



POLIZA N°: 7388/2017

SEGURO INTEGRAL DE ACCIDENTES

Entre **Nación Seguros S.A.** en adelante "El Asegurador" con domicilio en la calle San Martín 913 5° Piso de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y **El Contratante**, se conviene celebrar este contrato de seguro, con arreglo a las presentes Condiciones Particulares y a las Condiciones Generales Específicas y Generales que se agregan:

Si el texto de la presente póliza difiere del contenido de la solicitud, la diferencia se considera aprobada por el Contratante si no reclama dentro de un mes de haber recibido la Póliza (Art. 12 Ley de Seguros).

✓ Condiciones Particulares

Renueva a: 7388

Razón Social del Contratante: UNIVERSIDAD NACIONAL DE LUJAN
Domicilio: Intersección Ruta Nac. 5 y 7 – Lujan (6700) – Buenos Aires
Número de CUIT: 30-58676240-7

Asegurados: Alumnos vinculados con el contratante.
Actividad: (7550) Estudiantes de Enfermería.

Vigencia: Desde las 00:00 Hs del 5 de Octubre de 2017 hasta las 00:00 Hs del 5 de Octubre de 2018.

PAGO DE PREMIOS

Moneda: Pesos.
Forma de Pago: Mensual

Porcentaje de Prima a cargo del Contratante: 100%
Porcentaje de Prima a cargo del Asegurado: 0%

COBERTURAS Y CAPITALS ASEGURADOS POR PERSONA:

Indemnización por Muerte Accidental	\$200.000 (pesos doscientos mil)
Indemnización por Invalidez Total y Parcial Permanente por Accidente	\$200.000 (pesos doscientos mil)
Asistencia Médico Farmacéutica	\$10.000 (pesos diez mil) Deducible: 2% (dos por ciento) Mínimo: \$ 200 (pesos doscientos)

LIMITE DE EDADES

Edad mínima de incorporación: 14 (catorce) años.
Edad máxima de incorporación: 64 (sesenta y cuatro) años inclusive.
Edad máxima de permanencia: 64 (sesenta y cuatro) años inclusive.

Adhesión: 100% (Cien por ciento)

Discriminación del Premio Mensual por persona:

Prima Pura:	\$ 11,75
Gastos de Adquisición	\$ 0,00
Gastos Explotación	\$ 2,24
Total de Prima	\$ 13,99
Recargo financiero	\$ 0,36
Tasa S.S.N.	\$ 0,09
Sellados	\$ 0,00
IVA	\$ 3,01
PREMIO TOTAL:	\$ 17,45

Nota 1: Se deja expresa constancia que la altura máxima es de 3 metros.

Nota 2: Se deja expresa constancia que la cobertura de Asistencia Médica Farmacéutica incluye el tratamiento preventivo por contagio de HIV y Hepatitis B mientras que sea producto de un accidente en el ejercicio de la profesión médica o paramédica.

Anexos que forman parte integrante de la Póliza:

---	Anexo Informativo Ley N° 25.246
1	Exclusiones – Riesgos no cubiertos
2	Condiciones Generales
3	Indemnización por Muerte Accidental
12	Indemnización por Invalidez Total y Parcial Permanente por Accidente
20	Asistencia Médico Farmacéutica
22	Cobertura de Accidentes en Día, Horario y Lugar de Trabajo e In Itinere.
29	Cláusula de Cobranza del Premio
30	Cláusula de Interpretación
37	Cláusula de Seguro de Responsabilidad Civil conforme al Artículo 120 de la Ley de Seguros (*)
39	Cláusula de No Repetición

(*): Queda entendido y acordado que toda referencia del Anexo 37 de la presente póliza a artículos y disposiciones del Código Civil que ha sido derogado con fecha 31/07/2015 deberán interpretarse en función del nuevo Código Civil y Comercial que rige desde el día 01/08/2015 por los artículos y normas que se corresponden con los mencionados en el texto de dicho anexo

DATOS DEL PRODUCTOR – ASESOR:

Número de Matrícula: No Aplica

Nombre y Apellido o Razón Social: No Aplica

Esta Póliza ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación mediante Proveído N° 113.136 del 06 de octubre de 2010.

IMPORTANTE:

Conforme con lo dispuesto en la Resolución del Ministerio de Economía 407/2001 se establece que los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros son los siguientes: a) Entidades especializadas en cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION; b) Entidades financieras sometidas al régimen de la Ley N° 21.526; c) Tarjetas de crédito, débito o compras emitidas en el marco de la Ley N° 25.065; d) Medios electrónicos de cobro habilitados previamente por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION a cada entidad de seguros, los que deberán funcionar en sus domicilios, puntos de venta o cobranza.

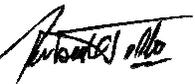
En este caso, el pago deberá ser realizado mediante alguna de las siguientes formas: efectivo en moneda de curso legal, cheque cancelatorio Ley N° 25.345 o cheque no a la orden librado por el asegurado o tomador a favor de la entidad aseguradora. En cumplimiento del régimen vigente en materia de Control y Prevención del Lavado de Dinero, dejo expresa constancia con carácter de DECLARACIÓN JURADA que los fondos con los que opero son provenientes de ACTIVIDADES LÍCITAS y se originan en (indicar actividad laboral/comercial) la actividad bancaria, según lo establecido en la Ley 25.246.

