

ANEXO I – EXCLUSIONES

CGE - 001 - Anexo I

CONDICIONES GENERALES ESPECÍFICAS

COBERTURA DURANTE 24 HS DEL DÍA

Cláusula 3: Exclusiones

Quedan excluidos de la cobertura que otorga la Póliza los daños sufridos por el Asegurado que sean consecuencia inmediata o mediata de:

- a) Enfermedades de cualquier naturaleza, salvo lo especificado en el inciso c) de la cláusula 1 de las presentes Condiciones Generales Comunes.
- b) Lesiones imputables a esfuerzo.
- c) Psicopatías transitorias o permanentes y operaciones quirúrgicas o tratamientos, salvo que cualquiera de tales hechos sobrevenga como consecuencia inmediata de un Accidente o del tratamiento de las lesiones por él producidas.
- d) Accidentes que el Asegurado y/o Beneficiario provoque –por acción u omisión- dolosamente o con culpa grave o el Asegurado sufra en empresa criminal.
- e) Accidentes causados por vértigos, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que ocurran por estado de enajenación mental, salvo que tales trastornos sean consecuencia inmediata de un Accidente.
- f) Estado de ebriedad o por estar el Asegurado bajo la influencia de estupefacientes o alcaloides, excepto cuando estos últimos hayan sido administrados bajo prescripción médica.
- g) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado tome parte en carreras, ejercicios o juegos atléticos de acrobacia que tengan por objeto pruebas de carácter excepcional, o mientras participe en viajes o excursiones a regiones o zonas inexploradas.
- h) Accidentes derivados de la navegación aérea no realizada en líneas de transporte aéreo regular.
- i) Accidentes derivados de la práctica de deportes en forma profesional.
- j) Lesiones autoinflingidas, aún cuando sean cometidas en estado de enajenación mental.
- k) Accidentes causados por hechos de guerra civil o internacional que se produzcan en los países que se enumeran en las Condiciones Particulares.
- l) Accidentes causados por hechos de guerra civil o internacional, guerrilla, rebelión, terrorismo, motín o lockout, cuando el Asegurado participe como elemento activo.

- m) Accidentes ocurridos durante la práctica y/o entrenamiento de deportes de alto riesgo.
- n) Accidentes o reacciones nucleares.
- o) Accidentes derivados del uso de motocicletas y vehículos similares, salvo acuerdo en contrario.
- p) Accidentes derivados de la realización de trabajos en altura superiores a los 4 metros, salvo acuerdo en contrario.

Los siniestros acaecidos en el lugar y en ocasión de producirse los acontecimientos enumerados en los incisos k) y l) se presume que son consecuencia de los mismos, salvo prueba en contrario del Asegurado y/o Beneficiario.

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

CCGG

CONDICIONES GENERALES COMUNES

Cláusula 1: Preeminencia Contractual

Esta póliza consta de Condiciones Generales Comunes, Condiciones Generales Específicas, Condiciones Específicas, Cláusulas Adicionales y Condiciones Particulares. En caso de discordancia entre las mismas, regirá el siguiente orden de prelación:

- **Condiciones Particulares**
- **Cláusulas Adicionales**
- **Condiciones Específicas**
- **Condiciones Generales Específicas**
- **Condiciones Generales Comunes**

Cláusula 2: Vigencia

La vigencia de la presente póliza será la consignada en las Condiciones Particulares.

Cláusula 3: Objeto del Seguro

El Asegurador se compromete al pago de las indemnizaciones estipuladas en la Póliza, en el caso de que la persona designada como Asegurado sufra durante el período de vigencia del seguro algún Accidente que fuere la causa originaria de alguno de los riesgos cubiertos establecidos en las Condiciones Específicas anexas a esta póliza y siempre que las consecuencias del Accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha del mismo.

Cláusula 4: 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 ésta fuere consecuencia de un accidente cubierto por la póliza y ocurrido durante la vigencia de la misma.

Cláusula 5: Pluralidad de Seguros

Si se contratara más de un seguro de Accidentes Personales con distintos aseguradores cubriendo la misma persona por el mismo riesgo o parte de él, deberá comunicarse sin dilación tal circunstancia a cada Asegurador con indicación de la suma y riesgo asegurado.

No hay obligación de notificar los riesgos de Accidentes Personales que se cubran accesoriamente en otras ramas de seguros ni los seguros específicos de aeronavegación.

Cláusula 6: Reticencia

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

El Asegurador debe impugnar el contrato dentro de los tres meses de haber conocido la reticencia o falsedad (Art. 5 - L. de S.).

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 del riesgo (Art. 6 - L. de S.).

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 (Art. 8 - L. de S.).

En todos los casos, si el siniestro ocurre durante el plazo para impugnar, el Asegurador no adeuda prestación alguna (Art. 9 - L. de S.).

Cuando el contrato se efectúe por cuenta ajena, se juzgará la reticencia por el conocimiento y la conducta del Tomador y del Asegurado (Art. 10 - L. de S.).

Cláusula 7: Agravación o Modificación del Riesgo

El Tomador y/o 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 (Art. 38 - L. de S.).

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 (Art. 37 - L. de S.).

Se consideran agravaciones del riesgo (Art. 132 - L. de S.) 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 Tomador y/o Asegurado la cobertura queda suspendida. El Asegurador, en el término de siete días, deberá notificar su decisión de rescindir (Art. 39 - L. de S.).

Cuando la agravación resulte de un hecho ajeno al Tomador y/o 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 (Art. 40 - L. de S.).

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 cuando la agravación provenga de la práctica profesional de deportes o del uso de motocicletas.

La rescisión del contrato por agravación del 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 de seguro en curso (Art.41 - L. de S.).

Cláusula 8: 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 hubiere otorgado testamento; si lo hubiere otorgado, se tendrá por designados a los herederos instituidos. Si no se fija cuota parte, el beneficio se distribuirá conforme a las cuotas hereditarias.

