

Frente de póliza

Vigencia

Emitida en C.A.B.A. el día 28 de Enero de 2026

Desde las 00:00Hs	Hasta las 00:00Hs	Término	Cliente	Sección	Póliza	Endoso
01/02/2026	01/02/2027	365 Días	7348900 SECRETARIA NACIONAL DE NIÑ	ACCID. PERSONALES	1909828	0

Renueva a Póliza 1684353

CONDICIONES PARTICULARES - SEGURO INTEGRAL DE ACCIDENTES

Datos del Tomador

Nombre y Apellido /R. Social: SECRETARIA NACIONAL DE NIÑEZ, ADOLESCENCIA Y FAMILIA
Domicilio: TTE. GRAL. JUAN DOMINGO PERÓN 524
Localidad: CDAD.DE BUENOS AIRES Provincia: CAPITAL FEDERAL
CUIT: 30707046399 Condición de IVA: IVA SUJETO EXENTO

Datos de Pago

Moneda: PESOS

Modo de Facturación:MENSUAL

Condición de pago: 1 cuota

BOMBERO

Actividad:BOMBERO

Alcance de la Cobertura: LABORAL + IN ITINERE

Coberturas Y Capitales asegurados

INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL	\$ 8.000.000,00
INDEMNIZACIÓN POR INVALIDEZ TOTAL Y PARCIAL PERMANENTE POR ACCID	\$ 8.000.000,00
RENTA DIARIA POR INTERNACION POR ACCIDENTE Espera: 0 Plazo:30	\$ 60.000,00
RENTA DIARIA POR INTERNACIÓN POR ACC. - COBERTURA ADICIONAL TERAP Espera: 0 Plazo:30	\$ 120.000,00
ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA REINTEGRO DE GASTOS HASTA LA SUMA INDICADA Sin deducible	\$ 3.000.000,00
COBERTURA REINTEGRO DE GASTOS DE SEPELIO REINTEGRO HASTA LA SUMA MAXIMA INDICADA reintegro	\$ 800.000,00

Límite de Edades

Cobertura	Edad Mín. ingreso	Edad Máx. ingreso	Edad Máx. permanencia
INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL	9 años inclusive	79 años inclusive	80 años inclusive
INDEMNIZACIÓN POR INVALIDEZ TOTAL Y PARCIAL PERMANENTE POR AC	9 años inclusive	79 años inclusive	80 años inclusive
RENTA DIARIA POR INTERNACION POR ACCIDENTE	9 años inclusive	79 años inclusive	80 años inclusive
RENTA DIARIA POR INTERNACIÓN POR ACC. - COBERTURA ADICIONAL T	9 años inclusive	79 años inclusive	80 años inclusive
ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA	9 años inclusive	79 años inclusive	80 años inclusive
COBERTURA REINTEGRO DE GASTOS DE SEPELIO	9 años inclusive	79 años inclusive	80 años inclusive

Continúa en página 2

Frente de póliza

Discriminación del premio mensual por persona

Prima Pura	\$ 1.572,25
Gastos Adquisición	\$ 0,00
Gastos Administración	\$ 255,95
Prima Tarifa	\$ 1.828,20
Recargos Financieros	\$ 46,80
Otros Cargos	\$ 0,00
Tasa e Impuestos	\$ 405,00
Premio	\$ 2.280,00

Cláusulas que forman parte de la póliza

- AP3_AN29 - CLÁUSULA DE COBRANZA DEL PREMIO
- AP3_AN30 - CLÁUSULA DE INTERPRETACIÓN
- AP3_AN2 - CONDICIONES GENERALES
- AP3_AN3 - INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL
- AP3_AN12 - INDEMNIZACIÓN POR INVALIDEZ TOTAL Y PARCIAL PERMANENTE POR ACCIDENTE
- AP3_AN15 - RENTA DIARIA POR INTERNACIÓN POR ACCIDENTE
- AP3_AN17 - RENTA DIARIA POR INTERNACIÓN POR ACCIDENTE - COBERTURA ADICIONAL TERAPIA INTENSIVA
- AP3_AN20 - ASISTENCIA MÉDICO FARMACÉUTICA
- AP3_AN43 - COBERTURA REINTEGRO DE GASTOS DE SEPELIO

Personas Asegurables: Cadetes, Aspirantes e integrantes del Cuerpo Activo de Bomberos y Bomberas Voluntarios y Dirigentes de asociaciones civiles pertenecientes al Sistema Nacional Bomberos Voluntarios (SNBV), Vinculados con el Contratante.

