

CONDICIONES GENERALES

Artículo 1°. Riesgos Cubiertos

La Aseguradora se compromete al pago de los beneficios estipulados en las cláusulas Anexas que forman parte de estas condiciones, en ocasión de que la persona designada en la misma como Asegurado sufra, durante la vigencia del seguro, alguna de las contingencias previstas en dichas cláusulas.

Artículo 2°. Definiciones

Contratante: Es la persona que contrata la póliza y es indicada como tal en las Condiciones Particulares.

Accidente: se refiere a toda lesión corporal que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta sufrida por el Asegurado independientemente de su voluntad, producida por la acción repentina y violenta de o con un agente externo, y siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de los 180 días a contar de la fecha del mismo.

Asegurado: Es la persona cubierta por la póliza y es indicada como tal en las Condiciones Particulares.

Compañía o Aseguradora: Se refiere a Sancor Cooperativa de Seguros Limitada

Fecha inicial de vigencia: Es la hora cero del día indicado en las Condiciones Particulares para el comienzo de la cobertura prevista en la póliza.

Fecha de emisión: Es la fecha en la cual la póliza es emitida y se encuentra indicada en las Condiciones Particulares.

Edad para el seguro: Es la edad al cumpleaños más cercano a la fecha de inicio de vigencia de la póliza.

Indemnización: Es la contraprestación a cargo de la Aseguradora, según las condiciones y los capitales especificados en las Condiciones Particulares, en caso de producirse el siniestro.

Condición preexistente: Significa una condición del Asegurado que implica padecer una enfermedad cardíaca o cardiovascular diagnosticada o conocida, encontrándose sujeta a un proceso de estudio de diagnóstico; o estar o haber estado en tratamiento por enfermedades cardíacas o cardiovasculares, cualquiera sea su naturaleza, a la fecha de contratación de la póliza.

Artículo 3°. Período de carencia

Se define el concepto de carencia como el período de tiempo, contado desde la fecha inicial de vigencia del seguro o desde la última rehabilitación, durante el cual el Asegurado no posee cobertura, pero sí la obligación de abonar primas.

El Período de Carencia se establece en las Condiciones Particulares correspondientes. El mismo no será de aplicación para los siniestros ocurridos como consecuencia de un accidente.

Artículo 4°. Vigencia

La vigencia de esta póliza es mensual, prorrogable automáticamente en iguales condiciones contractuales y tarifarias por otros once períodos mensuales, a condición de que se encuentre pago el premio del período anterior.

Cumplida la anualidad, el contrato será renovado automáticamente en los términos precedentes.

El Asegurado y la Aseguradora tienen derecho a no renovar la póliza a su correspondiente vencimiento anual, comunicando esta voluntad por escrito a la otra parte con una antelación no menor a 30 (treinta) días.

Artículo 5°. Declaraciones del asegurado

Esta póliza se emite según la declaración del Contratante y/o del Asegurado consignada en la respectiva solicitud, en el cuestionario relativo a la salud y en el informe del médico examinador (cuando lo hubiere), los cuales son la causa determinante del contrato. Dichas declaraciones se entienden dadas y certificadas como verdaderas y completas por el Contratante y/o el Asegurado mediante su firma puesta al pie de los mencionados documentos, aún cuando estos no hubieran sido escritos por el mismo.

Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias o información conocidas por el Contratante y/o el Asegurado, aún hecha de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones si la Aseguradora hubiese sido cerciorada del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato.

La Aseguradora podrá invocar como reticencia o falsa declaración la omisión de hechos o circunstancias cuya pregunta conste expresa y claramente en la solicitud o en la declaración de salud para el presente seguro. La Aseguradora debe impugnar el contrato dentro de los 3 (tres) meses de haber conocido la reticencia o falsedad.

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

Si la reticencia fuese dolosa o de mala fe, la Aseguradora tiene derecho a la 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, la Aseguradora no adeuda prestación alguna.

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

La Aseguradora renuncia expresamente a invocar cualquier reticencia –excepción hecha si fuese dolosa- como motivo de nulidad derivada de las declaraciones del Contratante y/o el Asegurado después de tres años de vigencia inicial del primer contrato suscripto con la Aseguradora. Si la póliza hubiere sido rehabilitada, el plazo de incontestabilidad de tres años se computará a partir de la fecha de la última rehabilitación.

Artículo 6°. Primas

La prima, la cual deberá ser pagada por adelantado, es debida por el Tomador o Asegurado Titular 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.

Las primas individuales podrán ser ajustadas en cada aniversario de la póliza por la Compañía, previa autorización del organismo de contralor. La Compañía comunicará por escrito al Tomador las nuevas primas individuales con una anticipación no inferior a treinta (30) días contados a partir de la fecha en que comiencen a regir las mismas.

Artículo 7°. Plazo de gracia para el pago de las primas

La Aseguradora concede un plazo de gracia de 30 (treinta) días para el pago de la prima, sin recargo de intereses. Durante el plazo de gracia esta póliza mantendrá su vigencia. Vencido dicho

plazo sin verificarse su pago, caducará inmediatamente la vigencia de la póliza y los derechos del Asegurado por haberse producido su mora de pleno derecho y sin necesidad de interpelación, intimación o notificación previa.

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

Artículo 8°. Moneda del contrato

Los pagos a cargo del Contratante y/o Asegurado, en su caso, deberán realizarse en moneda de curso legal en la República Argentina. Por su parte, la Aseguradora deberá cumplir los compromisos derivados de la presente póliza también en dicha moneda.

