

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 Nº 17418 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 sufra durante la vigencia del seguro algún accidente que fuera la 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 40 – 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: Riegos no asegurados

Quedan excluidos de este Seguro:

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 40.

1. Las lesiones causadas por la acción de los rayos "x" y similares, y de cualquier elemento radiactivo, u originadas en reacciones nucleares; las lesiones imputables a esfuerzo salvo los casos contemplados en el punto 1 del Artículo 40; 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 40 o del tratamiento de las lesiones por él producidas.
2. 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.

3. 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 40; 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.
8. El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.) en cualquiera de sus manifestaciones, derivaciones o consecuencias directas o indirectas, y todas las enfermedades causadas por y/o relacionadas con el virus HIV; y enfermedades que son transmitidas sexualmente.
9. Los accidentes causados por hechos de guerra civil o internacional.
10. Los accidentes causados por hechos de guerrilla, rebelión, terrorismo, motín o tumulto popular, huelga o lock-out, cuando el Asegurado participe como elemento activo.
11. Los accidentes causados por fenómenos sísmicos, inundaciones u otros fenómenos naturales de carácter catastrófico.
12. 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.
13. Suicidio o su tentativa, aún 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

El Seguro no ampara a los sordos, ciegos, miopes con más de diez de dioptrías, mutilados, afectados con invalidez superior al 10% según el Artículo 2 de las Condiciones Generales Específicas de Invalidez; paralíticos, epilépticos, toxicómanos, alienados, o aquellas personas que en razón de defectos físicos o enfermedades graves que padezcan o de las secuelas de las que hubiesen padecido, constituyen un riesgo de accidente agravado de acuerdo con el Artículo 11. Se excluyen también las personas que excedan el límite de edad aceptado por el Asegurador al momento de celebrarse el contrato.

Artículo 6: Personas asegurables

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.

Cualquier persona que cumpla con los requisitos establecidos en la definición de Dependientes, podrá ser incluida en las coberturas de la presente póliza mediante solicitud del Tomador y aceptación del Asegurado.

1. El cónyuge del Asegurado Titular.

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 Dependientes 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 ingresos 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 en 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.

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, cuando en conjunto excedan la suma que a tal efecto conste en las Condiciones Particulares.

En caso de hallarse el Asegurado cubierto por un importe superior a dicha suma, sin conocimientos y aceptación expresa de los aseguradores, éstos indemnizarán a prorratas de sus respectivas sumas aseguradas, solamente hasta la suma a que se refiera 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 SMG LIFE de Seguros de Vida 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 del 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 plano 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 del 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 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 deberá notificar su decisión de rescindir en el término de siete días.

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 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: Pago de la prima

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 la "Cláusula de Cobranza de Premios" que forma parte integrante del presente contrato.

Las primas deberán ser pagadas 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.

El importe de las primas podrá ser ajustado en cada aniversario de la póliza por el Asegurador o en cualquier momento, si las mismas no hubieran sufrido modificaciones durante los 12 meses anteriores.

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.

Las primas podrán ser pagadas en efectivo por adelantado en anualidades o en cuotas con el recargo que fije el Asegurador.

Si las primas se pagaran fraccionadas en períodos menores de un año, el Asegurador deducirá de la suma asegurada, las fracciones de prima que en el momento de liquidarse la póliza por fallecimiento del Asegurado faltasen para completar la prima del año de seguro en curso.

En los seguros polianuales el Asegurador gana la prima de los períodos transcurridos, incluyendo el del siniestro (hasta la prima total cobrada), calculada sobre la base de la tarifa anual.

Artículo 13: Plazo de gracia

El Asegurador concede un plazo de gracia de 40 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, el plazo de gracia se contará desde la fecha de vigencia de esta póliza. Para el pago de las primas siguientes dicho plazo de gracia correrá a partir de las 12 horas del día del vencimiento establecido en las Condiciones Particulares.

Vencido el plazo de gracia y no abonada la prima, caducarán los derechos emergentes de esta póliza.

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

Si durante el Plazo de Gracia se produjera el fallecimiento del Asegurado, se deducirá de la suma a abonarse, la prima o fracción de prima impaga vencida.

Artículo 14: Falta de pago de las primas

Si cualquier prima no fuese pagada dentro del plazo de gracia, esta póliza caducará automáticamente, pero se adeudará al Asegurador la prima correspondiente al plazo 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 fecha de envío de tal solicitud, más los gastos administrativos que resultasen de ello.

