

CONDICIONES GENERALES

SEGURO DE SALUD ALTA COMPLEJIDAD INTERNACIONAL

Artículo 1°) DISPOSICIONES FUNDAMENTALES

Queda expresamente convenido que el Asegurador y el Asegurado se someten a todas las estipulaciones de la presente póliza, como a la Ley misma. En caso de discordancia entre las cláusulas de las "Condiciones Generales" y las de las "Condiciones Generales Específicas" predominan éstas últimas, estándose a lo que las mismas dispongan. A su vez, en caso de discordancia entre las "Condiciones Generales Específicas" y las "Condiciones Particulares", éstas primarán sobre las anteriores.

Las disposiciones pertinentes del Código de Comercio, salvo las de orden público, solamente se aplicarán en aquellas materias y/o puntos que no estén previstos y resueltos por esta póliza.

Esta póliza y los respectivos Certificados Individuales, en caso de corresponder, han sido extendidos por el Asegurador sobre la base de las declaraciones suscriptas por el Contratante y por los Asegurables en sus respectivas solicitudes. Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Contratante o por los Asegurables, aún hecha de buena fe, que a juicio de peritos hubiere impedido el contrato o la aceptación de las coberturas individuales, o hubiese modificado las condiciones de los mismos, si el Asegurador hubiese sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato y/o los certificados de los Asegurados, según el caso.

Artículo 2°) VIGENCIA

- 1) Esta póliza adquiere fuerza legal desde las cero (0) horas del día fijado como inicio de su vigencia.
- 2) La vigencia de esta póliza es mensual, prorrogable automáticamente en iguales condiciones contractuales y tarifarias (salvo lo establecido en el artículo 12°) por otros once períodos mensuales, a condición de que se encuentre pago el premio del período anterior. Ello no obsta al Asegurado a ejercer su derecho al plazo de gracia (artículo 15°).
- 3) Cumplida la anualidad el contrato será renovado en forma automática en los términos precedentes, sujeto a los ajustes que pudieran corresponder conforme a lo establecido en el artículo 14° de estas Condiciones Generales.

Artículo 3°) PERSONAS ASEGURABLES

Seguros Colectivos

- 1) A la fecha de emisión de esta póliza, se consideran pasibles de incorporación al seguro a todas aquellas personas integrantes del grupo regido por el Contratante y su respectivo grupo familiar siempre y cuando cumplan con los requisitos de asegurabilidad establecidos en la presente póliza. Las personas que en el futuro ingresen a formar parte del grupo serán asegurables a partir de la cero (0) hora del día primero del mes siguiente a la fecha en que cumplan dos meses, sin interrupción, como integrantes del grupo regido por el Contratante. Las personas que reingresen al grupo asegurado, podrán eximirse del plazo de espera precedentemente estipulado, siempre que presenten pruebas de asegurabilidad satisfactorias para el Asegurador (declaración de salud, examen médico, etc.) y paguen los gastos necesarios para obtenerlos.

Seguros Individuales

- 3) Personas físicas en forma individual o en carácter de titular de su grupo familiar y el respectivo grupo familiar.

Seguros Colectivos e Individuales

- 4) Los nuevos miembros de familia, por matrimonio o nacimiento, serán retroactivamente incorporados al seguro desde la fecha de enlace, en el primer caso y desde la fecha de nacimiento, en el segundo, siempre y cuando el Asegurador sea informado dentro de los cinco días de producidos estos hechos en forma fehaciente por el tomador. Las incorporaciones por matrimonio quedarán sujetas al cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad fijados para la presente póliza.

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

Artículo 4°) OPCION DE CONTINUIDAD EN EL SEGURO (Seguros Individuales)

- 1) Cuando la caducidad de la/s cobertura/s para el seguro sobre los hijos se produzca por haber alcanzado la edad máxima establecida en la presente

póliza, o a consecuencia de haber adquirido independencia económica, contraer enlace matrimonial, o cesar en sus estudios, éstos tendrán derecho a suscribir una nueva póliza, sin plazo de espera y abonando la prima correspondiente.

- 2) En caso de fallecimiento del Asegurado Titular, el cónyuge e hijos supérstites, podrán continuar con la/s cobertura/s en las mismas condiciones pactadas a su inicio.