También DECLARO BAJO JURAMENTO que tengo conocimiento de la Ley 25.246 y normas complementarias en materia de Control y Prevención del Lavado de Dinero. (Ver Anexo Informativo Ley N° 25.246)

- C.U.I.T. de **NACION SEGUROS S.A.:** 30 – 67856116 – 5
- Número de Inscripción en Ingresos Brutos: 901 – 025714 – 8

La Entidad Aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado que atenderá las consultas y reclamos que presenten los tomadores de seguros, asegurados, beneficiarios y/o derechohabientes. En caso de no haber sido resuelto el mismo o que haya sido denegada su admisión o desestimado, total o parcialmente, podrá acudir al Departamento de Orientación y Asistencia del Asegurado (D.O.A.A.), dependiente de la Superintendencia de Seguros de la Nación. A tal fin deberá dirigirse a: Av. Julio A. Roca 721, (C1067ABC) Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el horario de 10:30 a 17:30 hs; O bien comunicándose telefónicamente al 0-800-666-8400 o 4338-4000 (líneas rotativas), por correo electrónico a "consultasydenuncias@ssn.gob.ar" o vía Internet a la siguiente dirección: www.ssn.gob.ar. A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora.

Emitida en Buenos Aires, el 26 de Setiembre de 2017


Christian Sberna
Subgte. de Suscripción
Ruben Tello
Subgte. de Suscripción

.....
Firma del Tomador

La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme a lo previsto en el punto 7.9. del Reglamento General de la Actividad Aseguradora.



LEY ANTILAVADO

ANEXO INFORMATIVO LEY N° 25.246

Queda entendido y convenido que de acuerdo a lo establecido en la Ley N° 25.246, sus Decretos reglamentarios y a la Resolución N° 202/2015 de la Unidad de Información Financiera, y a los efectos de cumplir con las disposiciones vigentes en materia de Control y Prevención del Lavado de Dinero y Financiamiento del Terrorismo, se deja constancia que al momento de la contratación de una póliza o cuando la aseguradora deba efectuar algún pago en virtud de la póliza que se solicita, ante cualquier cesión de derechos o cambio de beneficiarios o anulación, la compañía exigirá, en su caso, al Tomador, Beneficiario y/o cesionario de la póliza la información establecida en los artículos 14, 15, 16, 17, 18, 20 inciso i, 21 y 24 de la citada normativa y la documentación respaldatoria correspondiente. Se deja constancia que la información que se requiera a los fines de dicha Resolución no se considera incumplimiento de lo establecido en el artículo 21 inciso c) de la Ley 25.246.

Se encuentra a disposición del cliente en las oficinas de la Compañía, como así mismo en la página web www.nación-seguros.com.ar (Prevención de lavado de dinero/formularios), el formulario “Requerimientos de datos UIF”, el formulario “DDJJ del Beneficiario de Póliza”, según corresponda y el texto completo de la Resolución N° 202/2015 de la Unidad de Información Financiera; la que también puede consultarse en el sitio www.uif.gov.ar

(Anexo 1)

SEGURO INTEGRAL DE ACCIDENTES**EXCLUSIONES – RIESGOS NO CUBIERTOS**

Quedan excluidos de este Seguro:

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

Los siniestros acaecidos en el lugar y en ocasión de producirse los acontecimientos enumerados en este Artículo, se presume que son consecuencia de los mismos, salvo prueba en contrario del Asegurado.

(Anexo 2)

SEGURO INTEGRAL DE ACCIDENTES**CONDICIONES GENERALES****Artículo 1: Ley de las Partes Contratantes**

Las partes contratantes se someten a las disposiciones de la ley de Seguros N° 17.418 y a las Condiciones Generales Específicas y Condiciones Particulares de la presente póliza que la complementan o modifican, cuando ello es admisible.

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

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

Los derechos y obligaciones del Asegurado y del Asegurador que se mencionan con indicación de los respectivos artículos de la Ley de Seguros, deben entenderse como simples enunciaciones informativas del contenido esencial de la Ley, la que rige en su integridad con las modalidades convenidas por las partes.

Artículo 2: Riesgo Cubierto

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

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

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

Artículo 3: Residencia

La cobertura se extiende al tránsito y/o permanencia del Asegurado en el extranjero, salvo en países que no mantengan relaciones diplomáticas con la República Argentina.

Artículo 4: Exclusiones – Riesgos no Asegurados

Quedan excluidos de este Seguro:

1. Las consecuencias de las enfermedades de cualquier naturaleza inclusive las originadas por las picaduras de insectos, salvo lo especificado en el punto 1 del Artículo 35.
2. Las lesiones causadas por la acción de los rayos “X” y similares, y de cualquier elemento radioactivo, u originada en reacciones nucleares; las lesiones imputables a esfuerzo salvo los casos contemplados en el punto 1 del Artículo 35; insolación, quemaduras por rayos solares, enfriamiento y demás efectos de las condiciones atmosféricas o ambientales, psicopatías transitorias o permanentes y de operaciones quirúrgicas o tratamiento; salvo que cualquiera de tales hechos sobrevenga a consecuencia de un accidente cubierto conforme con el punto 1 del Artículo 35, o del tratamiento de las lesiones por él producidas.
3. Los accidentes que el Asegurado o los beneficiarios, por acción u omisión provoquen dolosamente o con culpa grave o el Asegurado los sufra en empresa criminal.
No obstante, quedan cubiertos los actos realizados para precaver el siniestro o atenuar sus consecuencias o por un deber de humanidad generalmente aceptado.
4. Los accidentes causados por vértigos, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que ocurran por estado de enajenación mental, salvo cuando tales trastornos sean consecuencia de un accidente cubierto conforme al punto 1 del Artículo 35, o por estado de ebriedad o por estar el Asegurado bajo la influencia de estupefacientes o alcaloides.
5. Los accidentes que ocurran mientras el Asegurado tome parte en carreras, ejercicios o juegos atléticos de acrobacia o que tengan por objeto pruebas o contiendas de carácter excepcional, de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo; o mientras participe en viajes o excursiones a zonas inexploradas.
6. Los accidentes derivados de la navegación aérea no realizada en líneas de transporte aéreo regular, ya sea en calidad de tripulante, pasajero o mecánico.
7. Los accidentes derivados del uso de motocicletas y vehículos similares que no hayan sido específicamente incluidos en esta cobertura, o de la práctica de deportes riesgosos que no hayan sido expresamente cubiertos en las Condiciones Particulares. Se entiende por motocicletas y vehículos similares a motocicletas, triciclos motorizados, cuatriciclos motorizados y bicicletas motorizadas.