Artículo 15: Facultades de Productor o Agente

El Productor o Agente de Seguros, cualquiera sea su vinculación con el Asegurador, autorizado por éste para la mediación, sólo está facultado con respecto a las operaciones en las cuales interviene para:

- a. Recibir propuestas de celebración y modificación de contratos de seguros.
- 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 16: 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 17: Comprobación del fallecimiento

Corresponde a los Beneficiarios o a sus representantes, 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 al 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 18: 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 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: dentro de los quince (15) días de recibida la denuncia y/o constancias de la invalidez, contados desde la fecha que sea posterior, el Asegurador, 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 resultan concluyentes en cuanto al carácter de invalidez, el Asegurador podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor a 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 19: Valuación de peritos

Si no hubiera acuerdo entre las partes, las consecuencias indemnizables del accidente serán determinadas por los 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 pagados por la parte cuyas pretensiones se alejen más del dictamen definitivo, salvo en caso de equidistancia en que se pagarán por mitades entre las partes.

Artículo 20: Residencia en el extranjero

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

Artículo 21: 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 22: Designación de Beneficiario

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

Designadas varias personas sin indicación de cuota parte, se entiende que el beneficio 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 contrato 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 23: Cambio de Beneficiario

El Asegurado o Tomador podrá cambiar en cualquier momento el 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 de 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 aquellas 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 24: Cumplimiento de la prestación del Asegurador

El pago se hará efectivo dentro de los quince (15) días de notificado el siniestro, o de cumplidos los requisitos a que se refieren los Artículos 16, 17 y 18 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. Con un plazo máximo de dieciocho (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 la muerte. Si apareciera el Asegurado o se tuvieran 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 25: 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 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 26: Rescisión unilateral

Sin perjuicio de las demás causales de rescisión y caducidad ya previstas, cualquiera de las partes tiene derecho a rescindir el presente contrato sin expresar causa. Cuando el Asegurador ejerza este derecho, dará un preaviso no menor de quince (15) días. Cuando lo ejerza al 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 las 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 27: 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 28: Cómputo de plazos

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

Artículo 29: 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 el nacimiento de su derecho a la prestación por parte del Asegurador.

Artículo 30: Prórroga de jurisdicción

Toda controversia judicial que se plantee en relación al presente contrato, se sustanciará entre 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 31: 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. A partir del momento en que el Asegurado haya recibido, por aplicación de las Condiciones Particulares, indemnizaciones equivalentes al capital asegurado.
- c. Si la póliza cubre el riesgo de incapacidad total, a partir de la fecha en que el Asegurado quedase comprendido en sus beneficios.
- d. Si se liquidase la póliza por cualquier motivo.
- e. A partir de la fecha en que el Asegurado cumpla la edad máxima estipulada en las Condiciones Generales Específicas de cada cobertura.

Artículo 32: 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 33: Moneda del contrato

Las obligaciones de las partes se cancelarán en moneda del contrato, la que se especifica en las Condiciones Particulares.

Todos los pagos a cargo del Asegurado deben ser efectuados en la moneda del contrato, quedando a criterio del Asegurador la aceptación de pagos en otra moneda, en la medida en que la legislación permita su libre convertibilidad a la moneda del contrato.

Si el contrato se hubiera pactado en moneda extranjera y, como consecuencia de cualquier disposición cambiaria emanada del Banco Central de la República Argentina u otro organismo competente, fuera imposible para las partes cumplir con sus obligaciones en la moneda pactada o existieran divergencias respecto del valor de la moneda extranjera utilizada, dichas obligaciones se convertirán de acuerdo con lo que oportunamente disponga la autoridad de control cambiario o de seguros.

En caso de que dichos organismos no se expidan, se aplicará la Cláusula de conversión que forma parte de la presente póliza.

Artículo 34: Modificación del contrato

Cualquier modificación al contrato deberá realizarse por escrito y refrendada por los funcionarios autorizados del Asegurador, de lo contrario carecerá de todo valor.

Artículo 35: Cesión de derechos

Cualquier cesión de derechos, gravamen, caución o garantía que tenga por base este contrato, deberá notificarse fehacientemente por escrito al Asegurador, el que lo hará constar en la póliza por medio de un endoso / anexo. Sin estos requisitos, los convenios realizados por el Asegurado con terceros, no tendrán ningún valor para el Asegurador y éste sólo reconocerá como propietaria de la póliza a la persona cuya vida se asegura.