En todos los casos, estas opciones tendrán validez únicamente si la prima correspondiente es abonada dentro de los treinta (30) días posteriores a la vigencia de la nueva póliza.

La opción prevista en el presente artículo será aplicable sólo a las pólizas individuales.

Artículo 5º) DEFINICIONES

Se entiende por:

a) **TOMADOR O CONTRATANTE:**

A la persona física o jurídica tomadora de la póliza que suscribe la propuesta y el respectivo contrato de Seguro.

b) **ASEGURADO TITULAR O PRINCIPAL:**

Al Tomador cuando se trate de persona física en carácter de titular de su grupo familiar o en forma individual y al integrante del grupo asegurado indicado en las Condiciones Particulares a cuyo nombre se emite el Certificado Individual.

c) **ASEGURADO FAMILIAR:**

A los integrantes del grupo familiar primario del Asegurado Principal que se enumeran a continuación:

c. 1.- Cónyuge del Asegurado Titular que conviva con el mismo. El cónyuge podrá incorporarse al seguro hasta la edad máxima establecida en las Condiciones Particulares. Se asimila a la condición de cónyuge al conviviente del Asegurado Titular, siempre y cuando hubiera convivido públicamente en aparente matrimonio con el mismo durante por lo menos 5 años inmediatamente anteriores a la fecha de incorporación del conviviente a este seguro, o 2 años en caso de existir descendencia en común.

c.2.- Hijos, matrimoniales y/o extramatrimoniales reconocidos, del Asegurado titular, y a los hijos adoptivos del Asegurado Titular, siempre y cuando dichos hijos sean solteros, no emancipados, tengan menos de 21 años de edad y compartan el hogar del Asegurado Titular. Los mismos continuarán cubiertos hasta los 24 años de edad en caso de ser estudiantes, previa presentación de certificado de regularidad emitido por establecimiento educativo oficial o habilitado.

d) **ASEGURADO:**

Al Asegurado Principal y al Asegurado Familiar.

e) **REEMBOLSO:**

Reintegro de gastos producidos por el Asegurado, según las condiciones y capitales especificados en las Cláusula Anexa, contra la presentación de comprobantes de gastos originales o copias certificadas.

f) **INDEMNIZACIÓN:**

Es la contraprestación a cargo del Asegurador, según las condiciones y los capitales especificados en los módulos contratados, en caso de producirse el siniestro.

g) **PREEXISTENCIAS:**

Aquellas enfermedades diagnosticadas o tratadas con anterioridad al inicio de vigencia de la cobertura de cada cláusula anexa para cada asegurado.

h) **PÓLIZAS CONTRIBUTIVAS:**

Aquellas pólizas colectivas donde los integrantes del grupo asegurado (empleados de un mismo empleador, asociados a asociaciones profesionales, mutuales, gremiales, empresarias, obreras, etc., asociados a planes de salud, etc.) soportan total o parcialmente el costo del seguro.

i) COMUNICACIÓN FEHACIENTE

Aquella comunicación por telegrama colacionado, carta certificada o por escrito con forma de recibido por la destinataria.

j) ASEGURADOR/A

SANCOR SEGUROS SOCIEDAD ANÓNIMA (S.A.)

k) PREMIO

Precio del seguro.

Artículo 6º) FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DE LA COBERTURA DE CADA INTEGRANTE DEL GRUPO (PÓLIZAS COLECTIVAS).

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 1º del mes siguiente a la fecha de aceptación, previo cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad.

Artículo 7º) REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

En forma previa a la aceptación de la cobertura que contempla esta Póliza, el Asegurable deberá realizar los exámenes médicos que la Aseguradora le solicite a tal efecto.

Artículo 8º) RIESGO CUBIERTO

El Asegurador se compromete al pago de los beneficios estipulados en las Cláusulas Anexas que hubieren sido contratados específicamente mediante la presente póliza, 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, dejándose expresamente aclarado que el otorgamiento del beneficio sólo será procedente respecto de las Cláusulas Anexas que cubran el evento previsto, y hayan sido expresamente contratadas según las Condiciones Particulares de la presente póliza.

Artículo 9º) AMBITO GEOGRAFICO DE LA COBERTURA

El ámbito geográfico de la cobertura es el que se especifica para cada Cláusula Anexa.