Artículo 9°. Aviso de siniestro

El Asegurado, o la persona a quien éste autorice, deberá dar aviso por escrito a la Aseguradora de la ocurrencia del siniestro dentro de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha de producido el evento cubierto.

Asimismo, el Asegurado o su autorizado, según corresponda, deberá proporcionar a la Aseguradora, dentro de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha de notificación del siniestro a la Aseguradora, todos los antecedentes médicos y exámenes que obren en su poder; autorizar a la Aseguradora a requerir de sus médicos tratantes todos los antecedentes que ellos posean y dar las facilidades y someterse a los exámenes que la Aseguradora solicite a los efectos de determinar y verificar la procedencia del beneficio. El costo de éstos estará a cargo de la Aseguradora.

El no cumplimiento en los términos indicados de las obligaciones establecidas en este punto, hará perder el derecho al beneficio estipulado en las presentes Condiciones Generales, salvo en caso de impedimento o fuerza mayor. En este último caso, el plazo de presentación se extenderá por el tiempo que dure el impedimento.

Artículo 10°. Relevó secreto médico

El Asegurado se obliga a relevar del secreto médico a todos los profesionales o instituciones hospitalarias que lo atienden o hubiesen atendido. La Compañía queda facultada a solicitar al Asegurado, y este se obliga a proporcionar, toda información médica adicional que esta necesite con relación a la suscripción del riesgo o a la indemnización a abonar.

Artículo 11°. Valuación por peritos

Si no hubiese acuerdo entre las partes por las consecuencias indemnizables provenientes de los riesgos cubiertos por esta póliza, las mismas serán determinadas por los médicos designados uno por cada parte, quienes deberán elegir dentro de los 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 30 días; y en caso de divergencia, el tercero deberá expedirse dentro de los 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 fuera electo en el plazo establecido en el apartado anterior, la parte más diligente procederá a la designación del otro médico.

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

Artículo 12°. Plazo de prueba – cumplimiento de la prestación de la aseguradora

La Aseguradora, dentro de los 30 (treinta) días siguientes a la recepción de toda la documentación e información exigida al Asegurado conforme lo establecido en el segundo párrafo del punto 9° anterior, deberá hacer saber al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio.

La no contestación por parte de la Aseguradora dentro del plazo establecido, significará automáticamente el reconocimiento del beneficio reclamado.

En caso de corresponder el pago, en representación del Asegurado, podrá percibir el importe citado la persona que haya sido autorizada a tal fin por el mismo en su solicitud.

En caso de fallecimiento del Asegurado, la indemnización prevista en esta póliza será abonada a los herederos legales del mismo.

Artículo 13°. Exclusiones

La Compañía no abonará el beneficio cuando el hecho susceptible de cobertura se produjera por algunas de las siguientes causas:

- a) Tentativa de suicidio voluntario del Asegurado;
- b) Por duelo o riña, salvo que se tratase de legítima defensa; empresa o acto criminal;
- c) Acto o hecho de guerra civil o internacional, guerrilla, rebelión, sedición, motín, asonada, revolución, golpe de estado, terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo;
- d) Abuso del alcohol, drogas, estupefacientes, narcóticos o estimulantes;
- e) Someterse a intervenciones médicas o quirúrgicas ilícitas, tratamientos no autorizados legalmente, o de carácter experimental, o realizado en instituciones o por personal no habilitado legalmente teniendo conocimiento de tal circunstancia;
- f) Por la práctica o el uso de la navegación aérea, salvo como pasajero en líneas regulares, o por otras ascensiones aéreas, aladeltismo, parapente o bungee jumping;
- g) Por la participación en viajes o excursiones a zonas o regiones inexploradas, prácticas deportivas submarinas, acuáticas o subacuáticas o escalamiento de montaña;
- h) Competir en pruebas de pericia y/o velocidad con vehículos mecánicos o de tracción a sangre o en justas hípicas, o cualquier otra prueba análoga;
- i) Intervenir en pruebas de prototipos de aviones, automóviles y otros vehículos de propulsión mecánica;
- j) Acontecimientos catastróficos originados por reacciones o accidentes nucleares, químicos biológicos, bacteriológicos y/o fenómenos naturales, epidemias o pestes;
- k) Acontecimientos catastróficos, entendiéndose por tales terremoto, inundación, aluviones, maremotos, erupciones volcánicas y huracanes;
- l) Actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por ninguna necesidad profesional, salvo en caso de tentativa de salvamento de vidas o bienes. No obstante quedan cubiertos los actos realizados para precaver el siniestro o atenuar sus consecuencias o por un deber de humanidad generalmente aceptado (Artículos 52 y 70 de la Ley de Seguros Nro. 17.418).
- m) Lesiones causadas por el uso de rayos "X" o similares o de cualquier elemento radioactivo;
- n) Como consecuencia de mutilaciones o heridas autoinflingidas por el Asegurado, o mutilaciones voluntarias, aún las cometidas en estado de insania o enajenación mental;
- o) De tratamientos o dolencias relacionados con la esterilización masculina o femenina, cambio de sexo o mal funcionamiento sexual o esterilidad.