Artículo 36: 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 37: Renovación

Este seguro será renovado automáticamente por períodos de un año, salvo que cualquiera de las partes de aviso a la otra por escrito que es su voluntad darlo por rescindido, en el caso del Asegurador, con un preaviso no menor de quince (15) 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 38: Rehabilitación

No obstante lo dispuesto en el Artículo 13, el Tomador podrá, dentro de los 30 días siguientes al último día del Plazo de Gracia señalado en el mencionado artículo, pagar la prima de este seguro o la parte correspondiente de ella si se ha pactado su pago fraccionado; en este caso, por el sólo hecho del pago mencionado, los efectos de este seguro se rehabilitarán a partir de las cero horas del día siguiente a la fecha del pago, y la vigencia original se prorrogará automáticamente por el lapso igual al comprendido entre el último día del mencionado Plazo de Gracia y la fecha en que surte efecto la rehabilitación.

Sin embargo, si a más tardar al hacer el pago de que se trata, el Tomador solicita por escrito que este seguro conserve su vigencia original, el Asegurador ajustará y su caso, devolverá de inmediato a prorrata la prima correspondiente al período durante el cual casaron los efectos del mismo cuyos momentos inicial y terminal se indican al final del párrafo precedente.

Sin perjuicio de sus efectos automáticos, la rehabilitación a que se refiere esta cláusula deberá hacerla constar el Asegurador para fines administrativos, en el recibo que se emita con motivo del pago correspondiente y en cualquier otro documento que se emita con posterioridad a dicho pago.

El Asegurado podrá obtener su rehabilitación siempre que cumpla con las pruebas de asegurabilidad satisfactorias a juicio de la Compañía y 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 pago de la prima impaga y hasta las cero horas del día siguiente de efectuado el pago.

Artículo 39: Repatriación de restos

En caso de fallecimiento del Asegurado por accidente en el exterior, y de acuerdo con los Riesgos no Cubiertos, se cubren los gastos de repatriación del cuerpo al país de residencia permanente y habitual. Quedan excluidos los gastos de funerales e inhumación.

Artículo 40: Definiciones

Para 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 por intoxicación por vapores o gases, la asfixia por inmersión u obstrucción en el aparato respiratorio que no provenga de enfermedad; la intoxicación o envenenamiento por ingestión de sustancias tóxicas o alimentos en mal estado consumidos en lugares públicos o adquiridos en tal estado; las quemaduras de todo tipo producidas por cualquier agente, salvo lo dispuesto en el Artículo 4, inc. 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, varices 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 Dependientes que se indican en las Condiciones Particulares de esta póliza.
 - 3.1. Asegurado 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 la póliza, de 65 años o de la edad límite fijada en las Condiciones Particulares.
 - 3.2. Dependientes: las siguientes personas, siempre y cuando no tengan ingresos por trabajo personal y dependan económicamente del Asegurado Titular:
 - Su cónyuge, si a la fecha de emisión de la póliza, su edad es menor 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.
 - 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 ha 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.

SEGURO INTEGRAL DE ACCIDENTES**RIESGOS NO CUBIERTOS
ARTÍCULO 4 - CONDICIONES GENERALES**

Quedan excluidos de este Seguro:

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 40.

1. Las lesiones causadas por la acción de los rayos "x" y similares, y de cualquier elemento radiactivo, u originadas en reacciones nucleares; las lesiones imputables a esfuerzo salvo los casos contemplados en el punto 1 del Artículo 40; insolación, quemaduras por rayos solares, enfriamiento y demás efectos de las condiciones atmosféricas o ambientales, psicopatías transitorias o permanentes y de operaciones quirúrgicas o tratamientos; salvo que cualquiera de tales hechos sobrevenga a consecuencia de un accidente cubierto conforme con el punto 1 del Artículo 40, o del tratamiento de las lesiones por él producidas.
2. 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.
3. 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 40; 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.
8. El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.) en cualquiera de sus manifestaciones, derivaciones o consecuencias directas o indirectas, y todas las enfermedades causadas por y/o relacionadas con el virus HIV; y enfermedades que son transmitidas sexualmente.
9. Los accidentes causados por hechos de guerra civil o internacional.
10. Los accidentes causados por hechos de guerrilla, rebelión, terrorismo, motín o tumulto popular, huelga o lock-out, cuando el Asegurado participe como elemento activo.
11. Los accidentes causados por fenómenos sísmicos, inundaciones u otros fenómenos naturales de carácter catastrófico.
12. 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.
13. 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.

