

Seguro de Salud

Condiciones Generales



Condiciones Generales

Seguro de Salud

Ante cualquier consulta, comuníquese con nuestro

Centro de Atención al Cliente:

0-800-999-4100

De lunes a viernes de 09:30 a 19 hs.

(Línea sin costo de larga distancia).

Los Asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la entidad aseguradora, dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 (C.P.1067), Ciudad de Buenos Aires; por teléfono al 4338-4000 (líneas rotativas), en el horario de 10:30 a 17:30hs.; o vía Internet a la siguiente dirección: www.ssn.gov.ar

Índice

• Anexo I - Exclusiones	4
• Anexo 100 - Condiciones Generales	6
- Cláusula 102 - Clausula de Incremento Automático Anual de Sumas Aseguradas a Tasa Fija	17
• Anexo 200 - Condiciones Específicas - Beneficio en Caso de Enfermedades Graves Alternativa A	17
• Anexo 800 - Transplante de Organos Alternativa C	19
• Anexo 900 - Cobertura de Renta Diaria por Internacion Alternativa A	21

SEGURO MODULAR DE SALUD

CONDICIONES GENERALES

ANEXO I – EXCLUSIONES

ARTÍCULO 21° - RESIDENCIA Y VIAJES - RIESGOS NO CUBIERTOS

Los Asegurados están cubiertos por esta Póliza sin restricciones en cuanto a residencia y viajes que puedan realizar, dentro o fuera del país.

La Compañía no indemnizará las prestaciones médicas cubiertas por esta póliza que sean requeridas como consecuencia de:

- Tratamiento por esterilidad, impotencia, fertilización, procedimientos anticonceptivos o por cambio de sexo y las consecuencias que deriven de ellos.
- Intento de suicidio
- Consumo de sustancias psicoactivas tales como: tóxicos, estupefacientes, drogas y psicotrópicos, salvo prescripción médica.
- Consumo abusivo de alcohol.
- Lesiones que el asegurado se hubiera ocasionado voluntariamente o estando insano.

- Actos de terrorismo, guerra civil, insurrección, huelga o tumulto popular, riña, motín, guerra que no comprenda a la Nación Argentina. En caso de comprenderla, las obligaciones de los Asegurados, como así también las de la Compañía se regirán por las normas que, en tal emergencia dictaren las autoridades competentes.

- Uso de material nuclear para cualquier fin, incluyendo explosión nuclear, provocada o no, así, como también la contaminación radioactiva o explosión de radiaciones nucleares ionizantes.

- Epidemia, envenenamiento de carácter colectivo, catástrofes naturales y otras calamidades que afecten a la población masivamente. Quedan comprendidos dentro de la definición de catástrofe, aunque tal enumeración no resulte excluyente de otros diferentes que se pudieran verificar: los terremotos, inundaciones, aluviones, maremotos, erupciones volcánicas y huracanes.

- Accidentes que resulten de competencias en aeronaves o vehículos de motor, competencias de pericia o velocidad con vehículos mecánicos o de tracción a sangre, o de justas hípicas.

- Accidentes resultantes de la práctica profesional o no de deportes particularmente peligrosos y/u otras actividades riesgosa, incluyendo los entrenamientos.

- Lesiones o afecciones producidas como consecuencia de prácticas y/o intervenciones experimentales o penadas por ley.

- Accidentes de Trabajo, enfermedades profesionales y/o cualquier otro supuesto proveniente del ámbito cubierto por la ley 24.557, sus modificatorias y complementarias.

- Enfermedades infectocontagiosas de denuncia internacional (fiebre amarilla, peste, cólera, viruela, tifus, etc.)
- Consecuencia de heridas o enfermedades auto-infringidas.