Artículo 14°. Termino del contrato

Esta póliza quedará rescindida por las siguientes causas:

- a. Por la renuncia a continuar con el seguro;
- b. En la fecha de la muerte del Asegurado;
- c. Por la comprobación de errores, simulaciones o fraudes referentes a un Asegurado o relacionada con sus reclamos;
- d. Por rescisión o caducidad de la póliza;
- e. Pago por parte de la Aseguradora del capital asegurado previsto en las Condiciones Particulares como consecuencia de la ocurrencia de un siniestro cubierto por esta póliza.
- f. Cuando el Asegurado alcance la edad máxima de cobertura prevista en las Condiciones Particulares.
- g. Si al vencimiento del plazo de gracia no hubiere sido pagada la prima vencida. En estos casos, sin necesidad de aviso, notificación o requerimiento alguno, la Aseguradora quedará libre de toda obligación y responsabilidad derivada de este contrato de seguro.

Artículo 15°. Rehabilitación de la póliza

En caso de término del contrato en virtud del punto 13° anterior, inciso c., el Contratante podrá solicitar su rehabilitación. Para resolver esta petición, la Aseguradora podrá exigir al Asegurado que acredite, a satisfacción de la Aseguradora, que reúne las condiciones de salud necesarias para ser readmitido como tal.

El período de carencia y el plazo de incontestabilidad reiniciarán automáticamente a partir de la fecha de rehabilitación.

Artículo 16°. Pluralidad de seguros

El Asegurado deberá notificar sin dilación a la Compañía los seguros de Salud que tenga contratados con otras Aseguradoras. La Compañía podrá aceptar o rechazar la nueva cobertura.

En caso de trasgresión, se considerará válido únicamente el seguro vigente de mayor suma y se devolverán en caso de corresponder, las primas cobradas de cualquier otro seguro por el período de coberturas superpuestas.

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

Artículo 17°. 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 18°. Duplicado de póliza y de certificados - Copias

En caso de robo, pérdida o destrucción de la póliza, el Tomador o el Asegurado, podrán obtener su sustitución por un duplicado. Las modificaciones o suplementos que se incluyan en el duplicado, a pedido del Tomador o del Asegurado, según el caso, serán los únicos válidos.

El Tomador o el Asegurado tienen derecho a que se les entregue copia de sus declaraciones efectuadas con motivo de este contrato y copia no negociable de la póliza.

Artículo 19°. Cesiones

Cualquier cesión de derechos, gravamen, caución o garantía que tenga por base este contrato, deberá notificarse fehacientemente por escrito a La Aseguradora la que lo hará constar en la misma póliza por medio de un endoso. Sin estos requisitos, los convenios realizados por el Asegurado con terceros, no tendrán ningún valor para la compañía.

Artículo 20°. Computo de los plazos

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

Artículo 21°. Impuestos, tasas y contribuciones

Los impuestos, tasas y contribuciones de cualquier índole y jurisdicción que se crearen en lo sucesivo o los aumentos eventuales de los existentes, estarán a cargo del Contratante y/o del Asegurado, según el caso, salvo cuando la ley los declare expresamente a cargo de la Aseguradora.

Artículo 22°. Domicilio

Para los efectos del presente contrato, las partes señalan como domicilio el que se menciona en las Condiciones Particulares de esta póliza.

Artículo 23°. 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.

CONDICIONES ESPECÍFICAS – SEGURO COLECTIVO

En caso de contratación colectiva, regirán las siguientes disposiciones, las cuales prevalecerán por sobre lo previsto en las condiciones generales de la póliza:

Artículo 1°. Asegurado

Se considera asegurado al integrante del grupo asegurado indicado en las Condiciones Particulares (empleados de un mismo empleador, asociados a asociaciones profesionales, mutuales, gremiales, empresarias, obreras, etc., asociados a planes de salud, etc.) a cuyo nombre se emite el Certificado Individual.

Podrá asegurarse cualquier grupo siempre que el mismo se encuentre unido entre sí por un interés anterior y distinto al de la contratación del seguro y que se verifique además la existencia de interés asegurable.

Artículo 2°. Plazo para solicitar la incorporación al seguro

Todo asegurable que desee incorporarse a una póliza, deberá solicitarlo por escrito, a través de la solicitud individual que para tales efectos proveerá la Compañía, dentro de los treinta (30) días

contados desde la fecha en que fuera asegurable. Una vez aprobada la solicitud por la Compañía, entrará en vigor según lo establecido en el punto 3. de estas condiciones específicas.

Los asegurables que soliciten su incorporación a esta póliza, fuera del término indicado, como asimismo los que vuelvan a solicitar su cobertura individual después de haberlo rescindido, deberán previamente cumplimentar las pruebas médicas y/o los requisitos de asegurabilidad que determine la Compañía y pagar los gastos que se originen para obtenerlas, a fin de que ésta considere su solicitud.

Artículo 3°. Fecha de entrada en vigor de la cobertura de cada integrante del grupo

La cobertura de las personas cuya incorporación a esta póliza se hubiere solicitado con anterioridad a la cero (0) hora del día acordado para el comienzo de su vigencia y su respectiva propuesta también hubiera sido expresamente aceptada por el Asegurador con anterioridad a dicho momento, comenzará a regir desde dicha hora y fecha de vigencia. Si la solicitud o aceptación de la respectiva propuesta fuere posterior, la cobertura comenzará desde la cero (0) hora del día 1° del mes siguiente a la fecha de aceptación, previo cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad.

Artículo 4°. Cantidad mínima de asegurados

Es requisito primordial para que este seguro pueda mantenerse en vigencia, que la cantidad de Asegurados permanezca sobre el mínimo en las Condiciones Particulares.