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: Terminación de la cobertura

La cobertura correspondiente a cada Asegurado, terminará cuando cumpla 70 años de edad.

Artículo 3: Dedución de otras indemnizaciones

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.-

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 determina 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 o incurable de un oído.	15%
Ablación de la mandíbula inferior.	50%

b) Miembros superiores:

	<u>Der.</u>	<u>Izg.</u>
Pérdida total de un brazo.	65%	52%
Pérdida total de una mano.	60%	48%
Fractura no consolidada de un brazo (seudoartrosis 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 medio.	9%	7%
Pérdida total del anular o el meñique.	8%	6%

c) Miembros inferiores:

Pérdida total de una pierna.	55%
Pérdida total de un pie.	40%
Fractura no consolidada de un muslo (seudoartrosis total).	35%
Fractura no consolidada de una pierna (seudoartrosis total).	30%
Fractura no consolidada de un pie (seudoartrosis total).	20%
Fractura no consolidada de una rótula.	30%

Anquilosis de la cadera en posición no funcional.	40%
Anquilosis de la cadera en posición funcional.	20%
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.	18%
Acortamiento de un miembro inferior de por lo menos 5 cm.	15%
Acortamiento de un miembro inferior de por lo menos 3 cm.	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 invalidez deriva de pseudoartrosis, la indemnización no podrá exceder el 70% de la que corresponda por la pérdida total del miembro u órgano afectado.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo si se ha producido por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponda 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 invalidez total 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 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 u 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 el máximo de la cobertura.

Artículo 3: Terminación de la cobertura

La cobertura correspondiente a cada Asegurado terminará cuando cumpla 65 años de edad.

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.

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 del pago de las cuotas).

El componente financiero se calculará de acuerdo a lo dispuesto en el art. 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 de premio.

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, confo rme lo dispuesto por el punto 5, del inciso b) del art. 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 a la misma.

Artículo 2:

Vencido cualquiera de los plazos de pago del premio exigible sin que éste se haya producido, la cobertura quedará automáticamente suspendida desde la hora veinticuatro (24) del día de vencimiento impago, sin necesidad de interpelación extrajudicial o judicial alguna ni constitución en mora, la que se producirá por el solo vencimiento de ese plazo. Sin embargo, el premio correspondiente al período de cobertura suspendida quedará a favor del Asegurador como penalidad.

Toda rehabilitación surtirá efecto desde la hora cero (00:00) del día siguiente a aquél en que la Aseguradora reciba el pago del importe vencido.

Sin perjuicio de ello, el Asegurador podrá rescindir el contrato por falta de pago. Si así lo hiciera quedará a su favor como penalidad, el importe del premio correspondiente al período transcurrido desde el inicio de la cobertura hasta el momento de la rescisión, calculado de acuerdo a lo establecido en las Condiciones de Póliza sobre rescisión por causa imputable al Asegurado.

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

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

Artículo 3:

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

Artículo 4:

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

Artículo 5:

Cuando la prima quede sujeta a la liquidación definitiva sobre la base de las declaraciones que deba efectuar el Asegurado, el premio adicional deberá ser abonado dentro de los dos (2) meses desde el vencimiento del contrato.

Artículo 6:

Todos los pagos que resulten de la aplicación de esta Cláusula se efectuarán en las oficinas del Asegurador o en el lugar que se conviniese fehacientemente entre el mismo y el Asegurado.

Artículo 7:

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

SEGURO INTEGRAL DE ACCIDENTES**CONDICIONES GENERALES ESPECÍFICAS
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 que tienda a derribar los poderes constituidos u 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 participasen 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 descriptos, como ser: revolución, sublevación, usurpación del poder, insurrección, insubordinación, conspiración.

Artículo 4: Hechos de rebelión

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, son rebelarse contra el Gobierno Nacional o que se atribuyan, los derechos del pueblo, tratando de arrancar alguna concesión favorable a su pretensión.

Se entienden equivalentes a los de sedición otros hechos que encuadran en los caracteres descriptos, 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 público, desórdenes, revueltas, 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 guerrillas

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 la población.

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

Artículo 8: Hechos de terrorismo

Se entienden 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 ésta o a determinadas actividades. No se consideran hechos de terrorismo aquellos aislados o esporádicos de simple malevolencia que no denoten 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 núcleo 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 entiende 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 del seguro.