Artículo 10º) PLAZO DE CARENCIA

Cada una de las coberturas previstas en las Cláusulas Anexas tiene su plazo de carencia, basado en las características propias de las mismas. Dichos plazos se consignan en las respectivas Cláusulas.

Artículo 11º) BENEFICIOS PREVISTOS

Producida la contingencia cubierta y reconocido el beneficio que acuerda la presente póliza, en un todo de acuerdo con lo definido en el Artículo 1º de la Cláusula Anexa contratada, se otorgará el beneficio previsto.

En caso de fallecimiento del Asegurado, los beneficios pendientes de pago que acuerde la Cláusula Anexa contratada, serán abonados por el Asegurador a los herederos legales.

No se cubrirán condiciones preexistentes a la fecha de inicio de vigencia de la cobertura de cada Cláusula Anexa para cada Asegurado.

Artículo 12º) CANTIDAD MINIMA DE ASEGURADOS - PÓLIZAS COLECTIVAS

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

2) Si en un determinado momento no se reuniera el mínimo antes mencionado, el Asegurador se reserva el derecho de modificar la tarifa de primas aplicada en la respectiva Cláusula Anexa. 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 Asegurado o 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 Asegurado o Tomador, no manifestaren disconformidad o guardaren silencio.

Artículo 13°) RIESGOS NO CUBIERTOS

Los Riesgos no cubiertos específicos para cada Cláusula Anexa, se detallan en el articulado de las mismas.

Artículo 14°) CÁLCULO DE LAS PRIMAS

La prima es debida por el Contratante desde la celebración del contrato pero no es exigible sino contra entrega de la póliza.

El importe a pagar por el Contratante resultará de sumar las primas individuales que correspondan a las Cláusulas Anexas que se hayan contratado con más los gastos, impuestos y tasas que correspondan y que constituirá el premio.

En los seguros colectivos, las primas individuales podrán ser ajustadas en cada aniversario de la póliza por el Asegurador con el objeto de adecuar la prima al verdadero estado del riesgo sobre la base de información que a tales efectos se requerirá al Contratante. El Asegurador comunicará por escrito al Contratante las nuevas primas individuales con una anticipación no inferior a treinta (30) días del vencimiento de la vigencia de la póliza a renovar. La diferencia se considerará aprobada y la renovación aceptada por el Tomador si no reclama dentro de los treinta (30) días de haber recibido dicha comunicación.

Artículo 15°) PLAZO DE GRACIA PARA EL PAGO DE LAS PRIMAS

1) El Asegurador concede un plazo de gracia de treinta (30) días para el pago de la prima única y/o de sus cuotas, 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.

2) El plazo de gracia se contará desde la hora y fecha de vigencia de esta póliza y de cada prórroga mensual sucesiva.

3) Los derechos que esta póliza acuerda al Contratante y a los Asegurados nacen el mismo día y hora en que comienzan las obligaciones a su cargo establecidas precedentemente.

Artículo 16°) FALTA DE PAGO DE LAS PRIMAS

Sin perjuicio de la caducidad automática de esta póliza por falta de pago de las primas, el Contratante adeudará al Asegurador la prima correspondiente al mes de gracia, salvo que dentro de dicho plazo hubiese solicitado por escrito su rescisión, en cuyo caso deberá pagar una prima calculada a prorrata por los días transcurridos desde el vencimiento de la prima impaga hasta la fecha de envío de tal solicitud.

Artículo 17°) CERTIFICADOS INDIVIDUALES – PÓLIZAS COLECTIVAS

El Asegurador proporcionará a cada Asegurado Titular, 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 18°) CADUCIDAD DE LA COBERTURA INDIVIDUAL

1) La cobertura de cada Asegurado caducará en los siguientes casos:

Seguros Colectivos y Seguros Individuales

a) Por su renuncia a continuar con la cobertura;

b) Para los Asegurados Familiares cuando pierdan su condición de miembros del grupo familiar primario, según se lo definió en el artículo 5° de estas Condiciones Generales;

c) Por la comprobación de errores, simulaciones o fraudes referentes a un Asegurado o relacionados con sus reclamos;

d) Por rescisión o caducidad de la póliza, caducando simultáneamente todas las coberturas individuales incluidas en ella.

e) Al cumplir el Asegurado la edad máxima establecida en las Condiciones Particulares o 21 años de edad en caso de tratarse de hijos menores del Asegurado Principal. Los hijos del Asegurado Titular continuarán cubiertos hasta los 24 años de edad siempre que acrediten fehacientemente su condición de estudiantes regulares mediante la presentación de certificado emitido por establecimiento educativo oficial;

f) Por muerte del Asegurado;

g) En el caso de Asegurados Familiares, por muerte del Asegurado Titular.