Si en un determinado momento no se reuniera el mínimo antes mencionado, el Asegurador se reserva el derecho de modificar la tarifa de primas. En tal caso, el Asegurador notificará su decisión por escrito al Contratante con una anticipación mínima de treinta (30) días. Dentro de los quince (15) días de recibida dicha notificación, el Tomador deberá comunicar al Asegurador su eventual disconformidad, caducando en tal caso la vigencia de la póliza, la que se considerará rescindida por falta de acuerdo de partes. En este caso, se reembolsará la fracción de prima no consumida al momento de la rescisión. La modificación se considerará aprobada si dentro de los quince (15) días de notificado el Tomador, no manifestare disconformidad o guardare silencio.

Artículo 5°. Certificados individuales

El Asegurador proporcionará a cada Asegurado, por intermedio del Contratante, un Certificado Individual en el que se establecen los derechos y obligaciones de las partes, así como también los beneficios que otorga la presente póliza y la fecha de entrada en vigor del correspondiente Certificado Individual.

Artículo 6°. Terminación de la cobertura de cada integrante del grupo

La Cobertura de cada Asegurado terminará en los siguientes supuestos:

- a) El pago por parte de la Aseguradora del capital asegurado previsto en las Certificado Individual como consecuencia de la ocurrencia de un siniestro cubierto.
- b) Cuando el Asegurado alcance la edad máxima de cobertura prevista en Condiciones Particulares y en Certificado Individual.
- c) Cuando el Asegurado deje de pertenecer al grupo regido por el Contratante
- d) Cuando el Asegurado manifieste su renuncia a continuar con la cobertura
- e) Por comprobación de errores, simulación o fraudes referentes a un Asegurado o relacionado con sus reclamos de beneficio

f) Si al vencimiento del plazo de gracia no ha sido pagada la prima vencida, sin necesidad de aviso, notificación o requerimiento alguno, quedando la Aseguradora libre de toda obligación y responsabilidad derivada de este contrato de seguro.

ANEXO 9

CLAUSULA DE COBRANZA DEL PREMIO

I) Para vigencias mensuales.

Artículo 1°.

El premio de esta póliza de vigencia mensual deberá pagarse al contado o por débito automático mediante tarjeta de crédito, caja de ahorros o cuenta corriente bancaria en la fecha de iniciación de su vigencia, previa suscripción de la autorización correspondiente incluida en la solicitud del seguro.

La vigencia cuya fecha de inicio se expresa en las Condiciones Particulares de la presente póliza, sólo comenzará a regir si el pago total del premio se realiza con anterioridad a la misma. De no ocurrir así, la cobertura quedará automáticamente suspendida.

La respectiva factura deberá consignar la condición del asegurado frente al Impuesto al Valor Agregado y la alícuota que le corresponda como contribuyente a dicho gravamen.

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

La vigencia de la póliza se prorrogará automáticamente por once (11) períodos mensuales, siendo renovada al final del último de ellos en forma automática, asignándose un nuevo número de póliza, en iguales condiciones y previa recepción del pago del premio en la forma indicada en los dos primeros párrafos del presente artículo.

Cuando se trate de operaciones canalizadas a través de tarjetas de crédito:

- a) La fecha de pago será la del vencimiento de la liquidación de la respectiva tarjeta de crédito.
- b) En caso que el asegurado decida rescindir el contrato, deberá informar tal decisión a la aseguradora antes del día 15 del mes anterior al que corresponda efectuar el pago.

II) Para otras vigencias.

Artículo 1°

El premio de este seguro debe pagarse al contado en la fecha de iniciación de su vigencia.

Si el asegurador lo aceptase, podrá abonarse en cuotas mensuales y consecutivas, contemplando la primera de ellas el total del Impuesto al Valor Agregado. La respectiva factura deberá consignar la condición del asegurado y la alícuota que le corresponda como contribuyente a dicho gravamen.

En tales casos, se aplicará un cargo por financiamiento en las cuotas sobre saldos, conforme lo contemplado en el punto 26.1.6. del Reglamento General de la Actividad Aseguradora. La aceptación de la cobertura y su inicio de vigencia, quedan condicionados a la recepción de la respectiva solicitud del seguro y del pago de un importe equivalente al veinticinco (25%) premio, como mínimo.

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

Aplicable a los puntos I) y II).

Artículo 2º .

Vencido el plazo exigible para el pago del premio, sin que éste se haya efectivizado, la cobertura quedará automáticamente suspendida desde la hora veinticuatro (24) del día del vencimiento impago, sin necesidad de interpelación extrajudicial o judicial alguna, ni constitución en mora, la que se producirá por el mero vencimiento de tal plazo. Sin perjuicio de ello, el premio correspondiente al período en que la cobertura estuviera suspendida deberá abonarse con carácter de penalidad a favor del asegurador.

La rehabilitación de la cobertura surtirá efecto desde la hora cero (0) del día siguiente a aquel en que la aseguradora reciba efectivamente el pago del importe impago y vencido.

El asegurador podrá rescindir el contrato por falta de pago. Si así lo hiciera quedará a su favor, con carácter de penalidad, el importe del premio correspondiente al período transcurrido desde el inicio de la cobertura hasta el momento de la rescisión, calculado conforme lo estipulado en las condiciones de póliza sobre rescisión por causa imputable al asegurado.

La gestión del cobro extrajudicial o judicial del premio o saldos adeudados, no modificará la suspensión de la cobertura o la rescisión del contrato.