Alcance de la cobertura: Se deja expresa constancia que el alcance de la cobertura se contempla por el hecho o en ocasión de prestar servicios a los integrantes de los cuerpos activos y las autoridades de las comisiones directivas de las entidades de 1°, 2° y 3° y de la Fundación Bomberos de Argentina del Sistema Nacional de Bomberos Voluntarios, según lo establece el Capítulo II de la LEY DE FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE BOMBEROS VOLUNTARIOS N° 27.629

Nota 1: Se deja expresa constancia que la altura máxima de los trabajos es de 40 (cuarenta) metros. Deberá utilizarse todas las medidas de seguridad que la actividad requiera.

Nota 2: Se deja constancia que se incluyen los accidentes derivados del uso de motocicletas y vehículos similares en el trayecto Itinere a las personas integrantes del cuerpo activo o comisión directiva de la asociación. Se entiende por motocicletas y vehículos similares a motocicletas, triciclos motorizados, cuatriciclos motorizados y bicicletas motorizadas y no motorizadas. Se deberá usar Chaleco reflectivo y casco según las normas vigentes de tránsito.

Nota 3: Se deja expresa constancia que se dará cobertura a las consecuencias ocasionadas por las enfermedades de cualquier naturaleza originadas por las picaduras de insectos, salvo lo especificado en el punto 1 del Artículo 35, bajo la Actividad de Bombero.

Nota 4: Contrariamente a lo indicado en el art. 2 de las exclusiones Generales de Póliza, se dará cobertura ante insolación, quemaduras por rayos solares, enfriamiento y demás efectos de las condiciones meteorológicas y ambientales, bajo la Actividad de Bombero.

Nota 5: Contrariamente a lo indicado en el art. 6 de las exclusiones Generales de Póliza, se dará cobertura ante los accidentes derivados de la navegación aérea no realizada en líneas de transporte aéreo regular, bajo la Actividad de Bombero.

Nota 6: Contrariamente a lo indicado en el art. 9 de las exclusiones Generales de Póliza, se dará

Continúa en página 3

Frente de póliza

cobertura ante los accidentes causados por fenómenos sísmicos, inundaciones u otros fenómenos naturales de carácter catastrófico, bajo la Actividad de Bombero.

Nota 7: Se deja constancia que se incluye dentro de la cobertura las actividades destinadas al rescate acuático y submarino, hasta 25 mts. de profundidad, atención de riesgo de materiales peligrosos, con las medidas de seguridad que la actividad requiera.

Nota 8: Ampliación del plazo de denuncia de siniestro.

Contrariamente a lo indicado en el primer párrafo del art 15 de las condiciones generales de la póliza, se deja constancia que:

Cargas del Asegurado o Beneficiarios:

En caso de Accidente El Asegurado o los Beneficiarios comunicarán al Asegurador el acaecimiento del siniestro dentro de los 30 (treinta) 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.

Nota 9: Se deja expresa constancia que para asegurados menores de 14 años solo estarán cubiertas aquellas actividades relacionadas con capacitación o salidas instructivas y siempre deben contar con la supervisión de la autoridad competente.

Actividades a realizar:

Nivel menor De 9-10 años actividades lúdicas, kermes.

Nivel 1 De 11-12 primer acercamiento a lo bomberil, trabaja con mangueras de bajo diámetro y caudal, actividades de tracción liviana, campamentos, nudos, etc.

Nivel 2 de 13 a 15 años, actividades referidas a la profesión manipula herramientas livianas de rescate, opera lanzas, nudos, primero auxilios básicos.

Nota 10: Se deja expresa constancia que se cubre los eventos, enmarcado dentro de las actividades del Departamento Olimpíadas y Deportes de la ANB con el objetivo de promover el entrenamiento y la vida sana, como así también un espacio de encuentro para los Bomberos de la República Argentina.

Los participantes deberán sortear las siguientes estaciones:

1. Ascenso a la torre con carga
2. Recuperación de la manguera en rollo
3. Entrada forzada
4. Avance con línea de ataque cargada
5. Rescate de una víctima.

Nota 11: Se recuerda que al momento de recibir la póliza se deberá cotejar cualquier diferencia que pueda existir dentro de un plazo de 30 días.

"Si Usted ha recibido electrónicamente la presente documentación, podrá solicitar en cualquier momento a la aseguradora un ejemplar en original".

Entre Nación Seguros S.A. en adelante "El Asegurador" con domicilio en la calle San Martín 913 5° Piso de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el Contratante, se conviene en celebrar el presente contrato de seguro, con arreglo a las Condiciones Particulares y a las Condiciones Generales Específicas y Generales que forman parte integrante de la póliza.

Cuando el texto de la póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considera aprobada por el asegurado si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza" (Artículo 12 de la Ley de Seguros).

"La entidad aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado. Por reclamos, que no hayan sido solucionados previamente por las vías de atención al público de la entidad, podrán comunicarse con este Servicio al teléfono 0800-888-9908. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web (nación-seguros.com.ar). En caso de que existiera un reclamo ante la entidad aseguradora y que el mismo no haya sido resuelto o haya sido desestimado, total o parcialmente, o que haya sido denegada su admisión, podrá comunicarse con la Superintendencia de Seguros de la Nación por teléfono al 0800-666-8400 o por correo electrónico a consultas@ssn.gob.ar."

