse durante el curso de una intervención quirúrgica inicial y no se efectuará antes de transcurridos 30 (treinta) días desde la fecha de dicha intervención, no estará cubierta salvo que comprobadas complicaciones de salud la hiciesen necesaria. Las reintervenciones generadas por complicaciones súbitas o imprevistas serán indemnizadas al 100% (cien por ciento) del valor del módulo.

Cláusula 3 – EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

En adición a las exclusiones previstas en la Cláusula 5 (Riesgos no Cubiertos) de las Condiciones Generales Comunes, se deja expresamente aclarado que no se encuentran cubiertas las siguientes intervenciones:

- a) Las operaciones de Miopía y Astigmatismo

Cláusula 4 – DENUNCIA DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

Complementariamente a lo estipulado en la Cláusula 15 (Configuración del Siniestro) de las Condiciones Generales Comunes, para obtener el beneficio previsto en esta cobertura, corresponde al Tomador o al Asegurado -o a su representante-, según corresponda:

- a) Denunciar la o las intervenciones quirúrgicas que se le han efectuado dentro de los 15 (quince) días contados a partir de la realización de las mismas. La omisión o la demora en tal comunicación dará lugar a la pérdida del derecho del Asegurado a percibir el beneficio previsto en esta cobertura, salvo en los casos de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.
 - b) Suministrar la documentación detallada a continuación, en concordancia con lo establecido en las Condiciones Generales Comunes:
 1. Certificado médico que acredite el diagnóstico y la intervención quirúrgica realizada al AseguradoSe deja expresamente aclarado que la Aseguradora no aceptará como válidas las constancias que:
 - Fueran emitidas por un familiar directo del Asegurado, independientemente de que tal persona fuera un médico o profesional de la salud. A estos efectos, se entiende por familiar directo del Asegurado a su cónyuge o integrante de la unión convivencial y a sus familiares hasta del tercer grado de consanguinidad o afinidad
 - Fueran sustentadas por técnicas no tradicionales
 2. Copia de historias clínicas, protocolos quirúrgicos, estudios, análisis y exámenes practicados al Asegurado, expedidos por Establecimientos Asistenciales legalmente autorizados.
- c) Relevar del secreto médico y autorizar expresamente a los médicos asistentes y a los Establecimientos Asistenciales para que los mismos proporcionen toda la información que los médicos de la Aseguradora le soliciten a los efectos de esta cobertura.
 - d) Facilitar cualquier otra documentación razonable que la Aseguradora considere necesaria, incluso hasta dos exámenes médicos por facultativos designados por la Aseguradora y con gastos a cargo de ésta.

La Aseguradora, por su parte, se compromete a velar por la confidencialidad de las informaciones recabadas.

Será requisito indispensable para la obtención de los pagos previstos en esta cobertura, que la misma cuente con la autorización del médico auditor de la Aseguradora.

Cláusula 5 – PLAZOS DE PRUEBA

Si las comprobaciones y las constancias aludidas en la Cláusula 4 (Denuncia de la Intervención Quirúrgica) de estas Condiciones Específicas no resultaran concluyentes en cuanto al carácter de la o las intervenciones quirúrgicas practicadas, la Aseguradora podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor de 30 (treinta) días, a fin de confirmar el diagnóstico.

Cláusula 6 – CARÁCTER DEL BENEFICIO

El beneficio acordado por la presente cobertura es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la póliza. Los beneficios podrán utilizarse durante cada año póliza tantas veces como sea necesario por enfermedades o accidentes salvo que se estipule lo contrario en el anexo correspondiente.

Cláusula 7 – TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

Adicionalmente a lo estipulado en las Condiciones Generales – Seguros Individuales o Condiciones Generales – Seguros Colectivos, según corresponda, la presente cobertura terminará:

- a) Cuando se rescinda la presente cobertura por cualquier causa
- b) Cuando el Asegurado haya percibido el total del beneficio
- c) Cuando el Asegurado alcance la edad máxima de permanencia de esta cobertura, establecida en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Incorporación, de corresponder.

En caso de existir prima de riesgo no corrido a la fecha de terminación de la cobertura, la Aseguradora procederá a la devolución de la misma.

CONDICIONES ESPECÍFICAS COBERTURA DE RENTA DIARIA POR INTERNACIÓN CLÍNICA Y/O QUIRÚRGICA

Cláusula 1 – RIESGO CUBIERTO

La presente cobertura ampara el riesgo de internación del Asegurado para tratamiento clínico y/o quirúrgico en un Establecimiento Asistencial autorizado, siempre que la misma se inicie durante la vigencia de esta cobertura.

En el caso de que los hijos estuvieran incorporados al grupo familiar cubierto, los recién nacidos tendrán cobertura de internación clínica neonatológica conforme al período mínimo de permanencia en el seguro de la madre asegurada. Esta ampliación de cobertura no rige para las internaciones neonatológicas de recién nacidos provenientes de embarazos producidos por métodos de fertilización asistida.

Para cualquier solicitud de indemnización por esta cobertura, es condición ineludible que la internación se efectúe en Establecimientos Asistenciales habilitados para tal fin.

Cláusula 2 – BENEFICIO

El beneficio previsto en esta cobertura es el importe diario establecido en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Incorporación, de corresponder. y no podrá exceder el máximo asegurable allí establecido.

