

# ANEXO III

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

A handwritten signature in blue ink, consisting of several stylized, overlapping loops and lines, positioned vertically on the left side of the page.

Emitida en CAPITAL FEDERAL el día 26 de Diciembre de 2021

SECCIÓN	PÓLIZA N°	ENDOSO N°	VIGENCIA
ACCIDENTES PERSONALES		0	Desde las 00 Hs. del 01/12/2021 Hasta las 00 Hs. del 01/01/2022

**Datos del Tomador/Asegurado**

Nombre y Apellido / Razón Social: BANCO COMAFI SOCIEDAD ANONIMA Cod. Aseg: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: RÓQUE SAENZ PEÑA 860 P. 3  
 Localidad: 1035 CAPITAL FEDERAL Provincia: CDAD.DE BUENOS AIRES  
 CUIT: 30604731018 Condición de IVA: IVA RESPONSABLE INSCRIPTO

**PRODUCTOR:** 99980 OPERACIONES GALENO BANCA MASIVA **MATRÍCULA N°SSN:** 0 **CASILLERO:** 9999

**MODO DE FACTURACIÓN:** MENSUAL

**FRENTE DE PÓLIZA**

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

PERSONAS ASEGURABLES: CLIENTES DEL TOMADOR.

ALCANCE DE LA COBERTURA: 24HS.

NO INCLUYE LA COBERTURA DE USO DE MOTOCICLETA.

BENEFICIARIO: LOS DESIGNADOS POR EL ASEGURADO. EN CASO QUE NO HAYA UNA DESIGNACIÓN, HEREDEROS LEGALES

PRIMO POR PERSONA POR MES: \$ 3.50 (EXCLUIDE IVA, TABA DE LA SEN Y SERVICIOS SOCIALES)

Edad Mínima de Ingreso: 18  
 Edad Máxima de Ingreso: 99  
 Edad Máxima Futura de Ingreso: 99  
 Edad Límite de Permanencia: 99

La edad máxima de ingreso no es aplicable a las renovaciones, sino únicamente al pedrón original de la primera anualidad de la póliza. Cualquier ingreso posterior, inclusive en la renovación misma, es considerado Edad Máxima Futura de Ingreso.

MONEDA	PRIMA PURA	BASTOS ADQUISICIÓN	BASTOS EXPLOTACIÓN	PRIMA	REC. FINANCIERO	SUB TOTAL	
\$							
		IVA	R.O. 3337	IVARFI	LEBUTOS	LEY 20363	PREMIO

**FORMA DE PAGO**

PAGO MANUAL

**VENCIMIENTO 1° CUOTA**

15/01/2022

Las condiciones generales breves y las cláusulas especiales que seguidamente se mencionan forman parte de esta póliza.

**PÓLIZA RENOVADA**

APAM01 APN001 APSPCR00 APSPCR03 APSPCRX CGAPO1 ESAPSC01

Entre GALENO SEGUROS S.A., en adelante "EL ASEGURADOR", y quien se designa con el nombre de "TOMADOR", se convino en celebrar el presente contrato de seguro sujeto a las condiciones generales y particulares anexas en esta póliza que forman parte integrante de la misma.

Cuando el texto de la Póliza difiere del contenido de la propuesta o solicitud del seguro, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclama dentro del mes de haber recibido la póliza (art. 12 de la Ley de Seguros).

La presente póliza se emite mediante firma suelto conforme lo previsto en el punto 7.3 del Reglamento General de la Autoridad Aseguradora.

La Entidad Aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado que atenderá las consultas y reclamos que presenten los tomadores de seguros, asegurados, beneficiarios y/o derechohabientes.

El Servicio de Atención al Asegurado está integrado por un RESPONSABLE y un SUPLENTE, cuyos datos de contacto encuentran disponibles en la página web de la entidad.

En caso de que el reclamo no haya sido resuelto o haya sido desestimado, total o parcialmente, o que haya sido denegado su admisión, podrá comunicarse con la Dirección General de Seguros de la Nación por teléfono al 0800-006-8400, correo electrónico a [denuncias@gsn.gub.ar](mailto:denuncias@gsn.gub.ar) o formularlo web a través de [www.argentina.gob.ar/seg](http://www.argentina.gob.ar/seg).

PARA CONSULTAS O RECLAMOS, COMUNICARSE CON GALENO SEGUROS S.A. AL 0800-777-5433.

ESTÁ PÓLIZA HA SIDO APROBADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN POR RESOLUCION N° 2018-38505

 Diego Schirri  
 Gerente General  
 Galeno Seguros S.A.