MEDIOS HABILITADOS DE PAGO DE PREMIOS: Los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros son los siguientes: a. Entidades especializadas en cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION. b. Entidades financieras sometidas al régimen de la Ley N° 21.526. c. Tarjetas de crédito, débito o compras emitidas en el marco de la Ley N° 25.065. Cheques de terceros, los que deberán ser indefectiblemente endosados por el Asegurado o Tomador de la póliza. d. Efectivo en moneda de curso legal, mediante la utilización de un Controlador Fiscal homologado por la ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS y registrado ante la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION, únicamente hasta la suma máxima establecida en la normativa vigente. e. Cuando la percepción de premios se materialice a través del UNICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (SUSS) se considerará cumplida la obligación establecida en el presente artículo.

AVISO IMPORTANTE: Queda entendido y convenido que la Compañía, en su carácter de Sujeto Obligado, y de acuerdo a las obligaciones que emanan de la Ley 25.246 de Encubrimiento de Lavado de Activos de Origen Delictivo, sus modificatorias y la Resolución vigente emitida por la Unidad de Información Financiera respecto del Sector Asegurador, debe requerir a sus clientes la información y documentación correspondiente para el cumplimiento de la Política de Conocimiento e Identificación de Clientes.

Continúa en página 4

Frente de póliza

ESTA PÓLIZA HA SIDO APROBADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN POR PROVEÍDO N° 113.136


Martín Perla
Gerente de Suscripción Líneas Industriales

DESCRIPCIÓN DE PÓLIZA

AP3_AN29 : CLÁUSULA DE COBRANZA DEL PREMIO

(Anexo 29)

CLAUSULA DE COBRANZA DEL PREMIO

Artículo 1:

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

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

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

La prima es debida desde la celebración del contrato pero no es exigible sino contra entrega de la póliza, salvo que se haya emitido un certificado o instrumento provisorio de cobertura.

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

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

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

Artículo 2: Plazo de gracia

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

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

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

Artículo 3: Falta de pago de las Primas

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

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

Artículo 4: Rehabilitación

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

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

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

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

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

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

Artículo 5:

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

Artículo 6:

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

Continúa en página 6

Artículo 7:

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

AP3_AN30 : CLÁUSULA DE INTERPRETACIÓN
(Anexo 30)