Seguros Colectivos

h) Por dejar de pertenecer al grupo regido por el Contratante;

i) En la pólizas contributivas, cuando el Asegurado y/o el Tomador no abonara la prima correspondiente dentro del plazo previsto en el artículo 15° de estas Condiciones Generales;

Seguros Individuales

En los seguros individuales, cuando el cónyuge y/o los hijos ejerzan la opción de continuidad prevista en el Artículo 4° de las presentes Condiciones Generales, no serán aplicables para ellos los causales de terminación de la cobertura descriptos en los incisos d), e) y g).

Seguros Colectivos y Seguros Individuales

2) En lo relativo a los incisos a), b), e), f), g) y h), se reembolsará la fracción de prima no consumida al momento de la rescisión de la póliza, del Certificado Individual o de finalización de la cobertura, según corresponda.

Seguros Colectivos y Seguros Individuales

3) Tanto la renuncia que refiere el punto a) como el retiro del grupo previsto en el punto h) del inciso precedente, serán comunicadas al Asegurador por el Asegurado y/o Contratante y la póliza o el certificado individual, según corresponda, quedará rescindido el día primero del mes siguiente al de la fecha en que el Asegurador haya recibido dicha comunicación o el Asegurado haya cumplido la edad establecida en las Condiciones Particulares.

Se presumirá que un Asegurado ha renunciado a continuar con la cobertura, sin admitirse prueba en contrario, cuando no se efectúe el pago correspondiente de la prima de este seguro en el plazo previsto en el artículo 15° de estas Condiciones Generales.

Artículo 19°) RESCISION DEL CONTRATO

Esta póliza podrá ser rescindida tanto por la Aseguradora como por el Contratante, estableciéndose como único requisito el aviso por escrito u otro medio de comunicación fehaciente, remitido con anticipación no menor a treinta (30) días.

En el caso de los Seguros Individuales, y siempre que no se verifique alguna de las condiciones establecidas en el artículo anterior, el Asegurador estará imposibilitado de rescindir la cobertura si a la fecha pretendida de rescisión, alguno de los Asegurados presentara afecciones relacionadas con los Riesgos Cubiertos, que pudieran dar lugar a prestaciones presentes o futuras en los términos de la presente póliza.

Artículo 20°) RIESGOS EXCLUIDOS DE LA COBERTURA

Sin perjuicio de los riesgos que se excluyen en cada Cláusula Anexa, se deja expresa constancia que la Aseguradora no indemnizará cuando el siniestro se produzca en los siguientes casos:

- a) que resulte de una condición preexistente, o que no haya sido proporcionado en relación con, o como consecuencia de cualquier enfermedad que no haya sido diagnosticada como Enfermedad o Condición, descriptos y comprendidos en las Cláusulas Anexas contratadas; incluyendo los gastos médicos incurridos en relación con una Enfermedad que haya sido causada o agravada por las Enfermedades mencionadas;
- b) Que no sean médicamente necesarios.
- c) Tentativa de suicidio voluntario del Asegurado;
- d) Si es provocado deliberadamente por acto ilícito del Contratante del presente seguro, excepto que el pago de la prima esté a cargo del Asegurado; o en caso de accidente si es provocado por dolo o culpa grave del Asegurado;
- e) Por duelo o riña, salvo que se tratase de legítima defensa; empresa o acto criminal;
- f) Acto de guerra civil o internacional, guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo;
- g) Abuso en el consumo de alcohol. Consumo de drogas, estupefacientes, narcóticos o estimulantes, salvo prescripción médica;
- h) Por drogas y medicinas que no hayan sido prescritas por un médico, o para cuya obtención no se requiera una receta o prescripción de un Médico; y que no tengan relación alguna con las Cláusulas Anexas contratadas; o medicamentos recetados al paciente para consumo luego de que haya sido dado de alta del Hospital o Centro de Trasplantes;
- i) Gastos incurridos en un Hospital que no haya sido aceptado por el Asegurador o sin la previa autorización del Asegurador; o incurrido fuera del ámbito geográfico de cobertura.