CONDICIONES ESPECÍFICAS - BENEFICIO EN CASO DE ENFERMEDADES GRAVES

ALTERNATIVA A -ART. 6º: EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

Quedan excluidos de esta cobertura los siguientes Diagnósticos de Cáncer:

- Etapa A del Cáncer del Cólono de la clasificación de Dukes;
- Etapa A del Cáncer de la próstata, o cánceres prostáticos que histológicamente son descritos en la clasificación TNM como T₁ (incluyendo T₁(a) ó T₁(b) o que son de otra clasificación equivalente o menor);
- Tumores que presentan los cambios malignos del carcinoma in situ (incluyendo la displasia cervical CIN-1, CIN-2 y CIN-3) o aquellos descritos como Lesione Premalignas, tumores benignos o pólipos
- Carcinoma in situ, no invasivo
- Melanomas de menos de 1:5 mm de espesor, determinado por examen histológico, o invasión menor del nivel de Clerk 3;
- Cualquier Cáncer de la piel, excepto el melanoma maligno invasor de la dermis o a mayor profundidad; todas las hiperqueratosis o los carcinomas basocelulares de la piel;

En el caso de la cobertura de Infarto de Miocardio, queda excluida la angina de pecho estable o inestable.

CONDICIONES ESPECÍFICAS - MODULO F - COBERTURA PARA TRANSPLANTES DE ÓRGANOS

ALTERNATIVA C - ART. 6º: EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

Quedan excluidos:

- Transplantes ilícitos o de carácter experimental o realizados en instituciones/ por personal no habilitado legalmente, teniendo conocimiento de tales circunstancias.

CONDICIONES ESPECÍFICAS - MÓDULO I - COBERTURA DE RENTA DIARIA POR INTERNACIÓN

ALTERNATIVA A - ART. 5º: EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

Quedan excluidas de esta cobertura las internaciones producidas como consecuencia de:

- Maternidad: comprende toda internación que se lleve a cabo durante el embarazo, el parto y hasta dentro de los 45 días después del parto.
- Afecciones padecidas por el recién nacido, que demanden su internación durante sus primeros 30 días de vida.
- Alteraciones mentales.
- Revisiones de rutina, diagnóstico, análisis, radiografías, radioscopias o fisioterapia, salvo que a consecuencia de los mismo el Asegurado tuviere que someterse a una internación.
- Cirugía plástica para condiciones preexistentes.
- Cirugías cosméticas y/o plásticas, excepto aquellas para las que se compruebe que poseen una finalidad reparadora de una función afectada

por eventos cubiertos por esta póliza

g) Cura de reposo.

h) Tratamientos por obesidad y/o rejuvenecimiento, en sus diversas modalidades.

i) Estadías en un Establecimiento Asistencial cuando el tratamiento elegido no es necesario o pudiera ser razonablemente brindado en un establecimiento que usualmente no calificaría como Establecimiento Asistencial bajo esta póliza.

ANEXO 100 - CONDICIONES GENERALES

ARTÍCULO 1º - LEY DE LAS PARTES

Las partes contratantes se someten a las disposiciones de la Ley de Seguros N° 17.418 y a las de la presente póliza que la complementan o modifican, cuando ello es admisible.

Esta póliza consta de Condiciones Generales, Condiciones Específicas y Condiciones Particulares.

En caso de discordancia, las mismas regirán en el siguiente orden de prelación:

- Condiciones Particulares
- Condiciones Específicas
- Condiciones Generales

ARTÍCULO 2º - RETICENCIA O FALSA DECLARACIÓN

Esta póliza ha sido extendida por la Compañía sobre la base de las declaraciones suscriptas por el Tomador o los Asegurados Titulares en sus respectivas solicitudes. Toda falsa declaración o reticencia de circunstancias conocidas por el Tomador o por los Asegurados Titulares, aún hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubieran impedido el contrato o la aceptación de las coberturas individuales, o hubieran modificado las condiciones de los mismos, si la Compañía hubiese sido cerciorada del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato y/o los certificados individuales de los asegurados, según el caso.

ARTÍCULO 3º - VIGENCIA

Esta póliza adquiere fuerza legal desde las cero (0) horas del día fijado como comienzo de su vigencia en Condiciones Particulares y por el período de un año, siendo renovable automáticamente.

ARTÍCULO 4º - DEFINICIONES

Asegurado Titular

- Los empleados del Tomador, cuando se trate de una póliza colectiva cerrada, comprendiendo a los empleados, obreros, dueños, socios y directores de la Empresa o adherentes vinculados.
- También serán Asegurados Titulares quienes formen parte de una póliza, denominada en adelante para participantes de sistemas agrupados, vinculados al Tomador a través de un interés común, anterior y distinto al de contratar este seguro.
- Asegurados Individuales.