SEGURO INTEGRAL DE ACCIDENTES

CLAUSULA DE INTERPRETACION

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

I. Definiciones:

1. Guerra Internacional: Es: i) la guerra declarada oficialmente o no, entre dos o más países, con la intervención de fuerzas regulares o irregulares organizadas militarmente, participen o no civiles en ellas, o ii) la invasión a un país por las fuerzas regulares o irregulares organizadas militarmente de otro país, y aunque en ellas participen civiles de este último o iii) las operaciones bélicas o de naturaleza similar llevadas a cabo por uno o más país(es) en contra de otro(s) país(es).
2. Guerra Civil: Es un estado de lucha armada entre los habitantes de un país o entre los habitantes y las fuerzas armadas regulares de dicho país, caracterizado por la organización militar de los contendientes, aunque sea rudimentaria, cualquiera fuese su extensión geográfica, intensidad o duración, participen o no civiles en ella, y cuyo objeto sea derrocar al gobierno del país o a alguno o todos los poderes constituidos, o lograr la secesión de una parte de su territorio.
3. Guerrilla: Es un acto(s) de violencia, fuerza, hostigamiento, amenaza, agresión o de naturaleza equivalente o similar llevado(s) a cabo contra cualquier autoridad pública de un país o contra su población en general o contra algún sector de ella o contra bienes ubicados en el mismo, por un grupo(s) armado(s), civiles o militarizados, y organizados a tal efecto -aunque lo sea en forma rudimentaria- y que i) tiene(n) por objeto provocar el caos, o atemorizar a la población, o derrocar al gobierno de dicho país, o lograr la secesión de una parte de su territorio, o ii) en el caso que no se pueda probar tal objeto, produzca(n), de todas maneras, alguna de tales consecuencias.
4. Rebelión, Insurrección o Revolución: Es un alzamiento armado total o parcial de las fuerzas armadas de un país -sean éstas regulares o no y participen o no civiles en él- contra el gobierno de dicho país, con el objeto de derrocarlo o lograr la secesión de una parte de su territorio. Se entienden equivalentes a rebelión, insurrección o revolución, otros hechos que encuadren en los caracteres descriptos, como ser: sublevación, usurpación del poder, insubordinación o conspiración.
5. Conmoción Civil: Es un levantamiento popular organizado en un país, aunque lo sea en forma rudimentaria, que genera violencia o incluso muertes y daños y pérdidas a bienes, aunque no sea con el objeto definido de derrocar al gobierno de un país o lograr la secesión de una parte de su territorio.
6. Terrorismo: Es un acto(s) de violencia, fuerza, hostigamiento, amenaza, agresión o de naturaleza equivalente o similar, llevados a cabo contra cualquier autoridad pública de un país, su población en general o contra algún sector de ella, o los bienes ubicados en el mismo, o la concreción de un acto(s) peligroso para la vida humana; o que interfieran o impidan el normal funcionamiento de cualquier sistema electrónico o de comunicación, por cualquier persona(s) o grupo(s) de personas, actuando solo(s) o en representación o en conexión con cualquier organización(es) o con fuerzas militares de un país extranjero -aunque dichas fuerzas sean rudimentarias- o con el gobierno de un país extranjero; ya sea que estos actos fueran cometidos debido a razones políticas, religiosas, ideológicas o razones similares o equivalentes, y: i) que tengan por objeto: a) provocar el caos o atemorizar o intimidar a la población o a parte de ella, o b) influenciar o derrocar al gobierno de dicho país, o c) lograr la secesión de parte de su territorio, o d) perjudicar cualquier segmento de la economía; ii) que, en caso de que dicho objeto no pueda probarse, produzca, en definitiva, cualquiera de dichas consecuencias; iii) también se entenderá como terrorismo cualquier acto(s) verificado(s) o reconocido(s) como tal(es) por el gobierno argentino. No se consideran hechos de terrorismo aquellos aislados y esporádicos de simple malevolencia que no denotan algún rudimento de organización.
7. Sedición o Motín: Se entiende por tal al accionar de grupos (armados o no) que se alzan contra las autoridades constituidas del lugar, sin rebelarse contra el Gobierno Nacional o que se atribuyen los derechos del pueblo, tratando de arrancar alguna concesión favorable a su pretensión. Se entienden equivalentes a los de sedición otros hechos que encuadren en los caracteres descriptos, como ser: asonada, conjuración.
8. Tumulto Popular: Se entiende por tal a 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 que algunos las emplearen. Se entienden equivalentes a los hechos de tumulto popular otros hechos que encuadren en los caracteres descriptos, como ser: alboroto, alteración del orden público, desórdenes, disturbios, revuelta.
9. Vandalismo: Se entiende por tal al accionar destructivo de turbas que actúan irracional o desordenadamente.
10. Huelga: Se entiende por tal a la abstención concertada de concurrir al lugar de trabajo o de trabajar, dispuesta por entidades gremiales de trabajadores (reconocidas o no oficialmente) o por núcleos de trabajadores al margen de aquellas. No se tomará en cuenta la finalidad gremial o extra gremial que motivó la huelga, así como tampoco su calificación de legal o ilegal.
11. Lock Out: Se entiende por tal: a) el cierre de establecimientos de trabajo dispuesto por uno o más empleadores o por entidad gremial que los agrupa (reconocida o no oficialmente), o b) el despido simultáneo de una multiplicidad de trabajadores que paralice total o parcialmente la explotación de un establecimiento. No se tomará en cuenta la finalidad gremial o extra gremial que motivó el lock out, así como tampoco su calificación de legal o ilegal.

Continúa en página 7

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 internacional o guerra civil, de guerrilla, de rebelión insurrección o revolución, de conmoción civil, de terrorismo, de sedición o motín, de tumulto popular, de vandalismo, de huelga o de lock out.

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

AP3_AN2 : CONDICIONES GENERALES

(Anexo 2)

CONDICIONES GENERALES

Artículo 1: Ley de las Partes Contratantes

Las partes contratantes se someten a las disposiciones de la ley de Seguros Nº 17.418 y a las Condiciones Generales Específicas y Condiciones Particulares de la presente póliza que la complementan o modifican, cuando ello es admisible.

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

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

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

Artículo 2: Riesgo Cubierto

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

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

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

Artículo 3: Residencia

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

Artículo 4: Exclusiones – Riesgos no Asegurados

Quedan excluidos de este Seguro:

1. Las consecuencias de las enfermedades de cualquier naturaleza inclusive las originadas por las picaduras de insectos, salvo lo especificado en el punto 1 del Artículo 35.
 2. Las lesiones causadas por la acción de los rayos "X" y similares, y de cualquier elemento radioactivo, u originada en reacciones nucleares; las lesiones imputables a esfuerzo salvo los casos contemplados en el punto 1 del Artículo 35; insolación, quemaduras por rayos solares, enfriamiento y demás efectos de las condiciones atmosféricas o ambientales, psicopatías transitorias o permanentes y de operaciones quirúrgicas o tratamiento; salvo que cualquiera de tales hechos sobrevenga a consecuencia de un accidente cubierto conforme con el punto 1 del Artículo 35, o del tratamiento de las lesiones por él producidas.
 3. Los accidentes que el Asegurado o los beneficiarios, por acción u omisión provoquen dolosamente o con culpa grave o el Asegurado los sufra en empresa criminal.
- No obstante, quedan cubiertos los actos realizados para precaver el siniestro o atenuar sus consecuencias o por un deber de humanidad generalmente aceptado.
4. Los accidentes causados por vértigos, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que ocurran por estado de enajenación mental, salvo cuando tales trastornos sean consecuencia de un accidente cubierto conforme al punto 1 del Artículo 35, o por estado de ebriedad o por estar el Asegurado bajo la influencia de estupefacientes o alcaloides.
 5. Los accidentes que ocurran mientras el Asegurado tome parte en carreras, ejercicios o juegos atléticos de acrobacia o que tengan por objeto pruebas o contiendas de carácter excepcional, de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo; o mientras participe en viajes o

Continúa en página 8

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, motonetas, triciclos motorizados, bicicletas motorizadas o ciclomotores 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.Los accidentes causados por hechos de guerrilla, rebelión, terrorismo, motín o tumulto popular, huelga o lock-out, cuando el Asegurado participe como elemento activo.

9.Los accidentes causados por fenómenos sísmicos, inundaciones u otros fenómenos naturales de carácter catastrófico.

10.Los accidentes que le ocurran al Asegurado mientras participe en su condición de integrante de las Fuerzas Armadas y que hayan sido provocados durante tumultos populares, rebelión, sedición, motín, insurrecciones y maniobras militares con simulacros de combate. Para el personal de la fuerza Aérea o de la Aviación Militar o naval se excluyen expresamente los accidentes derivados de la navegación aérea según se establece en las disposiciones de la Ley de Seguros y/o cuando realicen prácticas de paracaidismo.

11.Suicidio o su tentativa, 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

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

Artículo 6: Personas Asegurables

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

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

2.1.El cónyuge del Asegurado Titular.

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

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

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

a-Contraigan matrimonio;

b-Cumplan 21 años de edad, o 25 en el caso de que sean solteros y estudiantes;

c-Obtengan ingreso por trabajo personal;

d-Dejen de depender económicamente de él.

Artículo 7: Edades

Las edades mínimas y máximas de aceptación serán siempre las mismas que se estipulan 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.

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

Artículo 8: Agravación por Concausas

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

Artículo 9: Pluralidad de Seguros

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

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

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

Continúa en página 9

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

Artículo 10: Reticencia

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

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

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

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

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

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

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

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

Artículo 11: Agravación o Modificación del Riesgo

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

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

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

a-Modificación del estado físico o mental del Asegurado.

b-Modificación de su profesión o actividad.

c-Fijación de residencia fuera del país.

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

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

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

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

a-Si la agravación del riesgo le fue comunicada oportunamente, a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido.

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

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

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

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

Artículo 13: Ajuste de Primas

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

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

Artículo 14: Facultades del productor o Agente

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

a-Recibir propuestas de celebración y modificación de contrato de seguro;

b-Entregar los instrumentos emitidos por el Asegurador, referentes a contratos o sus prórrogas;

c-Aceptar el pago de la prima si se halla en posesión de un recibo del Asegurador. La firma puede ser facsimilar.

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

Continúa en página 10

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

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

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

Artículo 16: Comprobación del fallecimiento

Corresponde a los beneficiarios o a sus representantes:

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

El Asegurador se reserva el derecho de exigir la autopsia o la exhumación del cadáver para establecer las causas de la muerte, debiendo los beneficiarios prestar su conformidad y su concurso para la obtención de las correspondientes autorizaciones para realizarlas.

La autopsia o la exhumación deberán efectuarse con citación de los beneficiarios, los que podrán designar un médico para representarlos. Todos los gastos que ellas motiven serán por cuenta del Asegurador, excepto los derivados del nombramiento del médico representante de los beneficiarios.

Artículo 17: Comprobación de la Invalidez

Corresponde al Asegurado:

a- Desde el momento de hacerse aparentes las lesiones, someterse, a su cargo, a un tratamiento médico racional y seguir las indicaciones del facultativo que le asiste.

b- Enviar al Asegurador un certificado del médico que lo atiende expresando la causa y naturaleza de las lesiones sufridas por el Asegurado, sus consecuencias conocidas o presuntas, y la constancia de que se encuentra sometido a un tratamiento médico racional.

c- Presentar las constancias médicas y/o testimoniales de su comienzo y causas.

d- Remitir al Asegurador cada quince (15) días certificaciones médicas que informen sobre la evolución de las lesiones y actualicen el pronóstico de curación.

e- En caso de invalidez permanente, presentar la documentación pertinente que incluya el alta y los certificados que acreditan el grado de invalidez definitivo.

f- Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta dos exámenes médicos por facultativos designados por el Asegurador y con los gastos a cargo de éste.

g- Pagar las primas que hubiesen vencido durante el período de comprobación, sin perjuicio de su reintegro una vez acordados los beneficios.