Cuando el contratante no designe beneficiario o por cualquier causa la designación se haga ineficaz o quede sin efecto, se entiende que designó a los herederos (Arts. 145 y 146 - L. de S.).

Cláusula 9: Cambio de Beneficiario

El contratante podrá cambiar en cualquier momento el beneficiario designado. Para que el cambio de beneficiario surta efecto frente al Asegurador, es indispensable que éste sea debidamente notificado. Cuando la designación sea a título oneroso y el Asegurador conozca dicha circunstancia no admitirá el cambio de beneficiario.

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

Cláusula 10: Denuncia del Accidente. Procedimiento. Cargas del Asegurado y/o Beneficiario

1. El Asegurado y/o el Beneficiario –según corresponda- comunicará por escrito al Asegurador el Accidente dentro del plazo de 3 días de ocurrido, bajo pena de perder el derecho a ser indemnizado, salvo que acredite caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.
2. Desde el momento de hacerse aparente la posibilidad de ocurrencia de un Siniestro que pudiera estar cubierto por la Póliza el Asegurado deberá someterse, a su cargo, a un tratamiento médico racional y seguir las indicaciones del facultativo que lo asiste; también deberá enviarse al Asegurador un certificado del médico que atiende al Asegurado expresando las causas y naturaleza de las lesiones que éste presente, sus consecuencias conocidas o presuntas y la constancia de que se encuentra sometido a un tratamiento racional.
3. El Asegurado deberá remitir al Asegurador cada 15 días certificaciones médicas que informen sobre la evolución de su estado de salud y actualicen el pronóstico de curación.
4. El Asegurado deberá someterse al examen de los médicos del Asegurador cada vez que éste lo solicite.
5. El Asegurado y/o el Beneficiario también está obligado a suministrar al Asegurador la información y/o prueba instrumental que éste le solicite a fin de poder verificar el Siniestro y la extensión de la prestación a su cargo, como así también a permitirle al Asegurador efectuar las indagaciones necesarias a tales fines.
6. En caso de Muerte del Asegurado, el Asegurador se reserva el derecho de exigir la autopsia o la exhumación del cadáver para establecer las causas del fallecimiento, debiendo el Beneficiario prestar su conformidad y colaboración para la obtención de las correspondientes autorizaciones. La autopsia o la exhumación deberá efectuarse con citación del Beneficiario, quien podrá designar un médico para que lo represente. Los gastos de la autopsia o de la exhumación serán a cargo del Asegurador, salvo los derivados del representante médico designado por el Beneficiario.

El incumplimiento por parte del Asegurado y/o del Beneficiario –según corresponda- de las cargas impuestas en los puntos 2, 3, 4,5 y6 producirá la

caducidad automática de los derechos indemnizatorios que otorga la Póliza.

Cláusula 11: Valuación por Peritos

Si no hubiera acuerdo entre el Asegurador y el Asegurado y/o Beneficiario –según corresponda–, las consecuencias indemnizables del Accidente serán determinadas por dos médicos designados uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los 8 días de su designación, a un tercer facultativo para el caso de divergencia.

Los médicos designados por las partes deberán presentar su informe dentro de los 30 días y en caso de divergencia el tercer facultativo deberá expedirse dentro del plazo de 15 días.

Si una de las partes omitiese designar médico dentro del octavo día de requerido por la otra, o si el tercer facultativo no fuera designado en el plazo establecido en el primer párrafo, 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 tercer facultativo serán pagados por la parte cuyas pretensiones se alejen mas del dictamen definitivo, salvo en el caso de equidistancia en que se pagarán por mitades entre las partes.

Cláusula 12: Cumplimiento de la Prestación por el Asegurador

El Asegurador efectuará el pago de la Suma Asegurada correspondiente en caso de siniestro dentro de los 15 días de notificado el mismo o de cumplidos los requisitos establecidos en las cláusulas 10 y 11, el que sea posterior.

En caso de viaje aéreo del Asegurado realizado en líneas de transporte aéreo regular, si no se tuvieron noticias del avión por un período no inferior a dos meses el Asegurador hará efectivo el pago de la Suma Asegurada correspondiente a Muerte Accidental. Si con posterioridad apareciera el Asegurado o se tuvieron noticias ciertas de él, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de las sumas abonadas.

Cláusula 13: Rescisión

El Tomador y el Asegurador tendrán derecho a rescindir el contrato de seguro, sin expresar causa. Si el Asegurador ejerce la facultad de rescindir deberá

dar un preaviso no menor de 15 días. Si el Tomador opta por la rescisión, la misma se producirá desde la fecha en que el Asegurador reciba la notificación por escrito.

Si el Asegurador ejerce la facultad de rescindir, la prima se reducirá proporcionalmente por el plazo no corrido. Si el Tomador opta por la rescisión, el Asegurador tendrá derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido, según las tarifas de corto plazo.

Cláusula 14: Premio

A partir del inicio de vigencia de la Póliza, el premio correspondiente al mismo deberá ser abonado al Asegurador de la forma pactada, a través de alguno de los medios de pago previstos en la presente póliza.

Dicho pago estará sujeto a las condiciones y efectos establecidos en la “Cláusula de Cobranza del Premio” que forma parte del presente contrato.

Cláusula 15: Plazos

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

Cláusula 16: 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 las presentes Condiciones Generales Comunes, es el último declarado (artículo 15 y 16 de la Ley de Seguros).

Cláusula 17: Jurisdicción

Toda controversia judicial que se plantee en relación al presente contrato se substanciará, a opción del Asegurado, ante los jueces competentes del domicilio del Asegurado, o el lugar de ocurrencia del siniestro, siempre que sea dentro de los límites del país.

Sin perjuicio de ello, el Asegurado, según corresponda, o sus derecho-habientes, podrá/n 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.