Asegurado Familiar

Los miembros primarios de la familia del Asegurado Titular, entendiéndose por tales:

- El cónyuge legal que conviva con el Asegurado Titular. Excepcionalmente podrá aceptarse en calidad de cónyuge, a la persona que conviva con el Asegurado Titular sin vínculo legal, según lo define la Ley en estos casos
- Los hijos, matrimoniales o extramatrimoniales reconocidos y los hijos adoptivos del Asegurado Titular, siempre y cuando dichos hijos sean solteros, y no alcancen la edad máxima de permanencia, prevista en Condiciones Particulares.

Asegurado

Los Asegurados Titulares y los Asegurados Familiares.

Carencia

Se define el concepto de carencia como el período de tiempo inicial, contado a partir del inicio de vigencia de la respectiva Condición Específica para cada Asegurado, durante el cual el Asegurado Titular y/o los Asegurados Familiares no poseen cobertura, pero sí la obligación de abonar premios.

Los períodos de carencia se establecen para cada enfermedad, práctica y/o Intervención Quirúrgica las Condiciones Particulares.

Cuando se produzca un aumento en el Capital Asegurado de una cobertura incluida en la póliza, originado en un pedido del Tomador y/o del Asegurado, se deberá complimentar nuevamente el período de carencia para el monto de tal incremento, computándose el mismo desde el día en

que inicie vigencia el aumento solicitado.

ARTÍCULO 5°- PERSONAS ASEGURABLES

Pólizas Colectivas

Se consideran asegurables a todos los dependientes permanentes del Tomador que a la fecha de emisión de esta póliza se encontraren en servicio activo y que cumplan los requisitos de selección que determine la Compañía.

Aquellos que a la iniciación del seguro, no se encontraren en servicio activo, se considerarán asegurables a partir de la fecha en que reanuden su trabajo, previo cumplimiento de los requisitos de selección que determine la Compañía para su aceptación.

Los dependientes que en el futuro ingresen al servicio del Tomador, adquirirán la calidad de asegurables desde el mismo día de su incorporación efectiva.

Se entiende por servicio activo el desempeño normal de tareas al servicio del Tomador por parte de los dependientes que, en la fecha de emisión de la póliza, figuren en la lista de personal activo, cumplan el horario completo y perciban habitualmente los haberes.

A los efectos del presente seguro serán asimilados a los dependientes permanentes del Tomador los dueños únicos y/o socios y/o directores del Tomador. En tal caso, les serán aplicables todas las disposiciones que para ingreso o reingreso de los dependientes se establece en el presente Artículo.

Pólizas Grupales

Se consideran asegurable, a la fecha de emisión de esta póliza, todas las

personas integrantes del grupo regido por el Tomador, que cumplan con los requisitos de selección que determine la Compañía.

Las personas que en el futuro entren a formar mismo, también serán asegurables desde el momento determine la Compañía para estos casos.

Pólizas Individuales

Se consideran asegurables las personas que cumplimenten los requisitos de selección que determine la Compañía para estos casos.

Familiares del Asegurado Titular

Son también asegurables los hijos y cónyuge del Asegurado Titular que cumplan con los requisitos de selección que determine la Compañía y los que se enumeran a continuación:

- No superen la edad máxima de incorporación prevista en las Condiciones Particulares.
- En el caso de los hijos, sean solteros y no se encuentren emancipados.

ARTÍCULO 6° - PERSONAS NO ASEGURABLES

No serán asegurables las personas que superen la edad máxima de incorporación al seguro definida en Condiciones Particulares a la fecha de contratación del seguro, salvo pacto en contrario.

La restricción de edad establecida en el párrafo anterior, es aplicable tanto al Asegurado Titular, como a la persona a ser incorporada bajo la presente cobertura en calidad de cónyuge.

ARTÍCULO 7° - OPCIÓN DE CONTINUIDAD EN EL SEGURO PARA

PÓLIZAS GRUPALES O INDIVIDUALES

Cónyuge del Asegurado Titular

En caso de fallecimiento del Asegurado Titular, el cónyuge supérstite podrá continuar con la cobertura, en las mismas condiciones pactadas a su inicio, constituyéndose éste en Asegurado Titular.