Emitida en CAPITAL FEDERAL el día 28 de Diciembre de 2021

SECCIÓN	PÓLIZA N°	ENDOSO N°	VIGENCIA
ACCIDENTES PERSONALES		0	Desde las 00 Hs. del 01/12/2021 Hasta las 00 Hs. del 01/01/2022

**CONTINUACIÓN FRENTE DE PÓLIZA**

DETALLE DE COBERTURAS Y CAPITAL-ES ASEGURADOS (RESERVO DONDE SE INDICAN PUNTUALMENTE) :

MORTE POR ACCIDENTE .....	\$200.000.-
INVALIDEZ TOTAL Y/O PARCIAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE .....	\$250.000.-
ASISTENCIA MEDICO-FARMACEUTICA POR ACCIDENTE .....	\$1.500.-
NOCTA DIARIA POR INTERNACION POR ACCIDENTE .....	\$500.-

TIPO DE COBERTURA: COBERTURA 24 HORAS

CLÁUSULA DE AMPLIACIÓN AL USO VEHÍCULOS CON MOTOR Y TRACCIÓN PROPIA DE MOTOR DE CUATRO RUEDAS

AMPLIACIÓN DEL RIESGO CURSISTO

Artículo 1 - Queda extendido y convenido que, contrariamente a lo establecido en el inciso e) de la Cláusula 6 - Riesgos No Asegurados de las Condiciones Generales Comunes para los Seguros de Accidentes Personales, el Asegurador amplía la cobertura a los siniestros que sean consecuencia de los accidentes derivados del uso de vehículos con motor y tracción propia de menos de cuatro ruedas, siempre y cuando estos vehículos no fueran utilizados como herramienta de trabajo o uso comercial y que dicho accidente fuere la causa originaria de su muerte o invalidez permanente, total o parcial, de acuerdo a la cobertura suscripta en el frente de póliza, y que las consecuencias del mismo se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del mismo.

RIESGOS NO ASEGURADOS

Artículo 2 - Queda excluidos de esta ampliación de cobertura:

- El uso de motocicletas o vehículos artesanales
- El uso de los vehículos objeto de la presente ampliación sin contar con la licencia habilitante correspondiente



Emitida en CAPITAL FEDERAL el día 20 de Diciembre de 2021

SECCIÓN	PÓLIZA N°	ENDOSO N°	VIGENCIA
ACCIDENTES PERSONALES		0	Desde las 00 Hs. del 01/12/2021 Hasta las 00 Hs. del 01/01/2022

Detalle de Coberturas	Tasa de Prima de Tarifa
MUERTE INVALIDEZ TOTAL Y/O PARCIAL PERM. X ACC. ASISTENCIA MEDICO-FARMACEUTICA POR ACC. RENTA DIARIA POR INTERNACION	

Detalle de Riesgos												
<table border="0"> <tr> <td>RISGOO COBERTURAS</td> <td>DET</td> <td>F.Rec:</td> <td>Capital: \$</td> <td>200.000,00</td> <td>ActiV.: CLIMPER</td> </tr> <tr> <td></td> <td>DET</td> <td>F.Rec:</td> <td>Capital: \$</td> <td>200.000,00</td> <td>ActiV.: CLIMPER</td> </tr> </table>	RISGOO COBERTURAS	DET	F.Rec:	Capital: \$	200.000,00	ActiV.: CLIMPER		DET	F.Rec:	Capital: \$	200.000,00	ActiV.: CLIMPER
RISGOO COBERTURAS	DET	F.Rec:	Capital: \$	200.000,00	ActiV.: CLIMPER							
	DET	F.Rec:	Capital: \$	200.000,00	ActiV.: CLIMPER							

*[Faint background text and multiple 'PROFORMA' watermarks are visible across the page.]*

SECCIÓN	PÓLIZA N°	ENDOSO N°	VIGENCIA
ACCIDENTES PERSONALES		0	Desde las 00 Hs. del 01/12/2021 Hasta las 00 Hs. del 01/01/2022

**CLAUSULAS APLICABLES**
**ALÍNEA:**
**CLÁUSULA ADICIONAL DE REINTRO DE GASTO POR ASISTENCIA MÉDICA-FARMACÉUTICA**
**RISGO CUBIERTO**

Artículo 1 - El Asegurador se compromete al pago de los gastos de asistencia médico-farmacéutica en que haya incurrido el Asegurado bajo prescripción médica, con motivo de todo accidente cubierto por la póliza, hasta la suma máxima prevista en las Condiciones Particulares.

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

**CARÁCTER DEL BENEFICIO**

Artículo 2 - El beneficio acordado por la presente cláusula es independiente de cualquier otra cobertura otorgada bajo la presente póliza.

**MEDIDA DE LA PRESTACIÓN**

Artículo 3 - El pago de los gastos de asistencia médico-farmacéutica contemplados bajo el Artículo 1 opera por sobre los gastos cubiertos por la Obra Social o Medicina Prepaga a la cual se encuentre adherido el Asegurado, incluyendo el importe no cubierto de medicamentos recetados.

En los casos en que los gastos cubiertos por la Obra Social o Medicina Prepaga sean solo los correspondientes a la Prestación Médica Obligatoria, los demás cubiertos por la presente cláusula serán los excedentes de dicha prestación.

En los casos en que los gastos cubiertos por la Obra Social o Medicina Prepaga sean superiores a los correspondientes a la Prestación Médica Obligatoria, los gastos cubiertos por la presente cláusula serán los excedentes de dicha prestación.