- j) Gastos incurridos por concepto de una internación en un Hospital o Centro de Trasplantes con una duración menor de 24 horas consecutivas contadas a partir de la fecha de ingreso; salvo aquellos tratamientos cubiertos por este contrato, previamente autorizados por el Asegurador.
- k) Someterse a intervenciones médicas o quirúrgicas ilícitas; tratamientos no autorizados legalmente o de carácter experimental o electivo, realizados en instituciones o por personal no habilitado teniendo conocimiento de tal circunstancia; o que haya sido proporcionado por un Pariente Cercano.
- l) Que exceda los gastos Razonables y Acostumbrados; o el cual no hubiese sido suministrado de no existir este Contrato; o por el cual no se hayan hecho gastos; o por el que un ASEGURADO no esté legalmente obligado a pagar;
- m) Por la práctica o el uso de la navegación aérea, salvo como pasajero en líneas regulares, o por la práctica de ascensiones aéreas, aladeltismo o parapente;
- n) Por la participación en viajes o excursiones a zonas o regiones inexploradas o prácticas deportivas submarinas o subacuáticas o escalamiento de montaña;
- o) 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;
- p) Intervenir en pruebas de prototipos de aviones, automóviles y otros vehículos de propulsión mecánica;
- q) Desempeño paralelo de las profesiones de acróbata, buzo, jockey y domador de potros o fieras y/o la práctica de deportes o actividades peligrosas como alpinismo, andinismo, esquí acuático o de montaña, motonáutica u otras actividades análogas y manipuleo de explosivos y/o armas o con exposición a radiaciones atómicas, salvo pacto en contrario;
- r) De una infección que sea consecuencia directa o indirecta del virus HIV "Human Inmune Virus" (Virus de Inmuno Deficiencia Humana) o de una infección oportunista y/o neoplasma maligno (tumor) y/o cualquier condición de enfermedad, si al momento de producirse el Asegurado tiene el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) o es sero-positivo al HIV (Virus de Inmuno Deficiencia Humana). A los fines de esta exclusión, el término "Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida" tendrá el significado asignado al mismo por la Organización Mundial de la Salud, según fue dado en su publicidad anual. El Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida incluirá HIV (Virus de Inmuno Deficiencia Humana), encefalopatía (demencia), HIV Síndrome Devastador y ARC "Aids Related Condition" (Condición Relacionada con el SIDA). Las infecciones oportunistas incluirán entre otras a la neumonía pneumosistis carinii, organismo del virus de enteritis crónica y/o infección diseminada de hongos. El neoplasma maligno incluirá, entre otros, al Sarcoma de Kaposi, al linfoma del sistema nervioso central y/u otras tumoraciones o neoformaciones malignas conocidas en la actualidad o que se conozcan, como causas de enfermedad en presencia del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida;
- s) Acontecimientos catastróficos originados por reacciones o accidentes nucleares; químicos, biológicos o bacteriológicos y/o fenómenos naturales, epidemias o pestes;
- t) Acontecimientos catastróficos tales como terremotos, inundaciones, aluviones, maremotos, erupciones volcánicas y huracanes;
- u) Actos notoriamente peligrosos;
- v) Inhalaciones de gases o envenenamientos de cualquier naturaleza;
- w) No se cubrirán condiciones preexistentes a la fecha de inicio de vigencia de la cobertura de cada cláusula anexa para cada asegurado, que sean causa de un beneficio futuro.
- x) Ningún pago se hará efectivo bajo este seguro si el origen de la enfermedad se produjo antes o durante el período de carencia establecido en las Cláusulas Anexas;
- y) La práctica de deportes particularmente peligrosos, como ser: acrobacia, andinismo, boxeo profesional, caza mayor, caza o exploración subacuática, doma de potros o de otros animales no domésticos y de fieras, u otras actividades de análogas características;
- z) La dedicación profesional a acrobacia, armado de torres, buceo, sustitución de actores o actrices en calidad de doble, conducción de personas como guía de montaña, jockey, manipuleo de explosivos y/o armas, tareas en fábricas, usinas o laboratorios con exposición a radiaciones atómicas, u otras profesiones, ocupaciones o actividades de análogas características;
- aa) Cirugía estética o plástica no reparadora;
- bb) Métodos para adelgazar quirúrgicos;
- cc) Intervenciones quirúrgicas de cambio de sexo;
- dd) Enfermedades infecto contagiosas de denuncia internacional (HIV, fiebre amarilla, peste, cólera, viruela, tifus etc.);
- ee) Aborto, en cualquiera de sus formas con la única excepción del terapéutico;