Hijos del Asegurado Titular

Los Asegurados incorporados a la póliza en calidad de hijos del Asegurado Titular, perderán su condición de Miembros de Familia, en las siguientes situaciones:

- Al fin del mes en que cumplan la edad máxima de permanencia definida en Condiciones Particulares.

Los participantes de Pólizas grupales, permanecerán incluidos bajo la misma Póliza en carácter de Asegurados Titulares Adherentes.

Los participantes de Pólizas individuales, tendrán derecho a suscribir una nueva Póliza, revistiendo la calidad de Asegurados Titulares.

- Al contraer matrimonio

Los participantes de Pólizas grupales, permanecerán incluidos bajo la misma Póliza en carácter de Asegurados Titulares Adherentes.

En ambos casos, el cónyuge deberá cumplimentar los requisitos de selección que a tal fin determine la Compañía y los respectivos períodos de carencia. Asimismo, deberá abonar el premio correspondiente.

En todos los casos:

Se exime al Asegurado Titular y/o Titular Adherente, de cumplir con los requisitos de selección exigidos por la Compañía y los respectivos

períodos de carencia. El premio a abonar será el correspondiente a Asegurado Titular.

Las opciones tendrán validez, únicamente, si se ejercieran dentro de los treinta y uno (31) días posteriores al acaecimiento del hecho que da lugar a la opción de continuidad descrita en el presente artículo, debiendo abonar para ello, el premio correspondiente a la nueva Póliza individual o del nuevo Certificado Individual, según corresponda.

En las pólizas grupales, para que proceda la continuidad de la cobertura, el cónyuge o el hijo que asume la calidad de Asegurado Titular debe mantener con el tomador una relación previa y diferente a la de suscribir el seguro.

ARTÍCULO 8° - PLAZO PARA SOLICITAR LA INCORPORACIÓN AL SEGURO

Todo asegurable que desee incorporarse a una Póliza Colectiva o Grupal, deberá solicitarlo por escrito, a través de la solicitud individual que para tales efectos proveerá la Compañía, dentro de los treinta (30) días contados desde la fecha en que fuera asegurable, cumplimentando los requisitos de selección a que se refiere el artículo 5°.

Los asegurables que soliciten su incorporación a esta póliza, fuera del término indicado, como asimismo los que vuelvan a solicitar su inclusión en el seguro después de haber rescindido la cobertura, deberán previamente cumplimentar las pruebas médicas y/o los requisitos de asegurabilidad que determine la Compañía y pagar los gastos que se originen para obtenerlas, a fin de que ésta considere su solicitud. Cumplidos los requisitos que se establecieron y siempre que resultaren satisfactorios a juicio de la Compañía, el asegurable quedará incorporado

al seguro desde la fecha que prevé el Artículo 9°.

Los Asegurados Titulares deberán notificar a la Compañía, o al Tomador, según el caso, dentro de los quince (15) días de producida, cualquier circunstancia que origine variaciones en los asegurados miembros de familia, cubiertos en la póliza. En caso de no solicitar su incorporación dentro del plazo referido, serán aplicables las disposiciones del párrafo precedente.

ARTÍCULO 9° - FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DE CADA CERTIFICADO INDIVIDUAL

Los asegurables que hubieran solicitado su incorporación a una Póliza Colectiva o Grupal hasta las cero (0) horas del día fijado como comienzo de vigencia y la misma hubiera sido aprobada por la Compañía, quedarán comprendidos en la póliza desde dicha fecha y hora.

Los asegurables que soliciten su incorporación a esta póliza con posterioridad al inicio de vigencia, quedarán comprendidos en la misma a partir de las cero (0) horas del día fijado en su certificado individual como fecha de inicio de vigencia del mismo.

Los nuevos miembros del grupo familiar:

- Por matrimonio: se incorporarán desde la fecha de enlace, siempre y cuando presenten la Solicitud dentro de los 15 días del mismo y cumplan con los requisitos de asegurabilidad exigidos por la Compañía.
- Por nacimiento: quedarán automáticamente incorporados al seguro, desde la edad de incorporación definida en Condiciones Particulares, siempre y cuando sean nominados dentro de los 15 días de cumplida la mencionada edad.
- Por convivencia: a partir de la fecha en que el conviviente cumplimente

los requisitos de asegurabilidad exigidos por la Compañía.