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

Artículo 18: Valuación de Peritos

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

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

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

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

Artículo 19: Residencia en el Extranjero

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

Artículo 20: Reducción de las consecuencias

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

Artículo 21: Designación de beneficiario

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

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

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

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

Continúa en página 11

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

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

Artículo 22: Cambio de Beneficiario

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

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

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

Artículo 23: Cumplimiento de la Prestación del Asegurador

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

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

En caso de viaje aéreo del Asegurado si no se tuvieron noticias del avión por un período no inferior a dos meses, el Asegurador hará efectivo el pago de la indemnización establecida en la presente póliza para el caso de muerte. Si apareciera el Asegurado o se tuvieron noticias ciertas de él, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de las sumas pagadas, pero el Asegurado podrá hacer valer sobre tales sumas las pretensiones a que eventualmente tenga derecho en el caso de que hubiese sufrido daños resarcibles cubiertos por la presente póliza.

Artículo 24: Caducidad por Incumplimiento de Obligaciones y Cargas

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

Artículo 25: Rescisión Unilateral

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

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

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

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

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

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

Artículo 26: Domicilio para Denuncias y Declaraciones

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

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

Artículo 27: Cómputo de Plazos

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

Artículo 28: Prescripción

Las acciones fundadas en el presente contrato prescriben en el plazo de un año, computado desde que la correspondiente obligación es exigible. Los actos del procedimiento establecido por la ley o el presente contrato para la liquidación del daño, interrumpen la prescripción para el cobro de la prima y de la indemnización.

El plazo de prescripción para el beneficiario se computa desde que conoce la existencia del beneficio, pero en ningún caso excederá de tres años desde el nacimiento de su derecho a la prestación por parte del Asegurador.

Continúa en página 12

Artículo 29: Prórroga de Jurisdicción

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

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

Artículo 30: Terminación de la Cobertura

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

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

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

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

Artículo 31: Duplicado de Póliza y Copia

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

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

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

Artículo 32: Modificación del Contrato

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

Artículo 33: Impuestos, Tasas y Contribuciones

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

Artículo 34: Renovación

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

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

Artículo 35: Definiciones

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

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

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

2. Tomador: es la persona física o jurídica con la cual se celebra el contrato de seguro, por su cuenta o por cuenta de un tercero.

3. Familia Asegurable: es el Asegurado Titular y cada uno de sus Asegurados Familiares que se indican en las Condiciones Particulares de esta póliza

1. Asegurador Titular: es la persona de la cual dependen económicamente los otros miembros de la familia asegurable, que ha quedado registrado como tal y cuya edad sea menor, a la fecha de emisión, de 65 años o de la edad límite fijada en las Condiciones Particulares.

3.2. Asegurados Familiares: las siguientes personas, siempre y cuando no tengan ingresos por trabajo personal y dependan económicamente del Asegurado Titular:

- Su Cónyuge, si su edad es menor, a la fecha de emisión de la póliza, de 65 años o de la edad límite fijada en las Condiciones Particulares;
- Sus hijos solteros mayores de un mes y menores de 21 años; y

Continúa en página 13

-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

AP3_AN3 : INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL

(Anexo 3)

CONDICIONES GENERALES ESPECIFICAS

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 - Asegurados menores de 14 años

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

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

Artículo 3: Terminación de la Cobertura

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

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

Artículo 4: Carácter del beneficio

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

AP3_AN12 : INDEMNIZACIÓN POR INVALIDEZ TOTAL Y PARCIAL PERMANENTE POR ACCIDENTE

(Anexo 12)

CONDICIONES GENERALES ESPECIFICAS

INDEMNIZACION POR INVALIDEZ TOTAL Y PARCIAL PERMANENTE POR ACCIDENTE

Artículo 1: Riesgo cubierto

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

Artículo 2: Escala de beneficios

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

TOTAL

Estado absoluto e incurable de alineación mental, que no permita al asegurado ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida

100%

Fractura incurable de la columna vertebral que determine la invalidez total y permanente 100%

PARCIAL

Continúa en página 14

a)CABEZA

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

b)MIEMBROS SUPERIORES Derecho Izquierdo

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

c)MIEMBROS INFERIORES

Pérdida total de una pierna	55%
Pérdida total de un pie	40%
Fractura no consolidada de un muslo (pseudoartrosis total)	35%
Fractura no consolidada de una pierna (pseudoartrosis total)	30%
Fractura no consolidada de una rótula	30%
Fractura no consolidada de un pie (pseudoartrosis total)	20%
Anquilosis de la cadera en posición no funcional	40%
Anquilosis de la cadera en posición funcional	20%
Anquilosis de la rodilla en posición no funcional	30%
Anquilosis de la rodilla en posición funcional	15%
Anquilosis del empeine (garganta del pie) en posición no funcional	15%
Anquilosis del empeine (garganta del pie) en posición funcional	8%
Acortamiento de un miembro inferior en por lo menos 5 cm.	15%
Acortamiento de un miembro inferior en por lo menos 3cm.	8%
Pérdida total del dedo gordo del pie	8%
Pérdida total de otro dedo del pie	4%

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Continúa en página 15

Artículo 3: Terminación de la Cobertura.