8. Los accidentes causados por hechos de guerrilla, rebelión, terrorismo, motín o tumulto popular, huelga o lock-out, cuando el Asegurado participe como elemento activo.
 9. Los accidentes causados por fenómenos sísmicos, inundaciones u otros fenómenos naturales de carácter catastrófico.
 10. Los accidentes que le ocurran al Asegurado mientras participe en su condición de integrante de las Fuerzas Armadas y que hayan sido provocados durante tumultos populares, rebelión, sedición, motín, insurrecciones y maniobras militares con simulacro de combate. Para el personal de la fuerza Aérea o de la Aviación Militar o naval se excluyen expresamente los accidentes derivados de la navegación aérea según se establece en las disposiciones de la Ley de Seguros y/o cuando realicen prácticas de paracaidismo.
 11. Suicidio o su tentativa, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.
- Los siniestros acaecidos en el lugar y en ocasión de producirse los acontecimientos enumerados en este Artículo, se presume que son consecuencia de los mismos, salvo prueba en contrario del Asegurado.

Artículo 5: Personas no Asegurables

Se excluyen las personas que excedan el límite de edad aceptado por el Asegurador al momento de celebrarse el contrato.

Artículo 6: Personas Asegurables

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

2.1. El cónyuge del Asegurado Titular.

2.2. Los hijos del matrimonio si el cónyuge del Asegurado Titular está también amparado.

Los hijos del matrimonio nacidos durante la vigencia de esta póliza serán amparados desde la fecha en que cumplan un mes de nacidos, sin más requisitos que la solicitud de su Alta.

Se excluirán de la cobertura de esta Póliza, a partir de la siguiente renovación, los Hijos del Asegurado que:

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

Artículo 7: Edades

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

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

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

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

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

Estos ajustes se harán comparando la edad real contra la edad límite admitido, no así para edades comprendidas en los límites de cobertura.

Artículo 8: Agravación por Concausas

Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente de él, de un estado constitucional anormal con respecto a la edad del Asegurado, o de un defecto físico de cualquier naturaleza y origen, la indemnización que corresponda se liquidará de acuerdo con las consecuencias que el mismo accidente hubiera presumiblemente producido sin la mencionada concausa, salvo que esta fuese consecuencia de un accidente cubierto por la Póliza y ocurrido durante la vigencia de la misma.

Artículo 9: Pluralidad de Seguros

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

En caso de hallarse el Asegurado y/o sus Asegurados Familiares cubiertos por un importe superior a dicha suma, sin conocimiento y aceptación expresa de los aseguradores, éstos indemnizarán a prorrata de sus respectivas sumas aseguradas solamente hasta la suma a que se refiere el párrafo anterior, sin derecho del Asegurado a restitución de primas.

El Asegurado no tiene obligación de notificar los riesgos de Accidentes Personales que se cubran accesoriamente en otras ramas de seguros.

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

Artículo 10: Reticencia

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

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

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

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

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

Si la reticencia fuese dolosa o de mala fe, el Asegurador tiene derecho a las primas de los períodos transcurridos y del período en cuyo transcurso invoque la reticencia o falsa declaración.

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

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

Artículo 11: Agravación o Modificación del Riesgo

El Asegurado debe denunciar al Asegurador las agravaciones del riesgo asumido, causadas por un hecho suyo, antes de que se produzcan; y las debidas a un hecho ajeno, inmediatamente después de conocerlas.

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

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

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

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

Cuando la agravación resulte de un hecho ajeno al Asegurado, el Asegurador deberá notificarle su decisión de rescindir dentro del término de un mes y con un preaviso de siete días. Se aplicará el Artículo 39 de la Ley de Seguros si el riesgo no se hubiera asumido según las prácticas comerciales del Asegurador.

No obstante, cuando la agravación provenga del cambio de la profesión o actividad del asegurado y si de haber existido ese cambio al tiempo de la celebración, el Asegurador hubiera concluido el contrato por una prima mayor, la suma asegurada se reducirá en proporción a la prima pagada. Esta regla no se aplica a las exclusiones previstas en el Artículo 4.

La rescisión del contrato por agravación de riesgo da derecho al Asegurador:

- a- Si la agravación del riesgo le fue comunicada oportunamente, a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido.
- b- Si no le fue comunicada oportunamente, a percibir la prima por el período del seguro en curso no mayor de un año.

Artículo 12: Número mínimo de Asegurados y/o porcentaje mínimo de adhesión

Es condición expresa para que este seguro entre en vigor y mantenga su vigencia, en las condiciones pactadas en materia de capitales Asegurados y tarifa de primas, que el número de Asegurados en cantidad y/o relación con los que se hallen en condiciones de asegurarse, no sean inferiores a los que se indican en las Condiciones Particulares de esta Póliza.

Si en cualquier momento durante la vigencia de la Póliza no se cumplieran las condiciones antes mencionadas, el seguro mantendrá su vigencia mientras el Asegurador no haga saber por escrito al Contratante las modificaciones de esas condiciones, con nuevas sumas aseguradas o tarifa de primas modificada, que regirán en el seguro, o la rescisión del mismo por la causa antes señalada, haciéndolo con una anticipación mínima de 30 días.

Artículo 13: Ajuste de Primas

El importe de las primas podrá ser ajustado en cada aniversario de la póliza por el Asegurador en función de lo establecido en la Cláusula 12 de estas Condiciones Generales.

El Asegurador comunicará al Tomador las nuevas primas con una anticipación no menor de 31 días a la fecha en que comiencen a regir las mismas.

Artículo 14: Facultades del productor o Agente

El Productor o Agente, 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 contrato de seguro;
- b- Entregar los instrumentos emitidos por el Asegurador, referentes a contratos o sus prórrogas;
- c- Aceptar el pago de la prima si se halla en posesión de un recibo del Asegurador. La firma puede ser facsimilar.