SEGURO INTEGRAL DE ACCIDENTES**CONDICIONES GENERALES ESPECÍFICAS
CON LA PRIMA EXCLUSIVAMENTE A CARGO DEL CONTRATANTE****Artículo 1:**

El Contratante declara al concertar el seguro que la prima se encuentra exclusivamente a su cargo.

Artículo 2:

El presente seguro rige para cada una de las personas comprendidas en la nómina anexa a la póliza y por las prestaciones especificadas en la misma, mientras permanezcan al servicio del Contratante.

Los ajustes de la prima que correspondan con motivo de la exclusión de asegurados cesantes en el empleo o de la incorporación de nuevos asegurados, se efectuarán a prorrata del tiempo transcurrido como asegurado o del que falte hasta el vencimiento de la póliza desde el día de la notificación de la cesantía al Asegurador, o de la aceptación por el mismo de la incorporación de los nuevos asegurados, respectivamente, teniendo en cuenta la prima a aplicar de acuerdo con el riesgo.

En los casos de seguro a prima única, contratados por varios años, si la exclusión o inclusión de personal se produjera luego de transcurrido el primer año, el Asegurador retendrá o percibirá la prima anual a prorrata del tiempo transcurrido o a transcurrir hasta el vencimiento de la póliza.

Cuando las exclusiones e inclusiones fueran simultáneas, la prima a retener o a percibir se calculará sobre el saldo de capital no compensado entre ellas y en la forma indicada precedentemente.

Artículo 3:

Se instituye beneficiario en primer término al Contratante, con preeminencia sobre los restantes beneficiarios que conservarán su derecho sólo sobre el saldo de la prestación: a) por el monto que resultase de cualquier responsabilidad civil o legal que tuviera que asumir con motivo de accidentes cubiertos por la póliza que sufrieran los asegurados a que se refiere el inciso 2 de esta Cláusula: b) por el monto del perjuicio concreto resultante de un interés económicamente lícito que demostrara con respecto a la vida o salud de los asegurados a que se refiere el inciso 2 de esta Cláusula, cuando éstos sufrieran accidentes cubiertos por la Póliza.

Artículo 4:

Previa citación al Contratante para que en el término de tres días haga valer su derecho al cobro preferente conforme con el inciso anterior, el pago del saldo de las prestaciones se hará directamente a los demás asegurados o beneficiarios que justifiquen sus derechos. En caso de desacuerdo entre los interesados, se consignará judicialmente el importe.

SEGURO INTEGRAL DE ACCIDENTES**CONDICIONES GENERALES ESPECÍFICAS
REINTEGRO DE GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE****Artículo 1: Beneficio**

La Compañía tomará a su cargo los gastos médicos por accidente en que haya incurrido el Asegurado, a causa de cualquier accidente cubierto por la póliza, que tenga lugar durante el período de vigencia de esta cobertura.

La indemnización de la presente cláusula corresponde a los gastos cubiertos ocasionados por el accidente hasta la suma asegurada máxima. A dicho importe, se le deducirá el importe de la franquicia. Tanto la suma asegurada máxima como la franquicia estarán definidas en las Condiciones Particulares.

Los gastos cubiertos por la presente Clausula serán: los honorarios médicos, el costo de internación, los gastos por asistencia de enfermería domiciliaria, el costo de los productos farmacéuticos, los gastos ocasionados por curas de urgencia o de primeros auxilios, radiografías y tratamientos especiales mediando prescripción médica.

Se considerará como consecuencia de accidente a los gastos motivados por las lesiones que sufriera el Asegurado directa y exclusivamente por causas externas, violentas y fortuitas, ajenas a toda otra causa e independientes de su voluntad, descartándose todo tipo de enfermedad e infecciones.

Artículo 2: Carácter del Beneficio

Cualquier beneficio que reciba el Asegurado en virtud de esta cláusula, es adicional e independiente de toda otra cobertura, la cual se mantendrá en vigor, en tanto el Tomador continúe realizando, en caso de que así corresponda, el pago de las primas inherentes a la misma.

Por tratarse de un seguro de daños, si se asegura el mismo interés y el mismo riesgo con más de un Asegurador, el Asegurado notificara 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 sufrido.

Artículo 3: Comprobación del Accidente

Será condición necesaria para obtener el beneficio otorgado por esta cláusula, la presentación de las facturas originales, probatorias de los gastos efectuados, conjuntamente con la prescripción por parte del médico tratante. Tal documentación deberá ser presentada a la Compañía dentro de un plazo de hasta 10 días posteriores a la fecha en que tales gastos hayan sido incurridos.