En caso de no haber Obra Social o Medicina Prepaga se abonará el 100% de los gastos presentados por el Asegurado hasta la suma máxima establecida en las Condiciones Particulares y aplicando el deducible allí estipulado.

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

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 gasto incurrido.

**EQUALIDAD DE SEÑORES**

Artículo 4 - Quien asegure el mismo interés y el mismo riesgo con más de un Asegurador, notificará sin dilación en caso de siniestro, a cada uno de ellos los demás contratos celebrados, con indicación del Asegurador y de la suma asegurada, bajo pena de caducidad, salvo pacto en contrario.

En caso de siniestro, se entiende que cada Asegurador contribuye proporcionalmente al monto de su contrato, hasta la concurrencia de la indemnización debida. La liquidación de los gastos se hará considerando los contratos vigentes al tiempo del siniestro. El Asegurador que aboca una suma mayor que la proporcionalmente a su cargo, tiene acción contra el Asegurado y contra los demás aseguradores para efectuar el correspondiente reajuste.

El Asegurado no puede pretender en el conjunto una indemnización que supere el monto de los gastos incurridos. Si se celebró el seguro plural con la intención de un enriquecimiento indebido, son nulos los contratos celebrados con esa intención, sin perjuicio del derecho de los aseguradores a percibir la prima devengada en el período durante el cual concuerden esa intención, si la ignoraban al tiempo de la celebración.

**FINALIZACIÓN DE LA CUBIERTURA**

Artículo 5 - La cobertura que esta cláusula adicional otorga cesará en la fecha en que se verifique alguno de los eventos previstos en las Condiciones Generales Comunes y/o en las Condiciones Generales Específicas y en los siguientes casos:

- A partir de la fecha en que el Asegurado haya percibido la totalidad del beneficio que concede esta Cláusula Adicional.
- Por rescisión de esta Cláusula Adicional a pedido del Asegurado o del Contratante.
- A partir de la fecha en que el Asegurado supere la Suma Máxima para esta cobertura indicada en las Condiciones Particulares.

Cuando se abocen primas por períodos sucesivos, la finalización de la cobertura otorgada por la presente cláusula operará al término del período por el cual se hubieran descontado primas. En cambio, cuando se abocen primas por fracciones distintas, la mensual, la finalización de la cobertura operará el último día de cada una de ellas en que se verificaran los casos indicados en los incisos precedentes y se devolverá la prima no pagada correspondiente.



Emitida en CAPITAL FEDERAL el día 26 de Diciembre de 2021

SECCIÓN	PÓLIZA N°	ENDOSO N°	VIGENCIA
ACCIDENTES PERSONALES		0	Desde las 00 Hs. del 01/12/2021 Hasta las 00 Hs. del 01/01/2022

**CLAUSULAS APLICABLES**
**INTERPRETACIÓN DE LA CLÁUSULA**

Artículo 4 - Esta cláusula adicional queda sometida a las condiciones y estipulaciones de la póliza en cuanto no sean derogadas expresamente por las presentes condiciones.

**AFINEL**

CLÁUSULA ADICIONAL DE INVALIDEZ TOTAL Y/O PARCIAL PERMANENTE COMO CONSECUENCIA DE ACCIDENTE

**Anexo 1 - EXCLUSIONES**
**EXCLUSIONES**

Artículo 4 - Serán de aplicación las exclusiones previstas en la Cláusula 6 y 7 de las Condiciones Generales Comunes. Tampoco se considerarán como accidentes a los efectos de esta cláusula a:

- Las enfermedades producidas por afecciones cardiovasculares provocadas, desencadenadas o agravadas por esfuerzos físicos de cualquier índole
- Las enfermedades profesionales.

CLÁUSULA ADICIONAL DE INVALIDEZ TOTAL Y/O PARCIAL PERMANENTE COMO CONSECUENCIA DE ACCIDENTE

**RIESGO SUBIERTO**

Artículo 1 - El Asegurador responderá el beneficio que otorga esta Cláusula Adicional, cuando el Asegurado, como consecuencia de lesiones corporales producidas directa y exclusivamente por causas externas, violentas y fortuitas, padezca a toda otra causa no independiente de su voluntad, sufrir una Invalidez Total y/o Parcial Permanente, siempre que tal estado se hubiese iniciado y continuado ininterrumpidamente durante la vigencia de su seguro y antes de haber superado la Edad Máxima para esta cobertura indicada en las Condiciones Particulares.

Se entenderá para la aplicación de la presente cláusula que tal estado haya continuado ininterrumpidamente por 180 (180) días consecutivos.

El Asegurador no responde expresamente de la cobertura de esta cláusula los casos que afecten al Asegurado en forma temporal.