Cláusula 18: Ámbito Geográfico

El presente seguro cubrirá los Accidentes que puedan ocurrir al Asegurado durante su tránsito o permanencia en el extranjero, salvo en aquellos países que no mantengan relaciones diplomáticas con la República Argentina, salvo indicación expresa en contrario en las Condiciones Particulares.

Asegurado con sujeción a lo establecido en las Condiciones Generales Comunes y en las respectivas Condiciones Específicas y Cláusulas Adicionales.

ACGC – 002

Cláusula Anexa a las Condiciones Generales Comunes

SEGURO COLECTIVO

Cláusula 1: Definiciones

A los fines de la presente Póliza los términos que se indican a continuación tendrán exclusivamente los siguientes significados y alcances:

- **Tomador:** es la persona física o jurídica que suscribe el presente contrato de seguro con el Asegurador y que posee un vínculo previo con las personas asegurables distinto al de la suscripción del presente seguro.
- **Asegurado:** son todas aquellas personas que forman parte del grupo regido por el Tomador, designadas como "Asegurado Titular" en el respectivo Certificado de Incorporación. También el término Asegurado comprende al grupo familiar, en los casos que así hubiera sido pactado, a través de la inclusión en la Póliza de la Cláusula Adicional respectiva.
- **Beneficiario:** es aquella persona designada por el Asegurado a quien el Asegurador debe abonar las prestaciones previstas en la Póliza para el caso de Muerte o, a falta de designación, los herederos legales del Asegurado. La designación o cambio de Beneficiario deberá efectuarse por escrito.
- **Certificado de Incorporación:** es el documento que emite el Asegurador a favor de cada uno de los "Asegurados Titulares" que conforman este Seguro Colectivo y que exterioriza y prueba la incorporación de este último, y su grupo familiar en caso de corresponder, a la Póliza contratada por el Tomador. En este documento constan las prestaciones que la Póliza otorga a cada

Cláusula 2: Obligaciones del Tomador

A los efectos del presente seguro, el Tomador se compromete a:

- a) Denunciar al Asegurador todo Accidente presumiblemente cubierto por esta Póliza.
- b) Informar al momento de ocurrida y/o conocida cualquier alta, baja y/o modificación relativa a los Asegurados.
- c) Hacer entrega a los Asegurados de los Certificados de Incorporación emitidos por el Asegurador.
- d) Denunciar al Asegurador las agravaciones / modificaciones del riesgo asumido.

El Asegurador podrá solicitar o acceder en cualquier momento a la información, documentación y registros en poder del Tomador relacionados con la ejecución de este contrato.

Cláusula 3: Variación del Grupo Asegurado

De acuerdo a lo establecido en la Cláusula precedente, el Tomador está obligado a notificar al Asegurador las variaciones que se produzcan en la composición del grupo asegurado, por el ingreso y egreso de Asegurados.

Para el caso de las personas que perteneciendo al grupo asegurable, satisfagan las condiciones de ingreso con posterioridad a la fecha de inicio de vigencia de este contrato, el seguro regirá a partir de las doce (12) horas del día siguiente a la fecha en que se cumplieren las condiciones de ingreso al seguro.

Los ajustes de la prima que correspondan con motivo de variaciones en el grupo asegurado, se efectuarán a prorrata del tiempo transcurrido como Asegurado, ya sea desde la fecha de aceptación en el caso de incorporaciones o bien desde la fecha de exclusión en el caso de bajas de Asegurados.

Cláusula 4: Terminación de la Cobertura Individual

La cobertura individual de cada Asegurado quedará

rescindida o caducará en cualquiera de los siguientes casos (el que ocurra primero):

- a) por cumplir el Asegurado la Edad Máxima de Permanencia establecida en las Condiciones Particulares.
- b) por rescisión o caducidad de la Póliza.
- c) por haberse consumido totalmente la Suma Asegurada, de acuerdo a lo que se establezca en cada Condición Específica o Cláusula Adicional.
- d) por rescisión o caducidad del Certificado de Incorporación.
- e) por dejar de pertenecer el Asegurado al grupo regido por el Tomador.
- f) por fallecimiento del Asegurado.
- g) en el caso de los Asegurados familiares, por perder la calidad de Asegurado Cónyuge o Asegurado Hijo, según haya sido definido en el respectivo Suplemento.

ACGC – 005

Cláusula Anexa a las Condiciones Generales Comunes

CLÁUSULA DE INTERPRETACIÓN

I. 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:

- 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 mas 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 o Malevolencia:** 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 extragremial que motivó la huelga, así como tampoco su calificación de legal o ilegal.

11) **LockOut:** Se entienden 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 extragremial que motivó el lockout, 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 internacional o guerra civil, de rebelión, de sedición o motín, de conmoción civil, de tumulto popular, de vandalismo, de guerrilla, de terrorismo, de huelga o de lockout.

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.

CAPÍTULO I

Artículo 1º: La vigencia de este seguro será la establecida en las Condiciones Particulares.

De esta forma, el premio de este seguro debe pagarse:

- ✓ al contado en la fecha de iniciación de la vigencia de cada período de facturación o, en caso de así convenirse,
- ✓ en la cantidad de cuotas establecidas en la póliza y también en la factura que forma parte integrante de la póliza.

En caso que el pago del premio se convenga en cuotas, la vigencia del seguro sólo tendrá lugar a partir de la hora cero del día siguiente del pago inicial (pago contado parcial), debiendo incluir la totalidad del impuesto al valor agregado correspondiente al contrato. (Texto conforme Resolución Superintendencia de Seguros de la Nación Nro. 21.600).

Sin embargo, el premio no será exigible sino contra entrega de la póliza o certificado de cobertura (Art. 30 - Ley 17.418).