Artículo 15: Cargas del Asegurado o Beneficiarios en caso de Accidente

El Asegurado o los Beneficiarios comunicarán al Asegurador el acaecimiento del siniestro dentro de los tres días de conocerlo, bajo pena de perder el derecho a ser indemnizado, salvo que acredite caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.

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

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

Artículo 16: Comprobación del fallecimiento

Corresponde a los beneficiarios o a sus representantes:

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

El Asegurador se reserva 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 17: Comprobación de la Invalidez

Corresponde al Asegurado:

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

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



Artículo 18: Valuación de Peritos

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

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

Si una de las partes omitiese designar médico dentro del octavo día de requerido por la otra, o si el tercer facultativo no fuese electo en el plazo establecido en el apartado anterior, la parte más diligente podrá requerir su nombramiento a la Secretaría de Estado de Salud Pública de la Nación.

Los honorarios y gastos de los médicos de las partes serán a su respectivo cargo y los del tercero serán pagados por la parte cuyas pretensiones se alejen más del dictamen definitivo, salvo en caso de equidistancia en que se separarán por mitades entre las partes.

Artículo 19: Residencia en el Extranjero

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

Artículo 20: Reducción de las consecuencias

El Asegurado en cuanto le sea posible, debe impedir o reducir las consecuencias del siniestro, y observar las instrucciones del Asegurador al respecto, en cuanto sean razonables.

Artículo 21: Designación de beneficiario

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

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

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

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

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

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

Artículo 22: Cambio de Beneficiario

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

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

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

Artículo 23: Cumplimiento de la Prestación del Asegurador

El pago se hará dentro de los 15 días de notificado el siniestro o de cumplidos los requisitos a que se refieren los Artículos 15, 16 y 17 de estas Condiciones Generales, el que sea posterior.

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

En caso de viaje aéreo del Asegurado si no se tuvieron noticias del avión por un período no inferior a dos meses, el Asegurador hará efectivo el pago de la indemnización establecida en la presente póliza para el caso de muerte. Si apareciera el Asegurado o se 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 hubiese sufrido daños resarcibles cubiertos por la presente póliza.

Artículo 24: Caducidad por Incumplimiento de Obligaciones y Cargas

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

Artículo 25: Rescisión Unilateral

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

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

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

Si el Asegurador ejerce el derecho de rescindir, la prima se reducirá proporcionalmente por el plazo no corrido.

Si el Asegurado opta por la rescisión, el Asegurador tendrá derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido, según la tarifas de corto plazo.

En caso de rescindirse el contrato después de haber ocurrido durante la vigencia uno o varios accidentes cubiertos por el seguro que den lugar a la prestación por invalidez permanente parcial, el cálculo de la prima total a devolver se hará previa deducción del porcentaje de invalidez permanente reconocida.

Artículo 26: Domicilio para Denuncias y Declaraciones

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

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

Artículo 27: Cómputo de Plazos

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

Artículo 28: Prescripción

Las acciones fundadas en el presente contrato prescriben en el plazo de un año, computado desde que la correspondiente obligación es exigible. Los actos del procedimiento establecido por la ley o el presente contrato para la liquidación del 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 años desde el nacimiento de su derecho a la prestación por parte del Asegurador.

Artículo 29: Prórroga de Jurisdicción

Toda controversia judicial que se plantee en relación al presente contrato, se substanciará ante los jueces competentes de la ciudad cabecera de la circunscripción judicial del domicilio del Asegurado, siempre que sea dentro de los límites del país.

Sin perjuicio de ello, el Asegurado o sus beneficiarios podrán presentar sus demandas contra el Asegurador ante los tribunales competentes del domicilio de la sede central o sucursal donde se emitió la póliza e igualmente se tramitarán ante ellos las acciones judiciales relativas al cobro de primas.

Artículo 30: Terminación de la Cobertura

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

- a- Si la póliza dejase de hallarse en pleno vigor por falta de pago de cualquier prima y una vez vencido el plazo de gracia.
- b- Si se liquidase la póliza por cualquier motivo.

Asimismo, el riesgo de accidente previsto, automáticamente dejará de estar cubierto y la póliza en el caso de seguro individual o el certificado individual, en el caso de seguro colectivo se cancelará en los siguientes casos:

- a- A partir del momento en que el Asegurado haya recibido, por aplicación de las Condiciones Particulares indemnizaciones equivalentes al capital asegurado.
- b- Si se cubre el riesgo de incapacidad total, a partir de la fecha en que el Asegurado quedase comprendido en sus beneficios.
- c- A partir de la fecha estipulada en las Condiciones Generales Específicas de cada cobertura.
- d- Para los Asegurados Familiares, cuando la cobertura del Asegurado Titular esté rescindida por cualquier causa.

Artículo 31: Duplicado de Póliza y Copia

En caso de robo, pérdida o destrucción de esta póliza, el Asegurado podrá obtener un duplicado en sustitución de la póliza original. Una vez emitido el duplicado, el original pierde todo valor.

Las modificaciones efectuadas después de emitido el duplicado serán las únicas válidas.

El Asegurado tiene derecho a que se le entregue copia de las declaraciones efectuadas para la celebración del contrato y copia no negociable de la póliza. En ambos casos, los gastos correspondientes serán por cuenta del Asegurado.

Artículo 32: Modificación del Contrato

Cualquier modificación al contrato deberá ser por escrito y refrendada por los funcionarios autorizados del Asegurador, de lo contrario carecerá de todo valor. Asimismo cualquier modificación del contrato deberá notificarse al Tomador y a los Asegurados con 30 días de anticipación.

Artículo 33: Impuestos, Tasas y Contribuciones

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

Artículo 34: Renovación

Este seguro tendrá una vigencia anual, salvo que se pacte por un plazo menor, en cuyo caso será de aplicación la tarifa de período corto.