Artículo 3º.

El plazo para el pago de la póliza no podrá exceder al de su vigencia.

Artículo 4º.

Las disposiciones de la presente cláusula son también aplicables a los adicionales por endosos o suplementos de la póliza.

Artículo 5º.

Los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contrato de seguros son los siguientes:

- a) Entidades especializadas en cobranzas, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos, habilitadas por la Superintendencia de Seguros de la Nación.
- b) Entidades financieras sometidas al régimen de la Ley N° 21.526
- c) Tarjetas de crédito, débito o compra emitidas en el marco de la Ley N° 25.065.
- d) Medios electrónicos de cobro habilitados previamente por la Superintendencia de Seguros de la Nación 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 o cheque no a la orden librado por el asegurado o tomador a favor de la entidad aseguradora.

Cuando la percepción de premios se materialice a través del Sistema de Cálculo de las Obligaciones de la Seguridad Social (SICOSS) se considerará cumplida la obligación establecida en el presente artículo.

CLÁUSULA "A"

CLÁUSULA ANEXA INFARTO DE MIOCARDIO

Artículo 1º. Riesgo cubierto

La Aseguradora concederá el beneficio correspondiente a esta cláusula cuando el Asegurado haya sufrido por primera vez un Infarto de Miocardio, conforme a la descripción que seguidamente se indica:

Infarto del miocardio: Muerte del miocardio como consecuencia de una inadecuada irrigación sanguínea. El diagnóstico deberá ser fehaciente y a efectos de esta cláusula deberá existir:

- Historia clínica que revele sintomatología de isquemia miocárdica;
- Electrocardiograma concordante a la historia clínica en tiempo y forma, revelador de los cambios producidos;
- Análisis enzimáticos correlativos y concordantes con los eventos observados por los distintos estudios (electrocardiogramas, radiocardiogramas, ecocardiogramas, etc.) e historia clínica.

En todos los casos se abonará la indemnización ante las pruebas pertinentes de los daños producidos con un mínimo de seis semanas posteriores al hecho, siempre y cuando el Asegurado se encuentre con vida.

No se cubrirá el Infarto de Miocardio que se produzca con anterioridad al inicio de vigencia de la póliza ni sus consecuencias aunque las mismas se manifiesten con posterioridad.

Artículo 2º. Beneficio

La Aseguradora, comprobado el Infarto de Miocardio descrito en el punto 1º "Riesgo Cubierto", abonará al Asegurado la suma asegurada establecida en las Condiciones Particulares.

Artículo 3º. Comprobación de la enfermedad

Corresponde al Asegurado:

- Denunciar la enfermedad en el formulario de la Aseguradora dentro de los treinta días de realizado el diagnóstico de la enfermedad cubierta.
- Presentar todas las evidencias y comprobantes médicos que certifiquen su enfermedad (clínicas, radiológicas, de laboratorio, u otras).
- Facilitar la comprobación por parte de la Aseguradora, relevando a los facultativos del secreto profesional, a esos fines, incluyendo un examen por médicos de la Aseguradora si así lo dispusiera.

Artículo 4º. Efectos de exclusión sobre otras coberturas

El Beneficio previsto en esta cláusula es excluyente de los demás beneficios establecidos en la presente póliza, de manera que ante el pago de un siniestro, ya sea por esta cláusula u otra, se cancelará automáticamente la cobertura a partir de ese momento.

Artículo 5º. Riesgos no cubiertos

Adicionalmente a las Exclusiones ya previstas en las Condiciones Generales, la Aseguradora no abonará los beneficios de esta cláusula cuando el siniestro se produzca como consecuencia de:

- a) Someterse a intervenciones quirúrgicas ilícitas;
- b) Utilización de medicamentos no aprobados por el Ministerio de Salud y Acción Social o autoridad competente;
- c) Someterse a tratamiento en establecimientos asistenciales no habilitados para funcionar por el Organismo de Control Sanitario correspondiente, Municipal, Provincial o Nacional y autorizado por éste, a dar asistencia y tratamiento clínico de enfermedades padecidas por el Asegurado.
- d) Infartos Silenciosos hallados por Electrocardiogramas.

Artículo 6º. Determinación de la cobertura

Esta Cláusula Anexa A queda sometida a las condiciones generales del seguro de salud y estipulaciones de la póliza en cuanto no sean modificadas o derogadas expresamente por misma.

CLÁUSULA "B"

CLÁUSULA ANEXA OPERACIONES CENTRALES DEL CORAZÓN

Artículo 1°. Riesgo Cubierto

La Aseguradora concederá el beneficio que acuerda esta Cláusula cuando el Asegurado acredite haber sido sometido a alguna de las intervenciones quirúrgicas contempladas en el Listado de Beneficios Modulados que en Anexo "BM" forma parte integrante de la presente, y siempre que el origen de la enfermedad o accidente que generó la necesidad de efectuar la intervención quirúrgica se hubiere producido de acuerdo a la forma establecida en la presente Cláusula y durante su vigencia. No se cubrirán condiciones preexistentes a la fecha de vigencia del contrato que sean causa de una intervención quirúrgica futura.

Artículo 2°. Beneficio

La Aseguradora, comprobada la realización de la intervención quirúrgica a que se refiere el Riesgo Cubierto, abonará exclusivamente la suma indemnizatoria que corresponda a la cirugía o cirugías realizadas conforme figuren en el Listado de Valores Modulares que en Anexo "VM" forma parte integrante de la presente, de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Particulares y con posterioridad al acto quirúrgico mismo.