**BENEFICIO**

Artículo 2 - Una vez comprobada la Invalidez Permanente el Asegurador otorgará al Asegurado dentro de los CINCO (5) días, de conformidad con el artículo 45 de la Ley 17.419, una indemnización igual al porcentaje, sobre la Renta Asegurada para esta cobertura estipulada en las Condiciones Particulares y en el Certificado de Incorporación Individual, que corresponda de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la invalidez permanente sufrida y según se indica a continuación:

**INVALIDEZ TOTAL**

La pérdida de la vista de ambos ojos de manera total e irreparable por tratamiento médico y/o quirúrgico .....	100
La amputación o inhabilitación completa de ambas manos o de ambos pies, o de una mano y de un pie, o de una mano y pérdida de la vista de un ojo, o la pérdida de la vista de un ojo y la separación o inhabilitación completa de un pie .....	100
Estado absoluto e incurable de alcoholismo 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 incapacidad total permanente .....	100

**PARCIAL**

a) Cabeza	
Sordera total e incurable de los dos oídos .....	50
Pérdida total de un ojo o reducción de la mitad de la visión binocular superior .....	40
Sordera total e incurable de un oído .....	25
Abliación de la nariz inferior .....	20

SECCIÓN	PÓLIZA N°	ENDOSO N°	VIGENCIA
ACCIDENTES PERSONALES		0	Desde las 00 Hs. del 01/12/2021 Hasta las 00 Hs. del 01/01/2022

**CLAUSULAS APLICABLES**
**b) Miembros superiores**

Der. Izq.

Pérdida total de un brazo .....	65	52
Pérdida total de una mano .....	62	48
Fractura no consolidada de un brazo (seudoartrrosis 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 meñique .....	9	7

En caso de constar en la solicitud o propuesta que el Asegurado ha declarado ser sordo, se invertirá los porcentajes de indemnización fijados por la pérdida de los miembros superiores.

**c) Miembros inferiores**

Pérdida total de una pierna .....	35	
Pérdida total de un pie .....	40	
Fractura no consolidada de un muslo (seudoartrrosis total) .....	16	
Fractura no consolidada de una pierna (seudoartrrosis total) .....	10	
Fractura no consolidada de un pie (seudoartrrosis total) .....	20	
Anquilosis de la cadera en posición no funcional .....	40	
Anquilosis de la cadera en posición funcional .....	30	
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 .....	9	
Amputación de un miembro inferior de por lo menos 3 (tres) centímetros .....	15	
Amputación de un miembro inferior de por lo menos 1 (tres) centímetros .....	9	
Pérdida total del dedo gordo de un pie .....	9	
Pérdida total de otro dedo del pie .....	9	

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

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

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo si se ha producido por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que 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 u 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 CINCO POR CIENTO (100 %) de la suma asegurada para la presente cobertura indicada en las Condiciones Particulares.

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 OCHENTA POR CIENTO (80 %) o más, se pagará la indemnización máxima prevista, es decir CINCO POR CIENTO (100 %) de la suma asegurada.

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 exceder el máximo de la cobertura.

La indemnización por lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración que precede constituyan una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, la comparación con la de las tablas previstas y siempre independientemente de la profesión u ocupación del Asegurado.

**CARÁCTER DEL BENEFICIO**



SECCIÓN	PÓLIZA N°	ENDOSO N°	VIGENCIA
ACCIDENTES PERSONALES		0	Desde las 00 Hs. del 01/12/2021 Hasta las 00 Hs. del 01/01/2022

**CLAUSULAS APLICABLES**

**Artículo 3** - El beneficio acordado por invalidez total y permanente es sustitutivo del hospital asegurado que debiera liquidarse en caso de muerte del Asegurado, de modo que con el pago total, el Asegurado queda liberado de cualquier obligación con respecto a dicho Asegurado, salvo las obligaciones pendientes a la fecha del siniestro.

La indemnización de una incapacidad parcial permanente, conforme a los porcentajes establecidos en el Artículo 2, implicará la automática reducción del Capital Asegurado para la Cobertura Básica de Muerte por Accidente como así también los capitales de las cláusulas adicionales, conforme al monto anticipado, a partir de la fecha de la puesta a disposición del beneficio aquí previsto. En igual proporción se reducirán las primas a pagar por la cobertura principal y coberturas adicionales, desde la puesta a disposición del importe anticipado.

**EXCLUSIONES A LA COBERTURA**

**Artículo 4** - Serán de aplicación las exclusiones previstas en la Cláusula 6 y 7 de las Condiciones Generales Comunes. Tampoco se considerarán como accidentes a los efectos de esta cláusula a:

- Las enfermedades producidas por afecciones cardiovasculares provocadas, degenerativas o agravadas por esfuerzos físicos de cualquier índole.
- Las enfermedades profesionales.

**COMPROBACIÓN DE LA INCAPACIDAD**

**Artículo 5** - La determinación del estado de incapacidad a cargo del Asegurado, resultará imprescindible para establecer la procedencia del beneficio en todos los casos.

Corresponde al Asegurado:

- Denunciar la existencia de la invalidez dentro de los tres (3) días de haberse conocido, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hacerlo sin culpa o negligencia.
- Presentar las comprobaciones médicas y/o testimoniales de su momento y causas.
- Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta dos exámenes médicos por facultativos designados por el Asegurado y con gastos a cargo de éste.