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

Artículo 2º: 2.1. La cobertura que otorga la póliza quedará automáticamente suspendida cuando:

- i) vencido cualquiera de los plazos para el pago del premio exigible, este no fue realizado en término, o
- ii) por cualquier causa imputable al Tomador y/o Asegurado (ej. por haber agotado el crédito disponible), no se pudiera efectuar el cobro del premio en término a través de la tarjeta de crédito declarada por el Tomador y/o Asegurado para tal fin, o
- iii) por cualquier causa imputable al Tomador y/o Asegurado (ej. falta de fondos suficientes), no se pudiera efectuar el cobro del premio en término a través de la cuenta corriente o de la caja de ahorro declarada por el Tomador y/o Asegurado para tal fin.

2.2. Tal suspensión de cobertura se iniciará en todos los casos previstos precedentemente a partir de la hora 24 del día del vencimiento para el pago del premio exigible que no fue realizado en término.

2.3. Sin perjuicio de lo expuesto en los puntos 2.1 y 2.2 precedentes, se acuerda un plazo de gracia de 30

días corridos contados a partir de la fecha de vencimiento de cada una de las cuotas, lapso durante el cual la cobertura que otorga la póliza mantendrá su plena vigencia. El plazo de gracia antes mencionado no resulta aplicable al pago del premio correspondiente a la primer cuota.

Si el premio no fuera abonado en dicho plazo de gracia, la cobertura quedará automáticamente suspendida, debiendo el Tomador y/o Asegurado abonar el premio devengado hasta el vencimiento del plazo de gracia.

2.4. Toda rehabilitación de la cobertura suspendida por falta de pago en término surtirá efecto desde la hora cero (0) del día siguiente a aquel en que la Aseguradora reciba el pago total del importe o importes vencidos. Queda entendido y convenido que la rehabilitación de la cobertura antes mencionada regirá solamente para el futuro, pero no purgará la suspensión anterior de la misma derivada de la falta de pago del premio en el término convenido.

2.5. Transcurridos 60 días corridos desde que se suspendió la cobertura por falta de pago sin que el Tomador y/o Asegurado la haya pagado y rehabilitado la misma, el contrato de seguro quedará automáticamente resuelto de pleno derecho por el simple vencimiento del plazo y sin necesidad de interpelación extrajudicial o judicial alguna.

2.6. La gestión de cobro extrajudicial o judicial del premio o saldo adeudado, no modificará la suspensión de la cobertura o la resolución del contrato conforme a lo estipulado precedentemente.

Artículo 3º: Las disposiciones de la presente Cláusula son también aplicables a los premios de los adicionales por endosos o suplementos de la póliza.

Artículo 4º: Queda entendido y convenido que los créditos recíprocos, líquidos y exigibles que existan pendientes o que se generen por cualquier concepto, vinculados o no con este contrato de seguro u otros celebrados por las partes, se compensarán de pleno derecho hasta la concurrencia del o de los montos menores (Art. 921 del Código Civil y Comercial de la Nación).

CAPÍTULO II

DISPOSICIONES APLICABLES A LA PRESENTE CLÁUSULA DE COBRANZA DE

PREMIOS SEGÚN LO ESTABLECIDO POR LAS RESOLUCIONES N° 429/2000,90/2001 Y 407/2001 DEL MINISTERIO DE ECONOMIA DE LA NACIÓN.

De acuerdo con lo establecido en el artículo 1º de la Resolución del Ministerio de Economía N° 407/2001 que modificó las Resoluciones del Ministerio de Economía N° 429/2000 y N° 90/2001, los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros son los siguientes:

- a) Entidades especializadas en cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION.
- b) Entidades financieras sometidas al régimen de la Ley N° 21.526.
- c) Tarjetas de crédito, débito o compras emitidas en el marco de la Ley N° 25.065.
- d) Medios electrónicos de cobro habilitados previamente por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION a cada entidad de seguros, los que deberán funcionar en sus domicilios, puntos de venta o cobranza. En este caso, el pago deberá ser realizado mediante alguna de las siguientes formas: efectivo en moneda de curso legal, cheque cancelatorio Ley N° 25.345 o cheque no a la orden librado por el Asegurado o Tomador a favor de la entidad aseguradora.

Los productores asesores de seguros Ley N° 22.400 deberán ingresar el producido de la cobranza de premios a través de los medios detallados en el artículo 1º de la Resolución del Ministerio de Economía N° 407/2001.

ACGC – 010

Cláusula Anexa a las Condiciones Generales Comunes

CLÁUSULA DE PRÓRROGA AUTOMÁTICA

Se deja expresa constancia que las partes han convenido que esta póliza tendrá vigencia (mensual / bimestral / trimestral / cuatrimestral / semestral) (*), con el compromiso por parte del Asegurador de prorrogarla automáticamente por un máximo de (once / cinco / tres / dos / una) (*) prórroga/s (mensuales / bimestrales / trimestrales / cuatrimestrales / semestral) (*). Cada prórroga estará

sujeta al régimen de cobranza vigente, según la Cláusula de Cobranza del Premio que forma parte integrante de la presente póliza.

Las condiciones contractuales convenidas en la póliza original, seguirán teniendo validez durante las sucesivas prórrogas automáticas, por lo que no se adjuntarán en las futuras prórrogas.

A la finalización de la vigencia de la última prórroga, se procederá a la renovación automática de la póliza, manteniéndose las condiciones pactadas y la presente modalidad de prórroga automática en la póliza renovada, salvo indicación en contrario por parte del Asegurador, que notificará al Tomador y/o Asegurado de las modificaciones introducidas en cada renovación con una antelación no menor a 30 (treinta) días corridos, en cuyo plazo el Tomador y/o Asegurado podrá expedirse sobre la aceptación o rechazo de las nuevas condiciones. En caso que no se expida en el plazo estipulado, las nuevas condiciones se consideran aprobadas por el Tomador y/o Asegurado.