Se deja expresamente convenido que toda indemnización motivada por esta cobertura comenzará a abonarse una vez cumplido el Período de Espera indicado en las Condiciones Particulares y/o el Certificado de Incorporación, que se computa desde el primer día de internación. En consecuencia, la Aseguradora pagará la indemnización estipulada a partir del primer día siguiente al fin del citado Período de Espera y hasta el Período Máximo de Beneficio Anual, especificado en las Condiciones Particulares y/o el Certificado de Incorporación, de corresponder.

La Aseguradora no aplicará el mencionado Período de Espera en los casos de internaciones por períodos superiores al Plazo de Exención del Período de Espera estipulado en las Condiciones Particulares y/o el Certificado de Incorporación, de corresponder.

En el supuesto de sucesivas renovaciones de pólizas con vigencia inferior al año, a los fines de la aplicación del Período Máximo de Beneficio Anual se considerarán las anualidades desde el inicio de vigencia de la póliza original.

Cláusula 3 – EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

En adición a las exclusiones previstas en la Cláusula 5 (Riesgos no Cubiertos) de las Condiciones Generales Comunes, se deja expresamente aclarado que no se encuentran cubiertas:

- a) Las internaciones por parto.
- b) Las internaciones por operaciones de Miopía y Astigmatismo
- c) Las internaciones que tengan por objeto principal la evaluación y/o el diagnóstico del Asegurado o su rehabilitación física, salvo que a consecuencia de dicho diagnóstico y evaluación el Asegurado tuviera que someterse a una internación.
- d) Las internaciones motivadas por alteraciones mentales; enfermedades psiquiátricas y/o psicológicas
- e) Las internaciones domiciliarias o en establecimientos geriátricos.

Cláusula 4 – DENUNCIA DEL SINIESTRO

Complementariamente a lo estipulado en la Cláusula 15 (Configuración del Siniestro) de las Condiciones Generales Comunes, para obtener el beneficio previsto en esta cobertura, corresponde al Tomador o al Asegurado -o a su representante-, según corresponda:

- a) Denunciar el diagnóstico de la necesidad de internación clínica y/o quirúrgica dentro de los 3 (tres) días de haber sido notificado del mismo. La omisión o la demora en tal comunicación dará lugar a la pérdida del derecho del Asegurado a percibir el beneficio previsto en esta cobertura, salvo en los casos de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.

- b) Suministrar la documentación detallada a continuación, en concordancia con lo establecido en las Condiciones Generales Comunes:
1. Certificado médico que acredite el diagnóstico y el tratamiento indicado al Asegurado
Se deja expresamente aclarado que la Aseguradora no aceptará como válidas las constancias que:
 - Fueran emitidas por un familiar directo del Asegurado, independientemente de que tal persona fuera un médico o profesional de la salud. A estos efectos, se entiende por familiar directo del Asegurado a su cónyuge o integrante de la unión convivencial y a sus familiares hasta del tercer grado de consanguinidad o afinidad
 - Fueran sustentadas por técnicas no tradicionales
 2. Copia de historias clínicas, protocolos quirúrgicos, estudios, análisis y exámenes practicados al Asegurado, expedidos por Establecimientos Asistenciales autorizados.
- c) Relevar del secreto médico y autorizar expresamente a los médicos asistentes y a los Establecimientos Asistenciales para que los mismos proporcionen toda la información que los médicos de la Aseguradora le soliciten a los efectos de esta cobertura.
- d) Facilitar cualquier otra documentación razonable que la Aseguradora considere necesaria, incluso hasta dos exámenes médicos por facultativos designados por la Aseguradora y con gastos a cargo de ésta.

La Aseguradora, por su parte, se compromete a velar por la confidencialidad de las informaciones recabadas. Será requisito indispensable para la obtención de los pagos previstos en esta cobertura, que la misma cuente con la autorización del médico auditor de la Aseguradora.

Cláusula 5 – DENUNCIA DE LA INTERNACIÓN

Una vez comprobada la necesidad de la internación clínica y/o quirúrgica, el Asegurado deberá presentar la constancia de internación emitida por el Establecimiento Asistencial correspondiente. Al producirse la externación, el Asegurado deberá presentar la constancia correspondiente dentro de los 3 (tres) días de producida.

Cláusula 6 – PLAZOS DE PRUEBA

Si las comprobaciones y las constancias aludidas en la Cláusula 4 (Denuncia del Siniestro) y la Cláusula 5 (Denuncia de la Internación) de estas Condiciones Específicas no resultaran concluyentes en cuanto al carácter de la internación, la Aseguradora podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor de 30 (treinta) días, a fin de confirmar el diagnóstico.

Cláusula 7 – CARÁCTER DEL BENEFICIO

El beneficio acordado por esta cobertura es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la póliza.

Cláusula 8 – TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

Adicionalmente a lo estipulado en las Condiciones Generales – Seguros Individuales o Condiciones Generales – Seguros Colectivos, según corresponda, la presente cobertura terminará:

- a) Cuando se rescinda la presente cobertura por cualquier causa.
- b) Cuando el Asegurado haya percibido la totalidad del beneficio correspondiente al Período Máximo de Beneficio Anual estipulado para esta cobertura.
- c) Cuando el Asegurado alcance la edad máxima de permanencia de esta cobertura, establecida en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Incorporación, de corresponder.

En caso de existir prima de riesgo no corrido a la fecha de terminación de la cobertura, la Aseguradora procederá a la devolución de la misma.