**PLAZO DE GRUBIA**

**Artículo 6** - El Asegurado dentro de los QUINCE (15) días de recibida la denuncia y/o constatación a que se refiere la Cláusula 11 de las Condiciones Generales Comunes y el Artículo 5 precedente, notados desde la fecha que sea posterior, deberá hacer saber al Beneficiario y/o al Contratante la aceptación o rechazo del otorgamiento del beneficio. Si las comprobaciones a que se refiere el Artículo 5 - Comprobación de la incapacidad, de la presente Cláusula Adicional no resultaran concluyentes, el Asegurado podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor de CINCO (5) meses a fin de confirmar el diagnóstico.

La no constatación por parte del Asegurado dentro del plazo establecido, significará automáticamente el reconocimiento de los beneficios reclamados.

**VALUACIÓN POR PARTES**

**Artículo 7** - Si no hubiera acuerdo entre las partes sobre la naturaleza del diagnóstico, la misma será analizada por dos peritos médicos, designados uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los CINCO (5) 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 uno de las partes omitiera designar médico dentro del octavo día de requerido por la otra o si el tercer facultativo no fuere electo en el plazo estipulado en el primer párrafo, la parte más diligente, previa intimación a la otra, procederá a su designación.

Los honorarios y los gastos de los médicos de las partes estarán a su respectivo cargo y los del tercero serán pagados por la parte cuyas pretensiones no fueren más del dictamen definitivo, salvo el caso de equidistancia en que se pagará por mitades entre las partes.

**FINALIZACIÓN DE LA COBERTURA**

**Artículo 8** - La cobertura por esta cláusula adicional cesa terminará en la fecha en que se verifique alguno de los eventos previstos en las Condiciones Generales Comunes y/o en las Condiciones Generales Específicas y en los siguientes casos:

- A partir de la fecha en que el Asegurado haya percibido la totalidad del beneficio que concede esta Cláusula Adicional.
- Por rescisión de esta Cláusula Adicional a pedido del Asegurado o del Contratante.

c) A partir de la fecha en que el Asegurado supere la edad máxima para esta cobertura indicada en las Condiciones Particulares.



Emitida en CAPITAL FEDERAL el día 28 de Diciembre de 2021

SECCIÓN	PÓLIZA N°	ENDOSO N°	VIGENCIA
ACCIDENTES PERSONALES		0	Desde las 00 Hs. del 01/12/2021 Hasta las 00 Hs. del 01/01/2022

**CLAUSULAS APLICABLES**

Cuando se abonen primas por períodos mensuales, la finalización de la cobertura otorgada por la presente cláusula operará al término del período por el cual se hubieran descontado primas. En cambio, cuando se abonen primas por fracciones distintas a la mensual, la finalización de la cobertura operará el último día del mes en que se verifiquen los casos indicados en los incisos precedentes y se devolverá la prima no ganada correspondiente.

**INTERPRETACIÓN DE LA CLÁUSULA**

Artículo 2 - Esta cláusula adicional queda sometida a las condiciones y estipulaciones de la Póliza en cuanto no sean derogadas expresamente por las presentes condiciones.

**APROBI**

CLÁUSULA ADICIONAL DE RENTA DIARIA POR INTERNACIÓN COMO CONSECUENCIA DE ACCIDENTE

**Artículo 1 - EXCLUSIONES**

Artículo 1 - Además de las exclusiones previstas en las Cláusulas 6 y 7 de las Condiciones Generales Comunes, a los efectos de esta cobertura adicional no serán motivo de indemnización:

- a) los accidentes que hubiera sufrido el Asegurado antes de la entrada en vigencia de la presente cobertura.
- b) las internaciones que sean consecuencia de tentativa de suicidio o mutilación voluntaria, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental.

No se abonará el beneficio que otorga esta cláusula cuando las internaciones provengan de otras causas que no sean estricta y exclusivamente de origen accidental.

CLÁUSULA ADICIONAL DE RENTA DIARIA POR INTERNACIÓN COMO CONSECUENCIA DE ACCIDENTE

**ALSCO CUBIERTO**

Artículo 2 - El Asegurador concederá el beneficio que otorga esta Cláusula Adicional cuando el Asegurado sea internado en un Establecimiento Asistencial, de las características descriptas en el Artículo 7, como consecuencia de lesiones corporales producidas directa y exclusivamente por causas externas, violentas y fortuitas, ajenas a toda otra culpa e independiente de su voluntad, siempre que tal accidente se hubiese producido durante la vigencia de su seguro y antes de haber superado la edad máxima para esta cobertura indicada en las Condiciones Particulares.