En las sucesivas renovaciones se establecerá la nueva suma asegurada, la variación tarifaria que pudiera corresponder de acuerdo a las tarifas vigentes en ese momento y el premio que surja de la aplicación de las mismas, el que deberá ser pagado de la manera convenida, por los medios habilitados por el régimen de cobranza en vigencia; todo lo cual será notificado al Tomador y/o Asegurado con una antelación no menor a 30 (treinta) días corridos, en cuyo plazo el Tomador y/o Asegurado podrá expedirse sobre la aceptación o rechazo de las nuevas condiciones. En caso que no se expida en el plazo estipulado, las nuevas condiciones se consideran aprobadas por el Tomador y/o Asegurado.

(* Se completará según corresponda.

ACGC – 011

Cláusula Anexa a las Condiciones Generales Comunes

CLÁUSULA DE RENOVACIÓN AUTOMÁTICA

Se deja expresa constancia que las partes han convenido que esta póliza tendrá vigencia anual, según lo indicado en el frente de póliza, con el compromiso por parte del Asegurador de renovarla automáticamente al finalizar su vigencia.

Las condiciones contractuales convenidas en la póliza original se mantendrán en las renovaciones automáticas, incluyendo la presente modalidad de renovación automática, salvo indicación en contrario por parte del Asegurador, que notificará al Tomador y/o Asegurado de las modificaciones introducidas en cada renovación con una antelación no menor a 30 (treinta) días corridos, en cuyo plazo el Tomador y/o Asegurado podrá expedirse sobre la aceptación o rechazo de las nuevas condiciones. En caso que no se expida en el plazo estipulado, las nuevas condiciones se consideran aprobadas por el Tomador y/o Asegurado.

En las sucesivas renovaciones se establecerá la nueva suma asegurada, la variación tarifaria que pudiera corresponder de acuerdo a las tarifas vigentes en ese momento y el premio que surja de la aplicación de las mismas, el que deberá ser pagado de la manera convenida, por los medios habilitados por el régimen de cobranza en vigencia; todo lo cual será notificado al Tomador y/o Asegurado con una antelación no menor a 30 (treinta) días corridos, en cuyo plazo el Tomador y/o Asegurado podrá expedirse sobre la aceptación o rechazo de las nuevas condiciones. En caso que no se expida en el plazo estipulado, las nuevas condiciones se consideran aprobadas por el Tomador y/o Asegurado.

ACGC – 012**Cláusula Anexa a las Condiciones Generales Comunes****CLÁUSULA DEL TOMADOR COMO BENEFICIARIO EN PRIMER TÉRMINO**

- 1) El Tomador declara al concertar el Seguro que la prima se encuentra exclusivamente a su cargo.
- 2) Se instituye beneficiario en primer término al Tomador con preeminencia sobre los restantes beneficiarios que conservarán sus derechos 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; b) por el monto del perjuicio concreto resultante de un interés económico lícito que demostrara con respecto a la vida o salud de los asegurados, cuando éstos sufrieran accidentes cubiertos por la póliza.

- 3) Previa citación al Tomador, para que en el término de tres días invoque 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 los beneficiarios que justifiquen sus derechos. En caso de desacuerdo entre los interesados, se consignará judicialmente el importe.

ACGC – 013**Cláusula Anexa a las Condiciones Generales Comunes****CLÁUSULA DE AJUSTE DE LAS SUMAS ASEGURADAS I - PORCENTAJE FIJO****Artículo 1º - Capitales Individuales Asegurados**

Queda expresamente convenido que las Sumas Aseguradas de esta póliza serán ajustadas al cumplirse la anualidad de cada Póliza o Certificado Individual, a efectos de mantener actualizados sus valores.

Artículo 2º - Índice de Ajuste

El índice de ajuste de las Sumas Aseguradas será convenido en las Condiciones Particulares de la presente póliza. De esta forma, las Sumas Aseguradas serán ajustadas al cumplirse la anualidad de cada Póliza o Certificado Individual, aplicando el porcentaje de incremento expresamente previsto en dichas condiciones.

Artículo 3º - Ajuste y notificación

En todos los casos, las nuevas Sumas Aseguradas comenzarán a regir a partir del primer vencimiento del premio inmediato siguiente a aquel en que las nuevas Sumas Aseguradas se acuerden con el Tomador o el Asegurado Titular, según el caso.

Los Asegurados Titulares serán debidamente notificados de dichos aumentos, informándose las nuevas Sumas Aseguradas con las respectivas primas a abonar.

El índice de ajuste determinado de conformidad al procedimiento descripto en el artículo

precedente, resultará de aplicación a todos los beneficios previstos en la póliza.

Artículo 4º - Primas

Las nuevas primas vigentes serán las que surjan de aplicar la tasa de prima pactada, sobre las nuevas Sumas Aseguradas ajustadas.

Artículo 5º - Aceptación por parte del Asegurado

Constituida la notificación por parte del Asegurador de las nuevas Sumas Aseguradas y respectivas primas a abonar, el Asegurado deberá informar al Asegurador si acepta o rechaza el ajuste, dentro del plazo de 30 días.

Si el Asegurado manifestara, dentro del plazo previsto en el párrafo anterior, su voluntad de continuar con las Sumas Aseguradas vigentes sin que se efectúe el ajuste, el Asegurador se obliga a mantener la cobertura de dicho Asegurado con las Sumas Aseguradas vigentes, no procediendo a realizarse ningún ajuste posterior.

CGE - 001

CONDICIONES GENERALES ESPECÍFICAS

COBERTURA DURANTE 24 HS DEL DÍA

Cláusula 1: Definiciones

A los fines de la presente Póliza, los términos que se indican a continuación tendrán exclusivamente los siguientes significados y alcances:

- **Accidente:** Se entiende por Accidente 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 considera también Accidente:
 - a) Asfixia o intoxicación por vapores o gases; asfixia por inmersión u obstrucción en el aparato respiratorio que no provenga de una enfermedad; intoxicación o envenenamiento por ingestión de

sustancias tóxicas o alimentos en mal estado consumidos en lugares públicos o adquiridos en mal estado.