Si en el curso de una intervención quirúrgica se efectuaren dos o más operaciones por una o varias vías, se indemnizará, como, máximo, hasta el cien por ciento (100%) del módulo de mayor valor y el cincuenta por ciento (50%) del mayor módulo correspondiente a las demás. Si una operación se hubiese podido efectuar durante el curso de una intervención quirúrgica inicial, y no se efectuase antes de transcurridos treinta (30) días desde la fecha de dicha intervención, no estará cubierta por esta cláusula, salvo que comprobadas complicaciones de salud la hiciesen necesaria.

Las reintervenciones generadas por complicaciones súbitas o imprevistas serán indemnizadas al cien por ciento (100%) del valor del módulo.

Artículo 3°. Solicitud de beneficios

a) El Asegurado o sus representantes deben comunicar por escrito a la Aseguradora el tipo de operación u operaciones que se le ha efectuado, dentro de los 15 días contados a partir de la realización de la intervención quirúrgica, en el formulario que a tal fin suministre la Aseguradora. La omisión o la demora en tal comunicación dará lugar a la pérdida del derecho del Asegurado a percibir el beneficio previsto en esta cláusula, salvo en los casos de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.

b) Corresponde al Asegurado, o sus representantes, si así lo requiriera la Aseguradora, suministrar la siguiente documentación:

b. 1. certificado médico que acredite el diagnóstico y el tratamiento quirúrgico realizado al Asegurado

b.2. historias clínicas, protocolos quirúrgicos, estudios, análisis y exámenes practicados al Asegurado, expedidos por establecimientos asistenciales legalmente autorizados.

b.3. original o copia certificada de la factura emitida con motivo de los servicios dispensados al Asegurado.

c) Asimismo, la Aseguradora podrá efectuar todas las comprobaciones necesarias para verificar la producción del siniestro y la extensión de la prestación a su cargo.

En este sentido corresponde al Asegurado y al Tomador:

c.1 prestar toda la colaboración que a tal efecto le requiera la Aseguradora.

c.2 relevar del secreto médico y autorizar expresamente a su médico asistente y a los establecimientos asistenciales donde fuera atendido, para que los mismos proporcionen toda la información que los médicos de la Aseguradora le soliciten a los efectos de esta Cláusula Anexa. La Aseguradora se compromete a velar por la confidencialidad de las informaciones recabadas. Será requisito indispensable para la obtención del beneficio previsto en esta Cláusula Anexa, que el mismo cuente con la autorización del médico auditor de la Aseguradora.

Artículo 4°. Efectos de exclusión sobre otras coberturas

El Beneficio previsto en esta cláusula es excluyente de los demás beneficios establecidos en la presente póliza, de manera que ante el pago de un siniestro, ya sea por esta cláusula u otra, se cancelará automáticamente la cobertura a partir de ese momento.

Artículo 5°. Elección del establecimiento asistencial

El Asegurado deberá recurrir para el tratamiento de su enfermedad o accidente, a un establecimiento asistencial (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 o accidente padecido por el Asegurado y posea además servicio de enfermeros durante las 24 horas del día y esté equipado para cirugía mayor.

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 mismo.

Artículo 6°. Riesgos no cubiertos

Adicionalmente a las Exclusiones previstas en las Condiciones Generales, la Aseguradora no indemnizará las intervenciones quirúrgicas provenientes de hechos producidos a consecuencia de:

- a) Condiciones preexistentes a la fecha de vigencia del contrato que sean causa de una intervención quirúrgica futura;
- b) Ningún pago se hará efectivo bajo este seguro si el origen de la enfermedad que genere la necesidad de una intervención quirúrgica se produce durante el período de carencia establecido en Condiciones Particulares.

Artículo 7°. Ámbito geográfico de la cobertura

Las intervenciones quirúrgicas deberán ser realizadas en establecimientos de la República Argentina o del exterior debidamente autorizados a tal fin por la autoridad nacional competente, y por profesionales habilitados para tal fin, quedando excluido cualquier beneficio o indemnización por intervenciones quirúrgicas que no cumpla con estos requisitos.

Artículo 8°. Determinación de la cobertura

Esta Cláusula Anexa B queda sometida a las condiciones generales del seguro de salud y estipulaciones de la póliza en cuanto no sean modificadas o derogadas expresamente por misma.

CLÁUSULA ANEXA DE OPERACIONES CENTRALES DEL CORAZÓN LISTADO DE BENEFICIOS MODULADOS ANEXO "BM"

Detalle de intervenciones quirúrgicas cubiertas:

N°	Descripción	BVM	Cód. Nomenc.
1	COLOCACION DE MARCAPASO/CARDIODESFIBRILADOR	1	07.01.03/04/05
2	VALVULOPLASTIA AORTICA MITRAL O PULMONAR	1	07.02.06
3	REEMPLAZO DE VALVULA CARDIACA POR PROTESIS O INJERTO	1	07.02.03
4	DOBLE REEMPLAZO VALVULAR CARDIACO	1	07.02.04
5	REEMPLAZO DE UNA VALVULA CARDIACA	1	07.02.05
6	TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LOS ANEURISMAS DE AORTA	1	07.02.07
7	DERIVACION-BY-PASS-AORTO CORONARIA Y/O MAMARIO CORONARIO	1	07.02.09/10
8	RESECCION DE ANEURISMA VENTRICULAR C.OMO UNICA OPERACIÓN	1	07.02.11
9	RESECCION DE ANEURISMA VENTRICULAR C/CIRUGIA DE REVASCULARIZACION	1	07.02.12
10	ABLACION POR RADIOFRECUENCIA	1	17.01.21
11	ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL CORONARIA	1	07.07.18