**BENEFICIO**

Artículo 1 - El Asegurador, recibidas las constancias de internación, abonará al Asegurado una renta diaria, cuyo importe se otorgará en las Condiciones Particulares y en el Certificado de Incorporación Individual, por cada día que hubiera estado internado en un Establecimiento Asistencial de las características descriptas en el Artículo 7, la renta diaria se comenzará a abonar desde el primer día de internación cuando la misma supere CINCO (5) días completos y consecutivos en uno o más Establecimientos Asistenciales y por un plazo máximo de NOVENA (90) días desde la fecha que se verifique la internación. A partir fines el día de Alta Hospitalaria no será indemnizable. La indemnización máxima que el Asegurado tendrá derecho por cada período de vigencia anual de su póliza para todos los eventos ocurridos en ese período será de NOVENA (90) días.

**CARÁCTER DEL BENEFICIO**

Artículo 3 - El beneficio previsto en esta cláusula es indemnizatorio, adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la póliza y/o de las prestaciones recibidas o a cargo de su obra Social o Medicina Prepaga, en consecuencia, el Asegurador no hará, por tal concepto, deducción alguna de la suma asegurada.

**EXCLUSIONES**

Artículo 4 - Además de las exclusiones previstas en la Cláusula 3 de las Condiciones Generales, a los efectos de esta cobertura adicional no serán motivo de indemnización:

- a) los accidentes que hubiera sufrido el Asegurado antes de la entrada en vigencia de la presente cobertura.
- b) las internaciones que sean consecuencia de tentativa de suicidio o mutilación voluntaria, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental.

No se abonará el beneficio que otorga esta cláusula cuando las internaciones provengan de otras causas que no sean estricta y exclusivamente de origen accidental.

SECCIÓN	PÓLIZA N°	ENDOSO N°	VIGENCIA
ACCIDENTES PERSONALES		0	Desde las 00 Hs. del 01/12/2021 Hasta las 00 Hs. del 01/01/2022

**CLAUSULAS APLICABLES**
**COMPROBACIÓN DE LA INTERNACIÓN**

Artículo 5 - Corresponde al Asegurado o Contratante:

a) Denunciar dentro de los QUINCE (15) días de la fecha en que se haya producido la internación, salvo caso fortuito de fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia, presentando un informe del Establecimiento Asistencial y/o el médico tratante indicando el motivo que originó la internación. El médico que extienda tal certificación no podrá ser el mismo Asegurado, ni su cónyuge ni un miembro cercano de su familia, ni una persona que conviva con él.

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

Asimismo, el Asegurador, podrá investigar en los Establecimientos Asistenciales y solicitar información a los médicos que hayan asistido al Asegurado.

Si no se cumpliere con lo dispuesto por el presente artículo dentro del plazo indicado, el Asegurador quedará libre de la obligación de pagar la indemnización o beneficio pactado bajo esta Cláusula Adicional, generándose la caducidad del derecho a cobro.

**PLAZO DE PRUEBA**

Artículo 6 - El Asegurador dentro de los QUINCE (15) días de recibida la denuncia y/o constancias a que se refiere el Artículo 5 precedente, costados desde la fecha que sea posterior, deberá hacer saber al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. Si las comprobaciones a que se refiere el Artículo 5 - Comprobación de la Internación, de la presente Cláusula Adicional no resultaran concluyentes, el Asegurador podrá elegir el plazo de prueba por un término no mayor de CIN (5) meses a fin de confirmar el diagnóstico.

La no contestación por parte del Asegurador dentro del plazo establecido significará automáticamente el reconocimiento de los beneficios reclamados.

El Asegurador abonará el beneficio que corresponda, una vez reunidos los requisitos necesarios y aprobadas las pólizas requeridas, directamente al Asegurado o a quien éste autorice expresamente en una oportunidad.

En caso de fallecimiento del Asegurado los beneficiarios peticioneros de pago que acuerda la presente Cláusula serán abonados por el Asegurador a los beneficiarios designados para la cobertura de fallecimiento del Asegurado, o en ausencia de éstos, a los herederos legales.

Es requisito indispensable para la solicitud del beneficio, que la internación haya sido prescrita por un profesional médico.

**SELECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL**

Artículo 7 - La selección del Establecimiento Asistencial (Sanatorio, Hospital, Clínica, Instituto, Policlínico, etc.) queda librada a la voluntad del Asegurado.

Se requiere únicamente que dichos Establecimientos se hallen legalmente autorizados, posean servicio de enfermería durante las VEINTICUERO (24) horas del día y estén equipados para cirugía mayor.

**VALIDACIÓN DE PERITOS**

Artículo 8 - Si no hubiera acuerdo entre las partes sobre la necesidad de la internación y/o su extensión, la misma será analizada por dos peritos médicos, designados uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los CINCO (5) 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 responder dentro del plazo de QUINCE (15) días.

El uso de los partes ostiaria designar médico dentro del octavo día de requerido por la otra o si el tercer facultativo no fuere elegido en el plazo estipulado en el primer párrafo, la parte más diligente, previa intaimación a la otra, procederá a su designación.

Los honorarios y los gastos de los médicos de las partes estarán a su respectivo cargo y los del tercero serán pagados por la parte cuyo peritaje se alegar más del dictamen definitivo, salvo el caso de equidistancia en que se pagará por mitades entre las partes.