La póliza podrá ser renovada automáticamente por idéntico período al contratado salvo que cualquiera de las partes de aviso a la otra por escrito que es su voluntad no renovarlo; en el caso del Asegurador con un preaviso no menor de treinta (30) días. El pago de la prima de un nuevo período acreditado mediante el recibo extendido en las formas usuales del Asegurador, se tendrá como prueba suficiente de tal renovación.

Artículo 35: Definiciones

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

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

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

2. Tomador: es la persona física o jurídica con la cual se celebra el contrato de seguro, por su cuenta o por cuenta de un tercero.
3. Familia Asegurable: es el Asegurado Titular y cada uno de sus Asegurados Familiares que se indican en las Condiciones Particulares de esta póliza
- 3.1. Asegurador Titular: es la persona de la cual dependen económicamente los otros miembros de la familia asegurable, que ha quedado registrado como tal y cuya edad sea menor, a la fecha de emisión, de 65 años o de la edad límite fijada en las Condiciones particulares.
- 3.2. Asegurados Familiares: las siguientes personas, siempre y cuando no tengan ingresos por trabajo personal y dependan económicamente del Asegurado Titular:
 - Su Cónyuge, si su edad es menor, a la fecha de emisión de la póliza, de 65 años o de la edad límite fijada en las Condiciones Particulares;
 - Sus hijos solteros mayores de un mes y menores de 21 años; y
 - Sus hijos solteros mayores de 21 años pero menores de 25 años, siempre que sean estudiantes de tiempo completo.

También se considerarán hijos los legalmente adoptados y los hijastros.

4. Asegurado: cada uno de los miembros de la Familia Asegurable, que a solicitud del Tomador a quedado amparado bajo esta póliza.
5. Beneficiario: es la persona designada por cada uno de los asegurados para recibir el beneficio del seguro en caso de fallecimiento del designante.
6. Médico: persona que ejerce la medicina, titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de la misma.

(Anexo 3)

SEGURO INTEGRAL DE ACCIDENTES**CONDICIONES GENERALES ESPECÍFICAS
INDEMNIZACION POR MUERTE ACCIDENTAL****Artículo 1: Riesgo Cubierto**

El Asegurador pagará la Suma Asegurada de esta cobertura especificada en las Condiciones Particulares, si el Asegurado fallece a consecuencia de un accidente cubierto dentro de los 180 días siguientes a la fecha del mismo.

Artículo 2: Hijos menores de 14 años

Cuando se trate de los Hijos menores de 14 años, que cumplan con los requisitos establecidos en el Artículo 6 de las Condiciones Generales, el Asegurador pagará la suma correspondiente a los gastos de sepelio en que se incurra, si el Asegurado fallece a consecuencia de un accidente cubierto dentro de los 180 días siguientes a la fecha del mismo. No podrá comercializarse para los hijos menores de 14 años más de una cobertura de muerte.

El reembolso de los gastos de sepelio en que se haya incurrido se realizará a quien acredite haber efectuado los mismos. Para ello, deberá presentar la factura correspondiente (original) que acredite los gastos incurridos.

Artículo 3: Terminación de la Cobertura

La Cobertura correspondiente a cada Asegurado Titular y Cónyuge terminará a fin del mes en que el Asegurado Titular o Cónyuge cumpla 75 años de edad, salvo que se establezca una edad distinta en Condiciones Particulares y/o Certificado Individual. En el caso de los Hijos asegurados, la Cobertura correspondiente terminará a fin del mes en que el Hijo asegurado cumpla 21 años de edad, o 25 en el caso de que sean solteros y estudiantes, o cuando contraigan matrimonio o cuando dejen de depender económicamente del Asegurado Titular. En el caso de que se hubiera cobrado prima por el período posterior a la fecha indicada, el Asegurador procederá a devolver al tomador o asegurado, según corresponda, la prima cobrada por el riesgo no corrido.

La cobertura terminará cuando se hubiera otorgado el beneficio por la Cláusula de Invalidez Total y Permanente.

Artículo 4: Carácter del beneficio

Si a consecuencia del mismo Accidente cubierto que causó la muerte se hubiesen pagado indemnizaciones por concepto de la Cobertura de Pérdidas Orgánicas o Invalidez Total y Parcial por Accidente correspondientes, éstas se deducirán de la indemnización que proceda por esta Cláusula.



CLÁUSULA DE INVALIDEZ TOTAL Y PARCIAL PERMANENTE POR ACCIDENTE

ANEXO I - RIESGO NO CUBIERTO

Esta póliza no cubre:

- 1.-Mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.
- 2.-Los tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis, o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.

(Anexo 12)

SEGURO INTEGRAL DE ACCIDENTES
**CONDICIONES GENERALES ESPECÍFICAS
INDEMNIZACION POR INVALIDEZ TOTAL Y PARCIAL PERMANENTE POR ACCIDENTE**
Artículo 1: Riesgo cubierto

Si a consecuencia de un Accidente Cubierto y dentro de los 180 días siguientes a la fecha del mismo, el Asegurado sufre un estado de invalidez permanente con prescindencia de su actividad o profesión, el Asegurador pagará una suma igual al porcentaje sobre la indemnización estipulada en las Condiciones Particulares, que corresponda de acuerdo con la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida y según lo indicado en la escala definida en el Artículo 2 de estas Condiciones.