- ff) Curas de reposo, adelgazamiento, rejuvenecimiento o ayuno prolongado, tratamiento de enfermedades de cualquier tipo;
- gg) Esterilización y procedimientos anticonceptivos, así como las consecuencias que se deriven de ellos. Tratamientos de la infertilidad, impotencia y frigidez;
- hh) Tratamiento odontológico;
- ii) Proporcionado a recién nacidos, patológicos o no, gestados mediante los procedimientos de fertilización asistida.
- jj) Cirugías neonatológicas cuyo diagnóstico ya sea conocido al ingreso de la madre al seguro, aún estando embarazada;
- kk) Consecuencias de heridas autoinflingidas por el Asegurado, aún las cometidas en estado de insania;
- ll) Problemas relacionados con la esterilización masculina o femenina, cambio de sexo o mal funcionamiento sexual.
- mm) Gastos incurridos por Maternidad, incluyendo embarazo, parto y complicaciones del embarazo; o incurrido por aborto voluntario, y sus consecuencias, aunque fuera realizado en países donde no estuviera penado por la ley;
- nn) Gastos realizado con fines exclusivamente de diagnóstico, o con el objeto de efectuar revisiones periódicas de salud;
- oo) Gastos incurridos por concepto de ortesis, o por la compra o alquiler de todo tipo de arnés, bastones, muletas, sillas de ruedas, camas ortopédicas, trípodes; tutores externos; elementos de tracción y reducción, taloneras, estribos, lechos; Andadores y sillas para patologías infantiles.
- pp) Gastos incurridos por servicios de custodia, cuidado de la salud en el hogar, servicios proporcionados en un centro o institución de convalecencia, Hospicio, asilo u hogar de ancianos, o en una institución o centro para tratamientos de rehabilitación, aunque el mismo pertenezca, o forme parte de un Hospital, y aunque tales servicios sean requeridos o necesitados como consecuencia de alguna de las patologías cubiertas;
- qq) Servicio de traslado o ambulancia aérea.
- rr) Servicios prestados a un Beneficiario como paciente externo, con la excepción de los beneficios pagaderos establecidos en las condiciones particulares y hasta los montos máximos indicados en las mismas.

Artículo 21°) INFORMACIONES QUE DEBEN SUMINISTRARSE AL ASEGURADOR

El Contratante y los Asegurados se comprometen a suministrar todas las informaciones necesarias para el fiel cumplimiento de esta póliza, tales como fechas de nacimiento, fechas de ingreso al grupo asegurado (pólizas colectivas), libreta de matrimonio o cualquier otra que se relacione con el seguro.

Los Asegurados Principales deberán comunicar al Contratante, dentro de los cinco (5) días de producida cualquier circunstancia que origine variaciones en los miembros del Grupo Familiar cubierto por esta póliza.

En los seguros colectivos, el Contratante es el único responsable de comunicar a la Aseguradora toda alta, baja o modificación operada en el listado de Asegurados que el mismo proporcione a los efectos de tomar la póliza y que forma parte integrante de las Condiciones Particulares del presente contrato.

El incumplimiento de este artículo, hará caducar el derecho indemnizatorio.

Artículo 22°) COMPROBACION DE LA EDAD DE LOS ASEGURADOS

Cada Asegurado deberá probar mediante documentación fehaciente, la edad declarada en su solicitud individual. Dicha comprobación podrá hacerla el Asegurado en cualquier momento y el Asegurador podrá exigirla antes de otorgar cualquier beneficio acordado por esta póliza, ya sea al Asegurado o al Contratante.