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

Es requisito primordial para que este seguro pueda mantenerse en vigencia, en las condiciones pactadas en materia de capitales asegurados y tarifa de primas, que tanto la cantidad de Asegurados Titulares, como el porcentaje de los mismos con relación a los que se hallen en condiciones de ser incorporados al seguro, alcancen por lo menos a los mínimos indicados en las Condiciones Particulares de ésta póliza.

Si en un determinado momento no se reunieran los mínimos antes mencionados, la Compañía se reserva el derecho de reducir los beneficios asegurados y/o modificar la tarifa de primas aplicada.

La Compañía notificará la decisión por escrito al Tomador con una anticipación mínima de treinta y un (31) días.

ARTÍCULO 11° - ELECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL

La elección del Establecimiento Asistencial (Sanatorio, Hospital, Clínica, Instituto, Policlínica, etc.) queda librada a la voluntad del Asegurado.

Es requisito indispensable que dichos Establecimientos se hallen legalmente autorizados, posean servicios de enfermería durante las 24 horas del día y estén equipados para cirugía mayor.

La Compañía no será responsable por los daños y perjuicios producidos por las personas intervinientes con motivo de los tratamientos y servicios

médicos, como así también de las Intervenciones Quirúrgicas a las que debiera someterse el Asegurado.

ARTÍCULO 12° - PREMIOS

El importe de los premios a pagar por el Tomador resultará de sumar los premios correspondientes a cada asegurado, calculados en forma individual o en forma conjunta para todo el grupo o por grupo de edades. Los premios individuales podrán ser ajustados, adicionalmente a lo establecido en el Artículo 10°, en cada aniversario de Póliza por el Asegurador con el objeto de adecuar la prima al verdadero estado del riesgo sobre la base de información que a tales efectos requerirá al Tomador. Los ajustes que se pueden efectuar no responderán a cambios en el estado de salud de los Asegurados.

La Compañía comunicará por escrito al Tomador los nuevos premios, con una anticipación no menor a treinta y un (31) días de la fecha en que los mismos comiencen a regir.

ARTÍCULO 13° - PAGO DE LOS PREMIOS

Los premios deberán ser pagados por el Tomador en la Cuenta Recaudadora de la Compañía debidamente habilitada por ella para dicho fin.

Podrá pactarse en las Condiciones Particulares de esta póliza, que cada Asegurado individual sea el responsable de ingresar el premio de su seguro en forma directa a la Compañía. En dicho caso, las estipulaciones de los artículos referidos al plazo de gracia, falta de pago de los premios y rehabilitación, deberán interpretarse en relación a cada Certificado Individual.

ARTÍCULO 14° - PLAZO DE GRACIA

La Compañía concede un plazo de gracia por el plazo estipulado en las Condiciones Particulares para el pago, sin recargo de intereses de todos los premios, plazo durante el cual esta póliza continuará en vigor.

Para el pago del primer premio el plazo de gracia se contará desde la fecha de inicio de vigencia de esta póliza. Para el pago de los premios siguientes dicho plazo de gracia correrá a partir de las cero (0) horas del día en que venzan cada uno de ellos.

Vencido el plazo de gracia y no abonado el premio, caducarán todos los derechos emergentes de esta póliza, salvo las obligaciones pendientes a cargo de la Compañía.

En caso de fallecimiento de algún Asegurado, la obligación del pago de premios cesará en la fecha de exigibilidad del premio correspondiente al mes de su fallecimiento.

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

ARTÍCULO 15° - FALTA DE PAGO DE LOS PREMIOS

Si cualquier premio no fuere abonado dentro del plazo de gracia, esta póliza caducará automáticamente, pero el Tomador adecuará a la Compañía el premio correspondiente al mes de gracia, salvo que dentro de dicho plazo hubiese solicitado por escrito su rescisión, en cuyo caso deberá pagar el premio calculado a prorrata por los días transcurridos desde el vencimiento del premio impago hasta la fecha de recepción, por parte de la Compañía, de tal solicitud.