CLÁUSULA ANEXA DE OPERACIONES CENTRALES DEL CORAZÓN LISTADO DE VALORES MODULARES ANEXO "VM"

SUMA ASEGURADA:
BVM 1: SEGÚN CONDICIONES PARTICULARES

CLÁUSULA "C" CLÁUSULA ANEXA TRASPLANTE DE CORAZÓN

Artículo 1°. Riesgo cubierto

La Aseguradora concederá el beneficio que acuerda esta Cláusula Anexa cuando el Asegurado acredite haber sido trasplantado del Corazón y siempre que el origen de la enfermedad o accidente que generó la necesidad de efectuar el trasplante se hubiere producido de acuerdo a la forma establecida en la presente Cláusula y durante su vigencia. No se cubrirán condiciones preexistentes a la fecha de vigencia del contrato que sean causa de un trasplante futuro.

Artículo 2°. Beneficio

La Aseguradora, comprobado el trasplante de corazón descrito en Riesgo Cubierto, abonará exclusivamente la suma indemnizatoria que se estipula en las Condiciones Particulares, con posterioridad al acto quirúrgico mismo.

Artículo 3°. Solicitud de beneficios

1) El Asegurado o el Contratante deberán informar directamente a la Aseguradora cualquier diagnóstico acerca de la necesidad de un trasplante de órganos dentro de los 5 días corridos de haber sido notificados del mismo, salvo caso de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia. Dicho diagnóstico deberá ser confirmado mediante evidencias clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio efectuados y certificados por un profesional médico autorizado legalmente para el ejercicio de la profesión.

2) El Contratante y/o el Asegurado se comprometen a suministrar a la Aseguradora todas las informaciones necesarias para el fiel cumplimiento de esta Cláusula Anexa.

3) Una vez efectuado el Trasplante de Corazón cubierto, el Asegurado o sus representantes deben comunicar por escrito a la Aseguradora tal acontecimiento, dentro de los 15 días contados a partir de la realización del trasplante, en el formulario que a tal fin suministre la Aseguradora. La omisión o la demora en tal comunicación dará lugar a la pérdida del derecho del Asegurado a percibir el beneficio previsto en esta cláusula, salvo en los casos de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.

4) Corresponde al Asegurado, o sus representantes, si así lo requiriera la Aseguradora, suministrar la siguiente documentación:

a. Certificado médico que acredite el diagnóstico y el tratamiento quirúrgico realizado al Asegurado con motivo del trasplante de corazón efectuado.

b. Historias clínicas, protocolos quirúrgicos, estudios, análisis y exámenes practicados al Asegurado, expedidos por establecimientos asistenciales legalmente autorizados.

c. Asimismo, la Aseguradora podrá efectuar todas las comprobaciones necesarias para verificar la producción del siniestro y la extensión de la prestación a su cargo.

En este sentido corresponde al Asegurado y al Tomador:

-Prestar toda la colaboración que a tal efecto le requiera la Aseguradora.

-Relevar del secreto médico y autorizar expresamente a su médico asistente y a los establecimientos asistenciales donde fuera atendido, para que los mismos proporcionen toda la información que los médicos de la Aseguradora le soliciten a los efectos de esta Cláusula Anexa. La Aseguradora se compromete a velar por la confidencialidad de las informaciones recabadas.

Será requisito indispensable para la obtención del beneficio previsto en esta Cláusula Anexa, que el mismo cuente con la autorización del médico auditor de la Aseguradora.

Se deja expresamente aclarado que para cualquier solicitud de indemnización por trasplante de corazón es condición ineludible e indispensable haberlo comunicado previamente al INCUCAI o a cualquier otro organismo que en el futuro lo reemplazo.

Es indispensable, asimismo, que se cumplan las disposiciones de la Ley de Trasplantes de Órganos.

Artículo 4°. Efectos de exclusión sobre otras coberturas

El Beneficio previsto en esta cláusula es excluyente de los demás beneficios establecidos en la presente póliza, de manera que ante el pago de un siniestro, ya sea por esta cláusula u otra, se cancelará automáticamente la cobertura a partir de ese momento.

Artículo 5°. Riesgos no cubiertos

La Aseguradora no pagará la indemnización cuando el trasplante de corazón sea consecuencia de alguna de las siguientes causas:

a) Condiciones preexistentes a la fecha de vigencia del contrato que sean causa de un trasplante futuro;

b) Ningún pago se hará efectivo bajo este seguro si el origen de la enfermedad que genere la necesidad de un trasplante se produce durante el período de carencia previsto en Condiciones Particulares

c) Quedan excluidas del beneficio aquellas personas que, a su ingreso o reingreso al seguro estén con indicación formal de trasplante o se encuentren en lista de espera del INCUCAI o cualquier otro organismo que en el futuro lo reemplace.

d) Se excluyen trasplantes de órganos transgénicos, animales, mecánicos o transitorios.

e) Se traten de trasplantes considerados como experimentales o con fines de investigación;

f) Se los proporcione cuando estuviesen disponibles un tratamiento alternativo o procedimientos igualmente efectivos

Artículo 6°. Ambito geografico de la cobertura

El trasplante deberá ser realizado en establecimientos de la República Argentina, debidamente autorizados a tal fin por la autoridad nacional competente, y por profesionales habilitados para tal fin, quedando excluida cualquier indemnización por trasplante que no cumpla con estos requisitos.