Artículo 23°) LIQUIDACION DE SINIESTROS

Corresponde al Asegurado:

- a) Denunciar la existencia del siniestro dentro del plazo estipulado en la/s Cláusula/s Anexa/s contratada/s. El mencionado plazo no correrá en supuestos de imposibilidad del Asegurado de denunciar el hecho por caso fortuito o fuerza mayor, en cuyo caso se otorga un plazo adicional de 24 horas corridas de cesado el caso fortuito o la fuerza mayor, para producir la denuncia.
- b) Presentar al Asegurador pruebas fehacientes de los siniestros sufridos mediante evidencias clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio, efectuadas y certificadas por un profesional médico autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión.
- c) Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta dos exámenes médicos por facultativos designados por el Asegurador y con gastos a cargo de éste último.

El incumplimiento de este artículo, hará caducar el derecho indemnizatorio.

Artículo 24°) PLAZO DE PRUEBA

El Asegurador dentro de los treinta (30) días de recibida la denuncia y/o las constancias a que se refiere el Artículo anterior, 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 refiere el artículo 23° no resultaran concluyentes, el Asegurador podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor de treinta (30) días, a fin de comunicar la aceptación o el rechazo del siniestro.

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

Será requisito indispensable para la obtención del beneficio previsto en la/s Cláusulas/ Anexa/s contratada/s, que la misma cuente con la autorización del médico auditor de la Aseguradora.

Los reclamos deberán formularse por escrito, adjuntando la documentación indicada en el artículo 23 y los Comprobantes de Gastos en caso de corresponder.

Ninguna estipulación de esta póliza que determine exclusiones de cobertura o pérdidas de derecho del asegurado o del beneficiario podrá interpretarse de modo que prive al asegurado de ofrecer o producir prueba tendiente a acreditar que no se verificaron las circunstancias en las que se fundamenta la exclusión de cobertura o pérdida de derechos

Artículo 25°) ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL:

Las coberturas previstas en las Cláusulas Anexas son de carácter estrictamente prestacional.

El Asegurador, a través de la Red de Prestadores, brindará al Asegurado las prestaciones que éste pudiere demandar, para el tratamiento de su Enfermedad o Accidente.

Si el Asegurado incurriera en cualquier gasto médico o si recibiera atención médica en un Establecimiento Asistencial o por un proveedor médico, distinto a los indicados por el Asegurador, no se efectuará reintegro alguno de los mismos.

Únicamente en los casos en que resultara imposible la comunicación al Asegurador para la atención de una urgencia y/o emergencia o cuando comunicada, éste no pudiera brindar la prestación en el plazo que demande la gravedad de la afección, el Asegurado podrá requerir su atención en un prestador no incluido en el listado, dando inmediato aviso al Asegurador en un plazo máximo de 24 horas.

Sólo en este supuesto, el Asegurador, previa verificación de los hechos, de acuerdo a lo establecido en el artículo 24, reintegrará los gastos derivados de prestaciones en especie incurridos por el Asegurado, dentro de los 30 días de consolidado el siniestro-

Queda expresamente convenido, que el Asegurador no será responsable por los daños y perjuicios producidos por los profesionales intervinientes con motivo de la prestación de los tratamientos y/o servicios médicos, como así también en las intervenciones quirúrgicas a las que debiera someterse el Asegurado.

El Asegurado se obliga a relevar del secreto médico a todos los profesionales o instituciones asistenciales que lo atienden o hubieren atendido con motivo de su afección.

Artículo 26°) RETICENCIA

Toda declaración falsa o toda reticencia, aún hecha de buena fe, en que incurra el Asegurado al proponer la celebración del contrato de seguro, hacen nulo el seguro, quedando en ese caso la prima a beneficio del Asegurador. Siendo la propuesta una parte integrante del seguro, el proponente debe dar debida respuesta a todos y cada uno de los datos sobre los que se requiere información.

El Asegurador deberá alegar la reticencia dentro de un plazo máximo de tres meses a contar desde su conocimiento del hecho que la constituye. Vencido dicho plazo, caducará su derecho de alegarla en el futuro.