Artículo 2: Escala de beneficios

El Asegurador, comprobado el accidente, abonará al Asegurado el porcentaje de la suma asegurada que establece la escala siguiente:

TOTAL

Estado absoluto e incurable de alineación mental, que no permita al asegurado ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida	100%
Fractura incurable de la columna vertebral que determine la invalidez total y permanente	100%

PARCIAL
a) CABEZA

Sordera total e incurable de los dos oídos	50%
Pérdida total de un ojo o reducción de la mitad de la visión binocular normal	40%
Sordera total e incurable de un oído	15%
Ablación de la mandíbula inferior	50%

b) MIEMBROS SUPERIORES

	Derecho	Izquierdo
Pérdida total de un brazo	65%	52%
Pérdida total de una mano	60%	48%
Fractura no consolidada de un brazo (pseudo artrosis total)	45%	36%
Anquilosis del hombro en posición no funcional	30%	24%
Anquilosis del hombro en posición funcional	25%	20%
Anquilosis del codo en posición no funcional	25%	20%
Anquilosis del codo en posición funcional	20%	16%
Anquilosis de la muñeca en posición no funcional	20%	16%
Anquilosis de la muñeca en posición funcional	15%	12%
Pérdida total del pulgar	18%	14%
Pérdida total del índice	14%	11%
Pérdida total del dedo medio	9%	7%
Pérdida total del anular o del meñique	8%	6%

c) MIEMBROS INFERIORES

Pérdida total de una pierna	55%
Pérdida total de un pie	40%
Fractura no consolidada de un muslo (pseudoartrosis total)	35%
Fractura no consolidada de una pierna (pseudoartrosis total)	30%
Fractura no consolidada de una rótula	30%
Fractura no consolidada de un pie (pseudoartrosis total)	20%
Anquilosis de la cadera en posición no funcional	40%
Anquilosis de la cadera en posición funcional	20%



POLIZA N°: 7388/2017

Anquilosis de la rodilla en posición no funcional	30%
Anquilosis de la rodilla en posición funcional	15%
Anquilosis del empeine (garganta del pie) en posición no funcional	15%
Anquilosis del empeine (garganta del pie) en posición funcional	8%
Acortamiento de un miembro inferior en por lo menos 5 cm.	15%
Acortamiento de un miembro inferior en por lo menos 3cm.	8%
Pérdida total del dedo gordo del pie	8%
Pérdida total de otro dedo del pie	4%

Por pérdida total se entiende aquella que tiene lugar por la amputación o por la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano o miembro lesionado.

La pérdida parcial de los miembros u órganos, será indemnizable en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional, pero si la validez deriva de la pseudoartrosis, la indemnización no podrá exceder el 70% de la que corresponde por la pérdida total del miembro u órgano afectado.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada solo si se ha producido por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponde por la pérdida del dedo entero si se trata del pulgar y a la tercera parte por cada falange si se trata de otros dedos. De las indemnizaciones que correspondan por la pérdida de una mano o de un pie, se deducirán las que se hubiesen abonado por la pérdida de dedos o falanges.

Por la pérdida de varios miembros u órganos, se sumarán los porcentajes correspondientes a cada miembro u órgano perdido sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada para la invalidez total y permanente.

En el caso de varias pérdidas en uno o más accidentes, el Asegurador abonará la indemnización que corresponda a la suma de los respectivos porcentajes, cuando esa suma sea de 80% o más, se pagará la indemnización máxima prevista, es decir el 100% de la suma asegurada.

En caso de constar en la solicitud que el Asegurado ha declarado ser zurdo, se invertirán los porcentajes de indemnización fijados por las pérdidas de los miembros superiores.

La indemnización por lesiones que sin estar comprendidas en la escala definida en esta cláusula, constituyan una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con la de los casos previstos y siempre independientemente de la profesión y ocupación del Asegurado.

Las invalideces derivadas de accidentes sucesivos ocurridos durante un mismo período anual de la vigencia de la Póliza y cubiertos por la misma serán tomadas en conjunto a fin de fijar el grado de invalidez a indemnizar por el último accidente.

Si las consecuencias de un accidente ya indemnizado se agravaran y, durante el transcurso de los doce meses siguientes a la fecha del accidente, ocasionaran otra u otras pérdidas, el Asegurador pagará cualquier diferencia que pudiera corresponder, sin excederse del máximo de la cobertura.

Artículo 3: Terminación de la Cobertura.

La cobertura correspondiente a cada Asegurado terminará a fin del mes en que el Asegurado cumpla 65 años de edad, salvo que se establezca una edad distinta en Condiciones Particulares y/o Certificado Individual. En el caso de que se hubiera cobrado prima por el período posterior a la fecha indicada, el Asegurador procederá a devolver al tomador o asegurado, según corresponda, la prima cobrada por el riesgo no corrido.

Artículo 4: Exclusiones específicas.

Esta póliza no cubre:

- 1.-Mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.
- 2.-Los tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis, o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.

Artículo 5: Carácter del beneficio

El Beneficio acordado por esta Cláusula es sustitutivo del Capital Asegurado que debiere liquidarse en caso de muerte del Asegurado, de modo que, si a consecuencia del mismo Accidente cubierto que causó la muerte se hubiesen pagado indemnizaciones por concepto de la Cobertura de Pérdidas Orgánicas o Invalidez correspondiente, éstas se deducirán de la indemnización que proceda por muerte.

(Anexo 20)

SEGURO INTEGRAL DE ACCIDENTES
CONDICIONES GENERALES ESPECÍFICAS
ASISTENCIA MÉDICO FARMACÉUTICA

Artículo 1: Riesgo Cubierto

Este seguro cubre hasta la suma prevista en las Condiciones Particulares, neta de deducibles que allí se mencionan, el reembolso de los gastos de asistencia médico farmacéutica en que haya incurrido el Asegurado, con motivo de todo accidente cubierto por la póliza.

El deducible es aplicable por cada evento cubierto en la póliza.

El Asegurador no tomará a su cargo los gastos por viajes y estadías para tratamientos termales o convalecencias ni por el suministro de lentes, aparatos ortopédicos y prótesis dentales.

Esta cobertura quedará automáticamente reestablecida para nuevos siniestros, obligándose el Asegurado al pago de la prima sobre el monto que se restablece, calculada a prorrata desde la fecha del siniestro que originó la reducción de la suma asegurada.