- b) Quemaduras de todo tipo producidas por cualquier agente.
- c) El carbunco, tétanos u otras infecciones microbianas o intoxicaciones cuando sean de origen traumático; rabia, luxaciones articulares y distensiones, dilaceraciones y roturas musculares, tendinosas y viscerales (excepto lumbalgia, várices y hernias) causadas por esfuerzo repentino y evidentes al diagnóstico.

Asimismo, se cubren:

- d) los Accidentes que puedan ocurrir al Asegurado, ya sea en el ejercicio de su profesión declarada o mientras se halle prestando servicio militar en tiempo de paz, en su vida particular, o mientras se encuentre circulando o viajando en vehículo particular o público, terrestre o acuático, propio o ajeno, conduciéndolo o no, o en líneas de transporte aéreo regular;
- e) los Accidentes que puedan ocurrir al Asegurado durante la participación y/o práctica de deportes y/o entrenamiento, cuando tal práctica y/o participación sea no profesional;

Queda entendido y convenido que en cualquier caso el Accidente debe ocurrir durante el período de vigencia de la Póliza.

Cláusula 2: Objeto del Seguro

En virtud de la definición del término Accidente de la Cláusula precedente, los riesgos amparados en cada una de las Condiciones Específicas y Cláusulas Adicionales incluidas en la Póliza serán única y exclusivamente cubiertos si los mismos se originan en un Accidente de tránsito terrestre con las características descriptas precedentemente.

Cláusula 3: Exclusiones

Quedan excluidos de la cobertura que otorga la Póliza los daños sufridos por el Asegurado que sean consecuencia inmediata o mediata de:

- q) Enfermedades de cualquier naturaleza, salvo lo especificado en el inciso c) de la cláusula 1 de las presentes Condiciones Generales Comunes.
- r) Lesiones imputables a esfuerzo.
- s) Psicopatías transitorias o permanentes y operaciones quirúrgicas o tratamientos, salvo que

cualquiera de tales hechos sobrevenga como consecuencia inmediata de un Accidente o del tratamiento de las lesiones por él producidas.

- t) Accidentes que el Asegurado y/o Beneficiario provoque –por acción u omisión- dolosamente o con culpa grave o el Asegurado sufra en empresa criminal.
- u) Accidentes causados por vértigos, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que ocurran por estado de enajenación mental, salvo que tales trastornos sean consecuencia inmediata de un Accidente.
- v) Estado de ebriedad o por estar el Asegurado bajo la influencia de estupefacientes o alcaloides, excepto cuando estos últimos hayan sido administrados bajo prescripción médica.
- w) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado tome parte en carreras, ejercicios o juegos atléticos de acrobacia que tengan por objeto pruebas de carácter excepcional, o mientras participe en viajes o excursiones a regiones o zonas inexploradas.
- x) Accidentes derivados de la navegación aérea no realizada en líneas de transporte aéreo regular.
- y) Accidentes derivados de la práctica de deportes en forma profesional.
- z) Lesiones autoinflingidas, aún cuando sean cometidas en estado de enajenación mental.
- aa) Accidentes causados por hechos de guerra civil o internacional que se produzcan en los países que se enumeran en las Condiciones Particulares.
- bb) Accidentes causados por hechos de guerra civil o internacional, guerrilla, rebelión, terrorismo, motín o lockout, cuando el Asegurado participe como elemento activo.
- cc) Accidentes ocurridos durante la práctica y/o entrenamiento de deportes de alto riesgo.
- dd) Accidentes o reacciones nucleares.
- ee) Accidentes derivados del uso de motocicletas y vehículos similares, salvo acuerdo en contrario.
- ff) Accidentes derivados de la realización de trabajos en altura superiores a los 4 metros, salvo acuerdo en contrario.

Los siniestros acaecidos en el lugar y en ocasión de producirse los acontecimientos enumerados en los incisos k) y l) se presume que son consecuencia de los mismos, salvo prueba en contrario del Asegurado y/o Beneficiario.

CONDICIONES ESPECÍFICAS - COBERTURA DE MUERTE

Cláusula 1: Definiciones

A los fines de la Póliza y del Certificado de Incorporación, los términos que se indican a continuación tendrán exclusivamente los siguientes significados y alcances:

- **Muerte:** fallecimiento del Asegurado como consecuencia inmediata de un Accidente.

Cláusula 2: Riesgos Cubiertos-Límites Indemnizatorios

El riesgo amparado por esta Condición Específica es el de Muerte del Asegurado como consecuencia inmediata de un Accidente ocurrido durante la vigencia del seguro, y siempre que las consecuencias del Accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha del mismo.

El Asegurador indemnizará al Beneficiario la Suma Asegurada que se indica en las Condiciones Particulares y en el Certificado de Incorporación.

Cláusula 3: Carácter del beneficio

En caso de Muerte Accidental el Asegurador abonará al Beneficiario el beneficio previsto para esta cobertura. Sin embargo, el Asegurador reducirá la prestación correspondiente para Muerte Accidental en los porcentajes tomados en conjunto que hubiere abonado por otras coberturas eventualmente incluidas en la póliza (excepto las correspondientes a renta por internación y gastos médicos) como consecuencia de un Accidente o varios ocurridos durante el período de vigencia de la Póliza y del Certificado de Incorporación.

En caso de Muerte del Asegurado, quedarán sin efecto las restantes coberturas, ganando el Asegurador la totalidad de la prima.