Artículo 27°) PLURALIDAD DE SEGUROS

Si los asegurados o contratantes ya hubieren cubierto el mismo interés y riesgo mediante la contratación de seguros anteriores (ya sea con el Asegurador u otros), el asegurado o contratante deberán comunicarlo por escrito al Asegurador con indicación del Asegurador, suma asegurada y vigencia. En tal caso, si el capital asegurado por la póliza contratada supera a las sumas aseguradas anteriormente, el Asegurador garantizará exclusivamente por el exceso de cobertura. Los asegurados y contratantes también deberán comunicar por escrito al Asegurador toda renuncia, rescisión y modificación de la póliza anterior.

Asimismo, los asegurados o contratantes deberán dar aviso por escrito al Asegurador de la celebración posterior de cualquier contrato que

cubra el riesgo amparado por esta póliza.

La omisión de los asegurados o contratantes de efectuar las comunicaciones exigidas en este artículo determinará la caducidad del derecho indemnizatorio y de cualquier beneficio establecido en esta póliza.

Artículo 28°) DUPLICADO Y COPIAS DE POLIZA Y DE CERTIFICADOS

1) En caso de robo, pérdida o destrucción de la póliza o de cualquier Certificado Individual, el Contratante y/o el Asegurado podrán obtener su sustitución por un duplicado. Las modificaciones o suplementos que se incluyan en el duplicado, a pedido del Contratante o del Asegurado, según el caso, serán los únicos válidos.

2) El Contratante y/o 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 o del correspondiente Certificado Individual.

3) Serán por cuenta de los solicitantes los gastos que origine la extensión de duplicados y copias.

Artículo 29°) CESIONES

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

Artículo 30°) 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 de los Asegurados Principales, según el caso, salvo cuando la ley los declare expresamente a cargo exclusivo del Asegurador.

Artículo 31°) CÓMPUTO DE LOS PLAZOS. NOTIFICACIONES

Todos los plazos de días, indicados en la presente Póliza, se computarán corridos, salvo disposición expresa en contrario. Toda comunicación, denuncia y/o notificación deberá efectuarse por telegrama colacionado u otro medio fehaciente en el domicilio especial de las partes.

Todos los plazos que venzan en día inhábil o feriado se entenderán prorrogados hasta el primer día hábil siguiente

Artículo 32°) DOMICILIO PARA LAS DENUNCIAS Y DECLARACIONES

El domicilio en el que las partes deben efectuar las denuncias, declaraciones y demás comunicaciones previstas en este contrato es el último declarado por éstas, por escrito y dirigido al domicilio contractual vigente.

Artículo 33°) MONEDA DE PAGO

Los pagos a cargo del Contratante y/o Asegurado, en su caso, deberán realizarse en la moneda que se establezca en las Condiciones Particulares.

Por su parte, el Asegurador deberá cumplir los compromisos derivados de la presente póliza en la moneda en que se haya efectuado el contrato.

Asimismo queda expresamente convenido que si al momento que se debe pagar el beneficio correspondiente en la moneda pactada, esta fuere indisponible por causas no imputables al Asegurador, el beneficiario sólo tendrá derecho a exigir la entrega de su equivalente en moneda de curso legal en la República Oriental del Uruguay según la cotización del Banco de la República Oriental del Uruguay para la moneda pacata tipo vendedor, al día hábil inmediato anterior a la fecha del respectivo pago.

Por otra parte, se deja aclarado que si al momento que se debe pagar la prima correspondiente en la moneda pactada, esta fuere indisponible por causas no imputables ni al Contratante ni al Asegurado, el Asegurador sólo tendrá derecho a exigir la entrega de su equivalente en moneda de curso legal en la República Oriental del Uruguay según la cotización del Banco de la República Oriental del Uruguay para la moneda pacata tipo comprador, al día hábil inmediato anterior a la fecha del respectivo pago.

Artículo 34°) PRESCRIPCIÓN

Las acciones fundadas en esta póliza y/o en los certificados respectivos, según el caso, prescriben al año de ser exigible la obligación correspondiente.

Artículo 35°) JURISDICCIÓN

Toda controversia judicial relativa a la presente póliza, y a los respectivos certificados, según el caso, será dirimida ante

la sede judicial de Montevideo, República Oriental del Uruguay.