Cualquier demora de dicha información, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia, hará perder al Asegurado el derecho a los beneficios que le corresponderían por los días anteriores a la fecha de recepción de esa información por la Compañía.

Se deberán suministrar a la Compañía todas las pruebas necesarias para la comprobación de la causa del accidente y la forma en que se produjo, reservándose la Compañía el derecho de revisar al Asegurado por facultativos de su elección y con gastos a su cargo para comprobar la procedencia de la reclamación de los beneficios. Asimismo, podrá solicitar información a los médicos que hayan asistido al Asegurado y podrá adoptar todas las medidas tendientes a comprobar y controlar las informaciones recibidas, así como esclarecer presuntos errores, simulaciones o fraudes, con todos los gastos a su cargo.

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

Artículo 4: Riesgos no cubiertos

Además de lo previsto en los artículos cuarto y quinto de las Condiciones Generales de la póliza, quedan excluidos de la presente cobertura:

- a) Los gastos por viajes y estadías para tratamientos termales o convalecencias.
- b) El suministro de lentes, aparatos ortopédicos y prótesis dentales así como aquellos consecuencia de cirugía plástica

Artículo 5: Inicio y Terminación de la Cobertura

La cobertura establecida por esta cláusula inicia su vigencia en la fecha señalada en las condiciones particulares.

La cobertura de la presente cláusula se renovará anualmente en forma automática, siempre y cuando no se produzca la rescisión del contrato ni la terminación de la misma.

La cobertura de esta cláusula termina a partir del aniversario póliza siguiente a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad máxima estipulada en las Condiciones Particulares para esta cobertura, sin perjuicio de las demás causas de terminación previstas en las Condiciones Generales.

Artículo 6: Determinación de la Cobertura

Esta cobertura queda sometida a las condiciones y estipulaciones de la póliza en cuanto no sean modificadas o derogadas expresamente por las de la presente cláusula.

¿Sabías que en Swiss Medical Seguros contamos con un Departamento de Prevención de Fraude?

Nuestra compañía está comprometida a cumplir con el decálogo de desafíos éticos propuesto en la resolución SSN 38.477, que destaca las buenas prácticas, la debida diligencia, el trato justo y la buena fe.

¿Qué es el fraude?

Es toda acción contraria a la verdad y a la buena fe, llevada a cabo con la finalidad de obtener un beneficio que no corresponde. Está penado legal, ética, moral y socialmente.

Recomendaciones:

- No firmar en blanco formularios de reclamos o denuncias de siniestros.
- No aceptar dinero, suscribir documentos o acordar apoderamientos cuyos alcances y efectos no comprendan, como tampoco reconocer hechos que no han sucedido, ni aceptar la asistencia letrada proporcionada por terceros desconocidos.
- No modificar el estado de las cosas dañadas por el siniestro como tampoco exagerar fraudulentamente los daños, emplear pruebas falsas o proporcionar información complementaria falsa.
- El fraude que afecta al asegurador es un delito. La variación, simulación o tergiversación de circunstancias personales, temporales, objetivas, de causalidad, de lugar, y la provocación deliberada, o la simulación total o parcial del acaecimiento del siniestro, son algunas de las formas de fraudes más comunes, lo que lleva a admitirlo como natural, sin comprender la gravedad que conlleva.
- No avenirse a cooperar en la realización de una maniobra de fraude.
- No aceptar ofrecimientos económicos con la pretensión de cobrar indemnizaciones por heridas autoinfligidas, simulación de accidentes, etc.
- No facilitar tus datos a terceros sin tener un motivo justificado.
- Consultar con tu aseguradora ante cualquier duda o eventualidad y comunicar novedades que surjan.
- Formular la denuncia del acaecimiento del siniestro y solicitar el número del mismo.

¡Vos también podés ayudarnos a prevenir el fraude!

En caso de conocer o sospechar de alguien que cometa fraude en seguros podés comunicarte al 0800-999-7745 o al 4363-4041. También podés enviar un correo electrónico a denuncias@swissmedical.com.ar o completar el formulario desde nuestra web: <https://www.swissmedical.com.ar/smgnewsite/smglife/fraude.php>

Enterate más:



Para denunciar un caso de fraude ante la Superintendencia de Seguros de la Nación (SSN) ingresá a www.ssn.gov.ar o comunicate al 0800-666-8400.