Asistencia Odontológica, kinesiología, oftalmología y cobertura farmacéutica

Condiciones generales:

Artículo 1° - Beneficiario

Se entiende por beneficiario al titular declarado debidamente por ACE-CHUBB. El beneficiario debe tener domicilio legal y residencia habitual y permanente en la República Argentina.

Artículo 2° – Área de Cobertura

Las prestaciones detalladas en el presente anexo se brindarán en el domicilio particular declarado por el titular al momento de contratar el servicio, o en el domicilio que informe al momento de requerir la prestación, el cual deberá encontrarse dentro de la localidad donde resida el beneficiario, o donde el Prestador indique.

Artículo 3° – Operativa del servicio

Los servicios aquí incluidos deberán ser, en todos los casos, solicitados al Prestador telefónicamente a través de su central operativa por teléfono al 0800 888 2231 / 0800 888 2239, y previamente autorizados por la central operativa. Para solicitar la asistencia correspondiente el beneficiario deberá en todos los casos indicar sus datos personales, el número de póliza, DNI o cédula de identidad del titular y la clase de servicio que necesita.

Artículo 4° – Obligaciones del Beneficiario

Para permitir al Prestador asistir al beneficiario, queda expresamente convenido para todos los servicios comprendidos a continuación, la obligación a cargo del beneficiario de:

- a) Comunicarse con la Central Telefónica de Asistencia en los horarios convenidos para que se le asigne un lugar de asistencia de urgencia o programado antes de tomar cualquier iniciativa. Los gastos surgidos de la atención no autorizada por la misma no serán reconocidos
- b) Aceptar las soluciones propuestas por la Central Telefónica de Asistencia y Prestador asignado
- c) Facilitar a la Central Telefónica de Asistencia y al prestador todos los elementos necesarios para verificar fehacientemente la identidad de la persona asistida y para la rápida resolución del servicio

Artículo 5° – Servicios de Asistencia

Odontología

Atención de urgencias para el tratamiento del dolor (no contempla arreglos definitivos), coordinadas por nuestra Central Telefónica Operativa, o por reintegro en el prestador elegido por el asegurado.

Cobertura Integral:

- Consulta odontológica ante un cuadro agudo de dolor: Examen clínico / Diagnóstico / Plan de tratamiento (programado ambulatorio) / Certificados bucodentales (programado ambulatorio)
- Extracciones dentarias (programado ambulatorio)
- Obturación de caries con amalgama: Simples / Compuestas / Complejas (programado ambulatorio)
- Radiografías: Periapicales (hasta dos) / Oclusales (1) / Bite wing
- Endodoncia (tratamiento de conducto), Prótesis Removibles, y Prótesis Fija (en todos los casos, una atención por año) (programado ambulatorio)

Servicio sin copago, y con un tope máximo por prestación de \$5.000 hasta 6 consultas.

Tope global anual: \$ 30.000

Kinesiología y Fisiología

- Asistencia ambulatoria programada de fisiología – kinesiología (incluye magnetoterapia)

Modulo anual de hasta 40 sesiones sin cargo, derivadas de lesión súbita y hasta 20 sesiones sin cargo, en caso de preexistencias o cuadros crónicos.

Terapias Neurológicas: modulo anual de hasta 10 sesiones sin cargo

Terapias Respiratorias: modulo anual de hasta 10 sesiones sin cargo

Tope global anual: \$ 30.000

En todos los casos, para su tratamiento, será necesaria una orden médica, indicada por un profesional asignado por nuestra Central Telefónica de Asistencia.

Oftalmología. Cobertura Integral:

Consultas Programadas: Aquellas que se coordinan mediante turnos previos, para evacuar inquietudes y consultas sobre la especialidad, graduación de lentes para anteojos, molestias, u otras. Limitadas a 1 por mes 6 por año.

Emergencias oftalmológicas: Son aquellas emergencias médicas oculares o situación imprevista caracterizada por ojo rojo, o dolor agudo y espontáneo con o sin afección de los tejidos blandos a causa de: infecciones o inflamaciones oculares (conjuntivitis y uveítis de cualquier etiología), quemaduras químicas, traumatismo o herida ocular, cuerpo extraño (corneal), queratitis de cualquier etiología, úlceras corneales u otras afecciones corneales, que hace necesario la asistencia oftalmológica inmediata a través del diagnóstico e indicación oportuna de tratamiento. Estas consultas son atendidas ambulatoriamente en centros especializados asignados por nuestra central telefónica.

Emergencia oftalmológica con procedimiento: Son aquellas emergencias que van acompañadas de extracción de cuerpos extraños corneales superficiales. La atención de las emergencias en horarios nocturnos y días no hábiles son asistidas telefónicamente y derivadas por nuestra central de emergencias 24 hs al Centro Médico más cercano al domicilio del accidentado y en ocasiones (según el profesional a cargo lo indique) en forma programada ambulatoria

Exclusiones:

- Procedimientos quirúrgicos oculares y/o cirugías electivas oculares de cualquier índole.
- Procedimientos quirúrgicos oculares que sean generados por emergencias oftalmológicas y necesiten tratamiento quirúrgico u hospitalización del afiliado
- Emergencias producidas por crisis aguda glaucomatosa
- Consulta y/o evaluación por motivos estéticos
- Consultas y/o tratamientos de afiliados con infecciones por VIH-SIDA.
- Hospitalización
- Cirugía Láser
- Cirugía Cosmética
- Terapias y/o Rehabilitación Visual
- Estudios histopatológicos o biopsias
- Radioterapias y/o Quimioterapias
- Prótesis Oculares
- Lente intraocular

- Tratamiento de enfermedades congénitas

Para beneficiarios activos en padrón, con una antigüedad laboral superior a 6 meses, la cobertura incluye un par de lentes anual:

(Un par de lentes monofocales o bifocales orgánicos o minerales con antirreflejo (hasta +10 / -10 dioptrías) + armazón estándar sujeto a stock con 1 año de garantía)

Cobertura Farmacéutica:

Cobertura 100% de medicamentos derivados de lesiones súbitas incluidos en PMO no incluye preexistencias ni crónicos

Importante:

Red de farmacias a desarrollar dentro de 60 días aproximadamente una vez aceptada la propuesta.