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

Artículo 4: Exclusiones específicas.

Esta póliza no cubre:

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

Artículo 5: Carácter del beneficio

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

AP3_AN15 : RENTA DIARIA POR INTERNACIÓN POR ACCIDENTE
(Anexo 15)

CONDICIONES GENERALES ESPECÍFICAS**RENTA DIARIA POR INTERNACIÓN POR ACCIDENTE****Artículo 1: Riesgo Cubierto**

El Asegurador pagará, una vez transcurrido el plazo de espera estipulado en las Condiciones Particulares de esta póliza, contándose este a partir del primer día de internación, el monto de la renta diaria fijado en dichas Condiciones, durante el período del beneficio, si el Asegurado se encuentra internado en un Establecimiento Asistencial, a consecuencia de un Accidente cubierto por esta póliza. Al transcurrir el período de espera y continuar internado el Asegurado, corresponde el pago del beneficio devengado desde el primer día de internación.

El período de internación comenzará a contarse a partir de 24 horas de internación ininterrumpida.

Artículo 2: Período de Beneficio y Límite Máximo de Cobertura

Por cada Accidente cubierto se establece un período de beneficio cuya duración será igual al tiempo que el Asegurado permanezca internado, limitándose al máximo establecido en las Condiciones Particulares, no pudiendo ser este mayor a 365 días.

Artículo 3: Internaciones Sucesivas

En el caso de internaciones sucesivas, a causa de un mismo accidente, separadas por intervalos menores a un año, cada período de internación será considerado como continuación del anterior, a efectos de computar el período máximo de beneficio mencionado en el Artículo 2.

En el caso de ocurrir una internación sucesiva después de transcurridos 12 meses, independientemente de que haya sido un mismo accidente el motivo de la misma, el período máximo de beneficio será reinstalado automáticamente.

Artículo 4: Terminación de las Coberturas

La cobertura correspondiente a cada Asegurado terminará cuando:

1. A fin del mes en que el Asegurado cumpla 65 años de edad, salvo que se establezca una edad distinta en Condiciones Particulares y/o Certificado Individual. En el caso de que se hubiera cobrado prima por el período posterior a la fecha indicada, el Asegurador procederá a devolver al tomador o asegurado, según corresponda, la prima cobrada por el riesgo no corrido.
2. Se abone renta por la cantidad de días establecidos en las Condiciones Particulares.

Artículo 5: Exclusiones Específicas

Esta póliza no cubre:

1. Mutilación voluntaria, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental.
2. Tratamientos psiquiátricos y/o psíquicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.
3. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas que resulten indispensables a consecuencia de un Accidente cubierto que haya ocurrido durante la vigencia de esta póliza.
4. Cualquier tratamiento relacionado con padecimientos preexistentes a la fecha en que inicie la vigencia de la cobertura con respecto a cada Asegurado.

Artículo 6: Comprobación del Estado de Internación o Convalecencia

Continúa en página 16

Los Asegurados deberán someterse a las pruebas que permitan su comprobación, en un todo de acuerdo con las Condiciones Generales de la Póliza.

Artículo 7: Definiciones

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

1. Establecimiento Asistencial: sanatorio, hospital, clínica, instituto policlínico, etc. que se halle legalmente autorizado y que opere bajo la supervisión permanente de un médico acreditado como tal.
2. Padecimiento preexistente: cualquier padecimiento que con fecha anterior a la que se inició la cobertura para cada Asegurado:
 - a. Fue uno de los que por sus síntomas o signos no puede pasar desapercibido; o
 - b. Fue aparente a la vista; o
 - c. Fue diagnosticado por un médico.

Artículo 8: Carácter del Beneficio

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

Este beneficio es adicional e independiente de cualquier otro beneficio que adquiera el Asegurado por poseer Obra Social o Medicina Prepaga.