Por tratarse de un seguro de daños, si se asegura el mismo interés y el mismo riesgo con más de un Asegurador, el Asegurado notificará sin dilación a cada uno de ellos los demás contratos celebrados, con indicación del Asegurador y de la suma asegurada, bajo pena de caducidad. Con esta salvedad, en caso de siniestro, el Asegurador contribuirá proporcionalmente al monto de su contrato, hasta la concurrencia de la indemnización debida.

El Asegurado no puede pretender en el conjunto, una indemnización que supere el monto del daño sufrida.

Artículo 2: Indemnizaciones

El reembolso de los gastos de asistencia médico farmacéutica en que haya incurrido el Asegurado, con motivo de todo accidente cubierto por la póliza y hasta la suma prevista en las Condiciones Particulares, se realizará a quién acredite haber efectuado los mismos. Para ello, deberá presentar la factura correspondiente (original) que acredite los gastos incurridos.

Artículo 3: Coordinación de Beneficios

En caso que exista otra cobertura médica de cualquier tipo (Obra Social Sindical, Privada, Sistemas de Medicina Prepaga, etc.) que provea beneficios cubiertos en esta Cláusula, todos los reclamos deben ser hechos en primera instancia contra aquella cobertura y después que ellos hayan sido agotados, comenzarán a regir los beneficios que acuerda la presente Cláusula. En estos casos no se aplicarán deducibles.

Artículo 4: Carácter del Beneficio.

Este beneficio es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la póliza. En caso que un mismo evento genere otras indemnizaciones previstas en la póliza, la Compañía no hará deducción alguna, por esta Cláusula, de las sumas aseguradas al pagarse cualquiera de los otros beneficios.

Artículo 5: Terminación de la Cobertura

La cobertura correspondiente a cada asegurado terminará a fin del mes en que el Asegurado cumpla 65 años de edad, salvo que se establezca una edad distinta en Condiciones Particulares y/o Certificado Individual. En el caso de que se hubiera cobrado prima por el período posterior a la fecha indicada, el Asegurador procederá a devolver al tomador o asegurado, según corresponda, la prima cobrada por el riesgo no corrido.

(Anexo 22)

SEGURO INTEGRAL DE ACCIDENTES
CONDICIONES GENERALES ESPECÍFICAS
ENDOSO DE COBERTURA DE ACCIDENTES EN DÍA, HORARIO
Y LUGAR DE TRABAJO E IN ITINERE

El Asegurador limita el pago de las indemnizaciones previstas en la presente póliza únicamente a aquellos accidentes que ocurran al Asegurado en día, horario y lugar de trabajo, y en ocasión del mismo ó en el trayecto habitual desde su hogar hasta el establecimiento donde desarrolla sus tareas y viceversa.

Queda excluido todo accidente que ocurra fuera de la limitación espacial y temporal mencionada en los párrafos anteriores, o fuera del trayecto habitual desde el hogar del asegurado hasta el lugar donde desarrolla sus tareas y viceversa, como así también todo accidente que ocurra al Asegurado por el uso de motocicletas, motonetas, triciclos motorizados, bicicletas motorizadas o ciclomotores o similares en el trayecto habitual desde su hogar hasta el establecimiento donde desarrolla sus tareas laborales y viceversa.

A los efectos de este endoso revisten carácter de Asegurables todas las personas que presten un servicio laboral activo al Tomador de la póliza, en forma dependiente o independiente. En los casos en que la relación laboral del tomador / asegurado, sea la de empleador/empleo, los beneficios previstos en esta póliza son independientes de las coberturas emanadas de leyes que rigen la relación empleado/empleador.

(Anexo 29)

SEGURO INTEGRAL DE ACCIDENTES**CLAUSULA DE COBRANZA DEL PREMIO****Artículo 1:**

El/los premio/s (anual, mensual, bimestral, trimestral, cuatrimestral o semestral, según se indique en las Condiciones Particulares), de este seguro, debe/n pagarse al contado en la fecha de iniciación de la vigencia de cada período de facturación o, si el Asegurador lo aceptase, en cuotas mensuales iguales y consecutivas (expresadas en pesos, o moneda extranjera establecidas en las Condiciones Particulares, en las que constarán asimismo el plazo de pago de las cuotas).

El componente financiero se calculará de acuerdo a lo dispuesto en el Artículo 4° de la Resolución General N° 21.523 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.

El comienzo de la vigencia de las Pólizas o contratos de seguros quedará condicionado al pago parcial o total del premio.

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.

En el caso que la prima no se pague contra entrega de la presente póliza, su pago queda sujeto a las condiciones y efectos establecidos en esta Cláusula.

En el caso de que el pago del premio se convenga en cuotas, la primera de ellas deberá contener además, el total del Impuesto al valor Agregado correspondiente al contrato, conforme lo dispuesto por el punto 5 del inciso b) del Artículo 5° de la Ley de Impuesto al Valor Agregado.

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

Artículo 2: Plazo de gracia

Vencido cualquiera de los plazos de pago del premio exigible sin que este se haya producido, la Compañía concederá un plazo de gracia de un mes (no inferior a treinta días) para el pago, sin recargo de intereses de todas las primas, plazo durante el cual esta póliza continúa en vigor.

Para el pago de la primera prima o fracción de prima, el plazo de gracia se contará desde la vigencia de esta Póliza. Para el pago de las primas o fracciones de primas siguientes, dicho plazo de gracia correrá a partir de las cero (0) hora del día del vencimiento establecido en las Condiciones Particulares.

Si durante el Plazo de Gracia se produjera un siniestro amparado por esta Póliza, se deducirá de la suma a abonarse la prima o fracción de prima impaga vencida.

Artículo 3: Falta de pago de las Primas

Si cualquier prima no fuese pagada dentro del plazo de gracia, esta Póliza quedará suspendida automáticamente sin necesidad de interpelación extrajudicial o judicial alguna, la que se producirá por el solo vencimiento de ese plazo. El plazo de suspensión se podrá extender por el término de 3 (tres) meses, al fin del cual la cobertura quedará rescindida, salvo que se produzca la rehabilitación según lo dispuesto en el Artículo 4 de Rehabilitación.