Exclusiones:

- Medicamentos y/o Productos de Venta Libre
- Pastas, Polvos o Líquidos Dentífricos.
- Fórmulas Especiales o artículos para limpiar o fijar dentaduras.
- Callicidas
- Cepillos de todo tipo.
- Productos de perfumería, tocador y belleza.
- Productos para la estética corporal.
- Accesorios médicos tales como instrumental de cirugía, jeringas, productos para diagnóstico, termómetros, atomizadores, inhaladores, nebulizadores.
- Herboristería, Recetas Magistrales y productos Homeopáticos.
- Productos para contraste radiológico y de diagnóstico.
- Productos o sustancias alimenticias y dietéticas en general.
- Material radiactivo.
- Gammaglobulinas inespecíficas o polivalentes.
- Medicamentos importados no autorizados por Salud pública.
- Anorexígenos.
- Productos para la disfunción sexual masculina.
- Anestésicos.
- Parches de nicotina
- Productos alimenticios
- Hemoderivados y sustitutos de la sangre.
- Productos de presentación y/o uso hospitalario.
- Prótesis y ortesis
- Retrovirales
- Vacunas
- Psicofármacos

Artículo 6º – Exclusiones y limitaciones de asistencia médica prestaciones

La siguiente propuesta está abocada únicamente a la asistencia Odontológica, kinesiología, oftalmología y cobertura farmacéutica

Sin perjuicio de otras limitaciones especificadas en este reglamento en virtud de su naturaleza limitada y complementaria de otras coberturas médicas que posee el beneficiario, se encuentran expresamente excluidas de los servicios contratados las siguientes prestaciones:

- Todo tipo de internación clínica, incluso la de urgencia o de emergencia o internación quirúrgica y cirugía.
- Terapia intensiva o unidad coronaria en centros asistenciales.
- Terapias alternativas.
- Maternidad, parto, patología del embarazo.
- Tratamiento neonatal
- Transplantes
- Traslados programados en ambulancias o traslados en ambulancias para efectuar estudios complementarios de diagnóstico y tratamiento.
- Hemodiálisis y diálisis peritoneal.
- Prácticas en etapa experimental.
- Todo tipo de tratamientos (Histocompatibilidad, esterilidad, geriatría, obesidad alteraciones y/o enfermedades derivadas del alcoholismo, toxicomanía e intoxicaciones autoprovocadas, HIV, enfermedades oncológicas, trastornos de la alimentación, entre otros.
- Lesiones causadas por el estado de enajenación mental, en estado de ebriedad o bajo influencia de estupefacientes o alcaloides; Lesiones autoprovocadas o causadas por tentativa de suicidio o por la participación en la comisión de delitos o riñas, salvo a aquellos casos de legítima defensa.
- Prótesis y órtesis de cualquier naturaleza.
- Prácticas de alta incidencia y bajo costo.
- Las prácticas de diagnóstico y laboratorio.

Artículo 7° - Fuerza Mayor

La prestación del servicio de emergencia médica quedará suspendido en todos sus efectos en caso de cataclismos, desastres climáticos, catástrofes epidémicas, revoluciones, guerras, huelgas generales, lockout, apagones generalizados, atentados terroristas, situaciones de desorden público y, en general, por la ocurrencia de aquellos hechos que puedan ser considerados caso fortuito o fuerza mayor, eximiendo de responsabilidad al Prestador. La suspensión de los servicios contratados por causa de fuerza mayor mencionada solo resultará aceptable, eximiendo de responsabilidad al Prestador, en el ámbito geográfico en que ocurra tal hecho considerado caso fortuito o fuerza mayor.

Artículo 8° - Subrogación.

Cuando las prestaciones establecidas en estas Condiciones Generales estén también cubiertas total o parcialmente por una póliza de seguros o cualquier otro medio el beneficiario se obliga a efectuar todas las gestiones y reclamos necesarios ante la compañía de seguros o tercero que corresponda para lograr que estos respondan directamente y en primer término por el cumplimiento de las obligaciones correspondientes. Asimismo El Prestador se subroga, contra cualquier tercero, en los derechos y acciones que hayan motivado su intervención los cuales son cedidos irrevocablemente desde ya por el beneficiario o sus herederos, hasta el costo total de los servicios por ella suministrados.

Artículo 9° - Circunstancias Excepcionales.

El Prestador queda eximida de toda responsabilidad por casos fortuitos o de fuerza mayor, tales como huelgas, actos de sabotaje, guerras, catástrofes de la naturaleza, dificultades en los medios de comunicación, piquetes, actos de terrorismo, etc. Cuando elementos de esta índole interviniesen El Prestador se compromete a ejecutar sus compromisos dentro del menor plazo que fuere posible.

Artículo 10° - Reserva.

El Prestador se reserva el derecho de exigir al beneficiario el reembolso de cualquier gasto efectuado indebidamente, en caso de haberse prestado servicios no contratados, y/o fuera del período de vigencia del servicio de asistencia y/o en forma diferente a lo estipulado en las presentes Condiciones Generales.

Artículo 11° - Ley y Jurisdicción aplicable.

Para todas las cuestiones de derecho, relativas a la relación contractual entre el beneficiario y El Prestador, queda pactada la aplicación de la legislación Argentina y la jurisdicción de los tribunales nacionales de primera instancia en lo comercial de la Ciudad de Buenos Aires, República Argentina, con exclusión de cualquier otro fuero o jurisdicción, renunciándose en forma expresa a cualquier otra que pudiese corresponder.