ARTÍCULO 16° - REHABILITACIÓN

Si por falta de pago de cualquier premio durante el plazo de gracia esta póliza hubiera caducado, el Tomador podrá obtener su rehabilitación, restituyéndola a sus términos originarios, dentro del plazo establecido en Condiciones Particulares contado desde el vencimiento del plazo de gracia, mediante el pago total de los premios impagos vencidos con más un interés moratorio, aplicable a partir del vencimiento de cada mensualidad y la presentación por parte de los Asegurados de pruebas satisfactorias de asegurabilidad.

La rehabilitación del derecho al goce de beneficios de los asegurados y consiguiente restablecimiento de la cobertura del seguro, operará desde la cero hora del día siguiente a la fecha en que el Tomador haya saldado a la Compañía la totalidad de los premios vencidos y previa aprobación por parte de la Compañía de las pruebas de asegurabilidad presentadas por el Asegurado.

ARTÍCULO 17° - CERTIFICADOS INDIVIDUALES (PÓLIZAS COLECTIVAS Y CRUPALES)

La Compañía proporcionará a cada Asegurado Titular un Certificado Individual en el que se establecen los derechos y obligaciones de las partes, así como también los beneficios que otorga la presente póliza y la fecha de entrada en vigor del mismo.

ARTÍCULO 18° - TERMINACIÓN DE LA COBERTURA INDIVIDUAL

La cobertura de cada Asegurado terminará en los siguientes casos:

- a) Por renuncia del Asegurado Titular a continuar en el seguro;
- b) Por cesantía o retiro voluntario u obligatorio del empleado, en los casos

de pólizas colectivas;

c) Por dejar de pertenecer al grupo regido por el Tomador, en los casos de pólizas grupales;

d) Por caducidad o rescisión de esta póliza;

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

f) Para los Asegurados Familiares, según se define en el Artículo 4° de estas Condiciones Generales, cuando pierden su condición de Miembros de Familia;

g) A partir del primer día del mes siguiente en que el Asegurado cumpla la edad máxima de permanencia establecida en las Condiciones Particulares;

h) Por alcanzarse alguna de las limitaciones establecidas en el Artículo 25° de estas Condiciones Generales, cuando así esté expresamente previsto en Condiciones Particulares;

i) Por muerte del Asegurado;

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

Tanto la renuncia que refiere el punto a) como el retiro del grupo previsto en los puntos b) y c) del párrafo precedente, serán comunicados a la Compañía por el Asegurado y/o Tomador y el seguro quedará y el seguro quedará rescindido desde el día primero del mes subsiguiente al de la fecha en que el Asegurador haya recibido dicha comunicación.

En todos los casos la rescisión o caducidad del certificado individual del Asegurado Titular significará la terminación del seguro para los Asegurados Familiares que se encuentren dentro de dicho Certificado, salvo que

hicieren uso de la opción de continuidad prevista en el Artículo 7°.

En cualquier caso de caducidad o rescisión de esta póliza, caducarán simultáneamente todos los certificados individuales comprendidos en la misma, salvo las obligaciones pendientes a cargo de la Compañía.

ARTÍCULO 19° - ENFERMEDADES PREEXISTENTES

A todos los efectos de esta Póliza, se entiende por Enfermedades Preexistentes: las enfermedades o anomalías de tratamiento médico y/o quirúrgico y sus complicaciones, las que por su historia natural requieren un período de tiempo científicamente establecido y hayan sido diagnosticadas con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la cobertura de la respectiva Condición Específica para cada Asegurado.

La Compañía no otorgará los beneficios previstos en esta Póliza, cuando se trate de Enfermedades Preexistentes o de Cirugías practicadas con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la cobertura de la respectiva Condición Específica para cada Asegurado.

ARTÍCULO 20° - RIESGO CUBIERTO

La Compañía se compromete al pago de los beneficios estipulados en las Condiciones Específicas que hubieren sido contratadas específicamente mediante la presente póliza, cuando la persona designada en la misma como Asegurado sufra, durante la vigencia del seguro, alguna de las contingencias previstas en dichas condiciones, dejándose expresamente aclarado que el otorgamiento del beneficio sólo será procedente respecto de las Condiciones Específicas que cubran el evento previsto y hayan sido expresamente contratadas según las Condiciones Particulares de la

presente póliza.