**FINALIZACIÓN DE LA COBERTURA**

Artículo 9 - La cobertura que esta cláusula adicional otorga terminará en la fecha en que se verifique alguno de los eventos previstos en la Cláusula 14 Asociación de los Certificados Individuales de las Condiciones Generales de la póliza o en los siguientes casos:

- A partir de la fecha en que el Asegurado haya percibido la totalidad del beneficio que concede esta Cláusula Adicional.
- Por rescisión de esta Cláusula Adicional a pedido del Asegurado o del Contratante.
- A partir de la fecha en que el Asegurado supere la edad máxima para esta cobertura indicada en las Condiciones Particulares y en el Certificado de Incorporación Individual.



SECCIÓN	PÓLIZA N°	ENDOSO N°	VIGENCIA
ACCIDENTES PERSONALES		0	Desde las 00 Hs. del 01/12/2021 Hasta las 00 Hs. del 01/01/2022

**CLAUSULAS APLICABLES**

Cuando se abonen primas por períodos mensuales, la finalización de la cobertura otorgada por la presente cláusula operará al término del período por el cual se hubieran descontado primas. En cambio, cuando se abonen primas por fracciones distintas a la mensual, la finalización de la cobertura operará el último día del mes en que se verifiquen los casos indicados en los inicios precedentes y se devolverá la prima no ganada correspondiente.

**CESSIONES**

Artículo 10 - Los derechos emergentes de esta Cláusula Adicional, sólo pueden ser transferidos a favor de Establecimientos Asistenciales, debiendo dicha transferencia ser previamente aprobada por el Asegrador. Toda otra cesión o transferencia se considerará nula y sin efecto alguno.

**INTERPRETACIÓN DE LA CLÁUSULA**

Artículo 11 - Esta cláusula adicional queda sujeta a las condiciones y estipulaciones de la Póliza en cuanto no sean derogadas expresamente por las presentes condiciones.

**APROVED**

**PRIMA EXCLUSIVAMENTE A CARGO DEL CONTRATANTE BENEFICIARIO EN PRIMER TÉRMINO**

Artículo 1 - El Contratante declara al concertar el seguro que la prima se encuentra exclusivamente a su cargo.

Artículo 2 - Los ajustes de la prima que corresponden con motivo de la exclusión o inclusión de Asegurados en la cobertura se efectuarán a prorroga del tiempo transcurrido como Asegurado o de que falte hasta el vencimiento de la póliza desde día de la notificación de la baja de un Asegurado, o de la aceptación de la incorporación de uno nuevo Asegurado, respectivamente, teniendo en cuenta la prima a aplicar de acuerdo al riesgo. Cuando la exclusión e inclusión fueran simultáneas, la prima a cobrar o a percibir se calculará sobre el saldo de capital no compensado entre ellas y en la forma indicada precedentemente.

Artículo 3 - El Contratante deberá informar mensualmente las altas y bajas que se hubieran producido. El Asegrador dará por recibido o emitirá el certificado correspondiente.

Artículo 4 - Se instituye beneficiario en primer término al Contratante, con prerrogativa sobre los restantes beneficiarios que conservarán su derecho sólo sobre el saldo de la prestación.

a) Por el monto que resultare de cualquier responsabilidad civil o legal que tuviera que asumir con motivo de accidentes cubiertos por la póliza que sufriera la persona asegurada a que se refiere el Artículo 2 de esta Cláusula.

b) Por el monto del perjuicio concreto resultante de un interés económico lícito que demostrara con respecto a la vida o salud del Asegurado a que se refiere el Artículo 2 de esta Cláusula, cuando éste sufriera accidentes cubiertos por la póliza.

Artículo 5 - previa citación al Contratante, para que en el término de 5 (CINCO) días invoque su derecho al voto preferente conforme con el artículo precedente, el pago del saldo de las prestaciones se hará directamente a los demás beneficiarios. En caso de desacuerdo entre los interesados, se conseguirá judicialmente el importe.

**APROVED**

**CLÁUSULA DE COBRANZA DEL PREMIO PARA EL PAGO DIRECTO DE PRIMAS**

Artículo 1° - Pago Directo: Contrariamente a lo previsto en la Cláusula 3 - Primas del Seguro de las Condiciones Generales Específicas para el Seguro Colectivo, las partes acuerdan que cada Asegurado Individual sea el responsable de ingresar el premio de su seguro en forma directa al Asegrador. En dicho caso, toda estipulación referida a la falta o mora en el pago de primas, deberán interpretarse en relación a cada Certificado de Incorporación Individual.

Artículo 2 - Consideraciones: Por tratarse de un seguro con vigencia inicial mensual, bimestral, trimestral, cuatrimestral o semestral (según se indique en las Condiciones Particulares), con prórroga automática por igual período que el inicial por hasta un plazo máximo de un año, el premio de este seguro se facturará mensual, bimestral, trimestral, cuatrimestral o semestralmente según corresponda.