Artículo 7°. Determinacion de la cobertura

Esta Cláusula Anexa C queda sometida a las condiciones generales del seguro de salud y estipulaciones de la póliza en cuanto no sean modificadas o derogadas expresamente por misma.

ANEXO

RIESGOS NO CUBIERTOS

Exclusiones Generales

La Compañía no abonará el beneficio cuando el hecho susceptible de cobertura se produjera por algunas de las siguientes causas:

- a) Tentativa de suicidio voluntario del Asegurado;
- b) Por duelo o riña, salvo que se tratase de legítima defensa; empresa o acto criminal;
- c) Acto o hecho de guerra civil o internacional, guerrilla, rebelión, sedición, motín, asonada, revolución, golpe de estado, terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo;
- d) Abuso del alcohol, drogas, estupefacientes, narcóticos o estimulantes;
- e) Someterse a intervenciones médicas o quirúrgicas ilícitas, tratamientos no autorizados legalmente, o de carácter experimental, o realizado en instituciones o por personal no habilitado legalmente teniendo conocimiento de tal circunstancia;
- f) Por la práctica o el uso de la navegación aérea, salvo como pasajero en líneas regulares, o por otras ascensiones aéreas, aladeltismo, parapente o bungee jumping;
- g) Por la participación en viajes o excursiones a zonas o regiones inexploradas, prácticas deportivas submarinas, acuáticas o subacuáticas o escalamiento de montaña;
- h) Competir en pruebas de pericia y/o velocidad con vehículos mecánicos o de tracción a sangre o en justas hípicas, o cualquier otra prueba análoga;
- i) Intervenir en pruebas de prototipos de aviones, automóviles y otros vehículos de propulsión mecánica;
- j) Acontecimientos catastróficos originados por reacciones o accidentes nucleares, químicos biológicos, bacteriológicos y/o fenómenos naturales, epidemias o pestes;
- k) Acontecimientos catastróficos, entendiéndose por tales terremoto, inundación, aluviones, maremotos, erupciones volcánicas y huracanes;
- l) Actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por ninguna necesidad profesional, salvo en caso de tentativa de salvamento de vidas o bienes. No obstante quedan cubiertos los actos realizados para precaver el siniestro o atenuar sus consecuencias o por un deber de humanidad generalmente aceptado (Artículos 52 y 70 de la Ley de Seguros Nro. 17.418).
- m) Lesiones causadas por el uso de rayos "X" o similares o de cualquier elemento radioactivo;
- n) Como consecuencia de mutilaciones o heridas autoinflingidas por el Asegurado, o mutilaciones voluntarias, aún las cometidas en estado de insania o enajenación mental;

o) De tratamientos o dolencias relacionados con la esterilización masculina o femenina, cambio de sexo o mal funcionamiento sexual o esterilidad.

Cláusula Anexa de Infarto Agudo de Miocardio "A" - Exclusiones

Adicionalmente a las Exclusiones ya previstas en las Condiciones Generales, la Aseguradora no abonará los beneficios de esta cláusula cuando el siniestro se produzca como consecuencia de:

- a) Someterse a intervenciones quirúrgicas ilícitas;
- b) Utilización de medicamentos no aprobados por el Ministerio de Salud y Acción Social o autoridad competente;
- c) Someterse a tratamiento en establecimientos asistenciales no habilitados para funcionar por el Organismo de Control Sanitario correspondiente, Municipal, Provincial o Nacional y autorizado por éste, a dar asistencia y tratamiento clínico de enfermedades padecidas por el Asegurado.
- d) Infartos Silenciosos hallados por Electrocardiogramas.

Cláusula Anexa de Operaciones Centrales del Corazón "B" - Exclusiones

Adicionalmente a las Exclusiones previstas en las Condiciones Generales, la Aseguradora no indemnizará las intervenciones quirúrgicas provenientes de hechos producidos a consecuencia de:

- a) Condiciones preexistentes a la fecha de vigencia del contrato que sean causa de una intervención quirúrgica futura;
- b) Ningún pago se hará efectivo bajo este seguro si el origen de la enfermedad que genere la necesidad de una intervención quirúrgica se produce durante el período de carencia establecido en Condiciones Particulares.

Cláusula Anexa de Trasplantes de Corazón "C" - Exclusiones

La Aseguradora no pagará la indemnización cuando el trasplante de corazón sea consecuencia de alguna de las siguientes causas:

- a) Condiciones preexistentes a la fecha de vigencia del contrato que sean causa de un trasplante futuro;
- b) Ningún pago se hará efectivo bajo este seguro si el origen de la enfermedad que genere la necesidad de un trasplante se produce durante el período de carencia previsto en Condiciones Particulares
- c) Quedan excluidas del beneficio aquellas personas que, a su ingreso o reingreso al seguro estén con indicación formal de trasplante o se encuentren en lista de espera del INCUCAI o cualquier otro organismo que en el futuro lo reemplace.
- d) Se excluyen trasplantes de órganos transgénicos, animales, mecánicos o transitorios.
- e) Se traten de trasplantes considerados como experimentales o con fines de investigación; se los proporcione cuando estuviesen disponibles un tratamiento alternativo o procedimientos igualmente efectivos.