AP3_AN17 : RENTA DIARIA POR INTERNACIÓN POR ACCIDENTE - COBERTURA ADICIONAL TERAPIA INTENSIVA
(Anexo 17)

CONDICIONES GENERALES ESPECÍFICAS

RENTA DIARIA POR INTERNACIÓN POR ACCIDENTE
COBERTURA ADICIONAL TERAPIA INTENSIVA

Artículo 1: Riesgo Cubierto

El Asegurador pagará, una vez transcurrido el plazo de espera estipulado en las Condiciones Particulares, y durante el período de uso de la Unidad de Terapia Intensiva, el doble de la renta diaria de esta cobertura principal, si a consecuencia del Accidente cubierto que motivó la internación del Asegurado, fuera necesario el uso de dicha Unidad de Terapia Intensiva, y hasta el máximo de días estipulados en las Condiciones Particulares, no pudiendo ser éste mayor a 365 días.

Al transcurrir el período de espera y continuar el Asegurado usando la Unidad de Terapia Intensiva, corresponde el pago del beneficio devengado desde el primer día de internación.

Artículo 2: Carácter del Beneficio

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

AP3_AN20 : ASISTENCIA MÉDICO FARMACÉUTICA
(Anexo 20)

CONDICIONES GENERALES ESPECÍFICAS

ASISTENCIA MÉDICO FARMACÉUTICA

Artículo 1: Riesgo Cubierto

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

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

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

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

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

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

Artículo 2: Indemnizaciones

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

Continúa en página 17

Artículo 3: Coordinación de Beneficios

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

Artículo 4: Carácter del Beneficio.

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

Artículo 5: Terminación de la Cobertura

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

AP3_AN43 : COBERTURA REINTEGRO DE GASTOS DE SEPELIO
(Anexo 42)

CONDICIONES GENERALES ESPECIFICAS**COBERTURA REINTEGRO DE GASTOS DE SEPELIO****Artículo 1º - Objeto del Seguro**

Ocurrido el fallecimiento accidental de una persona asegurada a consecuencia de un accidente cubierto, o dentro de los 180 días siguientes a la fecha del mismo, la Aseguradora se obliga a reembolsar a la persona que acredite fehacientemente haber efectuado los gastos derivados del servicio de sepelio hasta la concurrencia de la Suma Máxima Asegurada que se indica en las Condiciones Particulares y/o Certificado Individual de Cobertura. Dicha Suma Asegurada deberá fijarse en función del Servicio de sepelio/inhumación y/o cremación solicitado.

Artículo 2º - Capitales Asegurados:

El capital individual asegurado será uniforme para todos los integrantes del grupo, pero podrá convertirse una fracción del mismo para los menores de 14 años. Los capitales individuales asegurados podrán ser modificados por la Aseguradora durante la vigencia de la póliza si el precio del servicio de sepelio pactado varía en razón de mayores costos de los elementos que lo componen, previa notificación a los Asegurados de treinta (30) días corridos, de los nuevos capitales asegurados y aceptación por parte de los mismos.

Artículo 3º - Requisitos por fallecimiento:

Ocurrido el fallecimiento de un Asegurado, el Asegurador efectuará el reintegro de los gastos de servicio de sepelio, a la persona que acredite fehacientemente haber efectuado su pago.

El Asegurado Titular en el caso del Seguro Individual y el Tomador en el caso del Seguro Colectivo, los parientes, personas allegadas o los herederos legales, según corresponda harán la correspondiente comunicación por escrito al Asegurador dentro de los tres (3) días hábiles de haberlo conocido salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.

El pago de beneficio se efectuará dentro de los quince (15) días corridos de haber recibido las siguientes pruebas:

- a) Certificado de defunción original o copia certificada del mismo.
- b) Comprobante original de los gastos realizados para el sepelio.
- c) El Certificado Individual de cobertura que amparaba al extinto, en el caso que se trate de un Seguro Colectivo.
- d) Constancia emitida por autoridad competente de cualquier actuación que se hubiera instruido con motivo del hecho que hubiere determinado su muerte.

En el caso de que la persona fallecida fuera integrante del Grupo Familiar asegurado, también se deberá presentar:

- a) La documentación probatoria del vínculo con el Asegurado Titular.
- b) Documentación probatoria de su inclusión en la póliza (Certificado Individual de cobertura)

Si un asegurado falleciera en circunstancia en que nadie se hiciera cargo del sepelio, la entidad si fuera notificada de ello se hará cargo de los gastos que demande el sepelio hasta la concurrencia de la suma asegurada máxima.

Artículo 4º - Ejecución del Contrato:

Las relaciones entre el Asegurador y los Asegurados se desenvolverán siempre por intermedio del Asegurado Titular en el caso del Seguro Individual y del Tomador en el caso del Seguro Colectivo, salvo en caso de ocurrencia del siniestro, quedando establecido que el reembolso de los gastos de sepelio del asegurado fallecido, será efectuado directamente a la persona que acredite haber efectuado los gastos.

Continúa en página 18

(Anexo 22)

CONDICIONES GENERALES ESPECÍFICAS

COBERTURA DE ACCIDENTES EN DÍA, HORARIO Y LUGAR DE TRABAJO E IN ITINERE

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

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

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