La entidad no responderá por un siniestro ocurrido durante el plazo de suspensión.

Artículo 4: Rehabilitación

No obstante lo dispuesto en el Artículo 2 de la presente Cláusula, el Tomador podrá dentro de los 3 (tres) meses siguientes al último día del plazo de gracia señalado en el mencionado artículo, pagar la prima adeudada de este seguro o una parte de ella si se ha pactado su Pago Fraccionado; en este caso, por el solo hecho del pago mencionado los efectos de este seguro se rehabilitarán a partir de las cero horas del día siguiente a la fecha de pago del importe vencido.

El Asegurado podrá obtener su rehabilitación siempre que abone las primas impagas vencidas hasta la fecha de la rehabilitación, con los intereses que fije el Asegurador y con los gastos administrativos que se originen.

Al producirse la rehabilitación el Asegurado renuncia a todo tipo de reclamo que pudiera corresponder por eventuales siniestros ocurridos desde la fecha de vencimiento del plazo de gracia para el pago de la prima impaga y hasta las cero horas del día siguiente de efectuado el pago.

La gestión de cobro extrajudicial o judicial del premio o saldo adeudado no modificará la suspensión de la cobertura o rescisión del contrato estipulada fehacientemente.

No entrará en vigencia la cobertura en ningún periodo en tanto no esté totalmente cancelado el premio anterior.

Una vez vencido el plazo que acuerda este Artículo, y no habiéndose efectuado el pago de la Prima debida, la Póliza quedará rescindida automáticamente, pudiendo el Asegurador reclamar judicialmente las primas impagas aunque la cobertura haya estado suspendida.



Artículo 5:

El plazo de pago no podrá exceder el plazo de la facturación, disminuido en 30 (treinta) días.

Artículo 6:

Las disposiciones de la presente cláusula son también aplicables a los premios de los seguros de períodos menores de 1 (un) año y a los adicionales por endosos o suplementos de la póliza.

Artículo 7:

En todos los casos, el/ los premio/s deberán ser pagados por adelantado por el Tomador en las oficinas del Asegurador, en sus agencias oficiales, en los bancos habilitados o en el domicilio de corresponsales debidamente autorizados por él o a través de cualquier herramienta de pago mediante débito automático que se hubiera convenido.

(Anexo 30)

SEGURO INTEGRAL DE ACCIDENTES**CLAUSULA DE INTERPRETACION**

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

I-**Artículo 1: Hechos de guerra internacional**

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

Artículo 2: Hechos de guerra civil

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

Artículo 3: Hechos de rebelión

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

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

Artículo 4: Hechos de sedición o motín

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

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

Artículo 5: Hechos de tumulto popular

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

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

Artículo 6: Hechos de vandalismo

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

Artículo 7: Hechos de guerrilla

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

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

Artículo 8: Hechos de terrorismo

Se entiende por tales los hechos dañosos originados en el accionar de una organización siquiera rudimentaria que, mediante la violencia en las personas o en las cosas, provoca alarma, atemoriza o intimida a las autoridades constituidas o a la población o a sectores de esta o a determinadas actividades.

No se consideran hechos de terrorismo aquellos aislados o esporádicos de simple malevolencia que no denota algún rudimento de organización.



Artículo 9: Hechos de Huelga

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

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

Artículo 10: Hechos de lock-out

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

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

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

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



(Anexo 37)

SEGURO INTEGRAL DE ACCIDENTES PERSONALES CLÁUSULA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONFORME ARTÍCULO 120 LEY DE SEGUROS

El contratante declara que la prima está íntegramente a su cargo.

Tratándose de un seguro colectivo de personas contratado en los términos del artículo 120 de la Ley de Seguros (N° 17.418), se conviene que el mismo cubre, en primer lugar, la eventual responsabilidad civil de los contratantes respecto de los integrantes del grupo asegurado y que el saldo de la suma asegurada, si lo hubiere, corresponderá al asegurado o a los beneficiarios designados, en caso del fallecimiento de éste.

En consecuencia, ocurrido el siniestro, serán de aplicación los artículos 109, 112, 113, 114, 115, 116, 118 –primer párrafo- y 119 de la ley 17.418, salvo que, previamente citados por el asegurador, el asegurado o sus herederos -si éste hubiese fallecido- manifiesten expresamente y por escrito, que nada deben reclamar a los contratantes por ningún concepto derivado de su responsabilidad emergente de los artículos 1107 a 1136 del Código Civil.

En este último supuesto se procederá al pago de la suma asegurada –en la proporción del daño sufrido- al propio asegurado o a los beneficiarios designados, si éste hubiese fallecido, en el plazo del artículo 49, 2° párrafo de la Ley N° 17.418.

En ausencia de tal declaración o si hubiere reclamo de responsabilidad civil y no se pudiera celebrar una transacción válida en forma extrajudicial, el asegurador se liberará consignando la suma asegurada, manifestando que la misma deberá cubrir, en primer lugar la eventual responsabilidad civil del o los contratantes e indicando quiénes son los beneficiarios del seguro con derecho a cobro del remanente de dicha suma asegurada, una vez abonados los reclamos por responsabilidad civil y las costas del juicio que se declaren a cargo del/ de los contratantes.

(Anexo 39)

ANEXO A COND. PARTICULARES Y A CERTIF. DE INCORPORACIÓN AL SEG. INT. DE ACCIDENTES.

SEGURO INTEGRAL DE ACCIDENTES PERSONALES

Cláusula de No Repetición.

No procediendo la subrogación en el seguro de personas, conforme a lo establecido en el Art. 80 de la Ley de Seguros N° 17.418, el Asegurador se obliga a efectuar las prestaciones comprometidas en esta póliza, cuando así corresponda, y no podrá repetir, en ningún caso, lo que hubiera abonado.