El asegurado deberá pagarle al costado en la fecha del inicio de vigencia, en cada período de facturación o, si el Asegrador lo aceptare, en cuotas mensuales iguales y consecutivas, se entenderá aceptado el pago en cuotas por el Asegrador cuando éste lo deje expresamente constar en la primera facturación y/o en las facturas sucesivas de las prórrogas. Sin embargo, el premio será exigible sin demora en la entrega de la póliza o certificado de cobertura en la primera facturación, y de las facturas de las prórrogas hasta el máximo de prórrogas estipuladas.

SECCIÓN	PÓLIZA N°	ENDOSO N°	VIGENCIA
ACCIDENTES PERSONALES		0	Desde las 00 Hs. del 01/12/2021 Hasta las 00 Hs. del 01/01/2022

**CLAUSULAS APLICABLES**

Se entiende por Precio a la Prima más los gravámenes, impuestos, tasas y todo otro recargo adicional descrito en la póliza. En caso que el pago de premio correspondiente a la vigencia inicial o a las sucesivas prórrogas, se convenga en cuotas, la Primera de ellas deberá contener además, el equivalente al total del impuesto al Valor Agregado correspondiente al período de vigencia pactado, conforme a lo dispuesto por el punto b del inciso a) del artículo 3 de la Ley del Impuesto al Valor Agregado.

**Artículo 1 - Plazo de Gracia:** En caso de no abonarse el premio en la fecha indicada en la facturación, el Asegurador otorgará un plazo de gracia de 30 (TREINTA) días corridos, contados a partir del momento en que la deuda resulta exigible. Lapso durante el cual la cobertura otorgada por la póliza se mantendrá plenamente vigente.

**Artículo 4 - Suspensión de Cobertura:** Vencido cualquiera de los plazos del pago del premio exigible y una vez transcurrido el plazo de gracia indicado en el artículo 1 precedente, sin que éste se haya producido, la cobertura quedará automáticamente suspendida desde la hora 24 del día en que finaliza el plazo de gracia, sin necesidad de interposición extrajudicial o judicial alguna ni constitución en mora, la que se producirá por el solo vencimiento de ese plazo. El plazo máximo de suspensión de la cobertura será de 40 (CUARENTA) días contados desde el vencimiento del plazo de gracia. Sin embargo, el Premio correspondiente al período de cobertura suspendida quedará a favor del Asegurador como penalidad. Para el caso de pago en cuotas, quedará a favor del Asegurador como penalidad, el premio correspondiente, a un máximo de dos cuotas, siempre y cuando la resolución del contrato no se hubiere producido con anterioridad.

Toda rehabilitación surtirá efecto desde la hora 0 (CERO) del día siguiente a aquel en que la Aseguradora reciba el pago del importe vencido.

Sin perjuicio de ello, el Asegurador podrá recindir el Certificado individual por falta de pago.

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

**Artículo 3 - Condiciones Resolutorias:** Transcurridos 60 (SESENTA) días desde el vencimiento del plazo de gracia sin que se haya producido la rehabilitación de la cobertura de acuerdo con lo establecido en el Artículo anterior o sin que el Asegurado haya ejercido su derecho de renuncia, el Certificado individual quedará resuelto de pleno derecho sin necesidad de interposición de ninguna naturaleza y por el solo vencimiento de plazo de 60 (SESENTA) días, hecho que producirá la mora supletoria del Asegurado. Tendrán aplicación en consecuencia la disposiciones de la póliza sobre rescisión por causa imputable al Asegurado. No entrará en vigencia la cobertura de ninguna factura que no esté totalmente cancelado el premio anterior.

**Artículo 6 -** Las disposiciones de la presente Cláusula son también aplicables a los premios de los seguros de período menor de 1 (UN) año, más los adicionales por endosos o suplementos de la póliza.

**Artículo 7 -** Aprobada la liquidación de un siniestro el Asegurador podrá descontar de la indemnización, cualquier saldo a deuda vencida de este contrato.

REGIMEN DE PAGO HABILITADOS - Resolución 417/2001 del Ministerio de Economía.

**Artículo 1 -** Los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros son los siguientes:

- Entidades especializadas en cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados por la SUPERINTENDENCIA DE RECURSOS DE LA NACION.
  - Entidades financieras sometidas al régimen de la Ley N° 21.424.
  - Tarjetas de crédito, débito o compras emitidas en el marco de la Ley N° 25.061.
  - Médicos 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.
- El Cusudo la percepción de premios se materialice a través del SISTEMA UNICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (SUS) se considerará cumplida la obligación establecida en el presente artículo.

**Artículo 1 -** Los productores o asesores de seguros Ley N° 23.416 deberán ingresar el producido de la cobranza de premios a través de los medios detallados en el Artículo 1° de la presente Cláusula.

APSCSA  
 CLÁUSULA DE RENOVACIÓN AUTOMÁTICA

APLICABLE ORICANDENTE A CERTIZAS DE VIGENCIA ANUAL