ARTÍCULO 21° - RESIDENCIA Y VIAJES - RIESGOS NO CUBIERTOS

Los Asegurados están cubiertos por esta Póliza sin restricciones en cuanto a residencia y viajes que puedan realizar, dentro o fuera del país.

La Compañía no indemnizará las prestaciones médicas cubiertas por esta póliza que sean requeridas como consecuencia de:

- Tratamiento por esterilidad, impotencia, fertilización, procedimientos anticonceptivos o por cambio de sexo y las consecuencias que deriven de ellos.
- Intento de suicidio
- Consumo de sustancias psicoactivas tales como: tóxicos, estupefacientes, drogas y psicotrópicos, salvo prescripción médica.
- Consumo abusivo de alcohol.
- Lesiones que el asegurado se hubiera ocasionado voluntariamente o estando insano
- Actos de terrorismo, guerra civil, insurrección, huelga o tumulto popular, riña, motín, guerra que no comprenda a la Nación Argentina. En caso de comprenderla, las obligaciones de los Asegurados, como así también las de la Compañía se regirán por las normas que, en tal emergencia dictaren las autoridades competentes.
- Uso de material nuclear para cualquier fin, incluyendo explosión nuclear, provocada o no, así como también la contaminación radioactiva o explosión de radiaciones nucleares ionizantes.
- Epidemia, envenenamiento de carácter colectivo, catástrofes naturales y otras calamidades que afecten a la población masivamente.

Quedan comprendidos dentro de la definición de catástrofe, aunque tal enumeración no resulte excluyente de otros diferentes que se pudieran verificar: los terremotos, inundaciones, aluviones, maremotos, erupciones volcánicas y huracanes.

- Accidentes que resulten de competencias en aeronaves o vehículos de motor, competencias de pericia o velocidad con vehículos mecánicos o de tracción a sangre, o de justas hípicas.
- Accidentes resultantes de la práctica profesional o no de deportes particularmente peligrosos y/u otras actividades riesgosas, incluyendo los entrenamientos.
- Lesiones o afecciones producidas como consecuencia de prácticas y/o intervenciones experimentales o penadas por ley.
- Accidentes de Trabajo, enfermedades profesionales y/o cualquier otro supuesto proveniente del ámbito cubierto por la ley 24.557, sus modificatorias y complementarias.
- Enfermedades infectocontagiosas de denuncia internacional (fiebre amarilla, peste, cólera, viruela, tífus, etc.)
- Consecuencia de heridas o enfermedades auto-infringidas.

ARTÍCULO 22° - INDEMNIZACIONES - PAGOS

Las indemnizaciones a que hubiere lugar por la presente póliza, se abonarán luego de presentada y aprobada la documentación que acredite el derecho de los reclamantes, de conformidad con lo establecido para cada caso en las respectivas Condiciones Específicas, en base a las Certificaciones médicas de diagnóstico y tratamiento efectuado, informaciones de Instituciones Hospitalarias legalmente autorizadas

y documentos y facturas concernientes a servicios dispensados al Asegurado en caso de corresponder.

Las indemnizaciones a que hubiere lugar, serán abonadas al Asegurado Titular o a su cónyuge, y en caso de fallecimiento de estos, a sus Herederos Legales.

La Compañía queda facultada a solicitar al Asegurado, y éste se obliga a proporcionar, toda información médica adicional que esta necesite con relación a la indemnización a abonar.

El Asegurado Titular y/o familiar, según corresponda, se obliga a relevar del secreto médico a todos los profesionales o instituciones hospitalarias que lo atienden o hubiesen atendido. En caso de menores, será el Asegurado Titular o la persona que ejerza su tutela, la que deberá dar cumplimiento a esta obligación.

El no cumplimiento de cualquiera de las disposiciones descriptas precedentemente, harán perder el derecho a la indemnización, salvo que el Asegurado acredite fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa ni negligencia.

Será requisito indispensable para la obtención del pago de la o las indemnizaciones previstas en esta Póliza que las mismas cuenten con la autorización del médico auditor de la Compañía.

ARTÍCULO 23° - PLAZO DE PRUEBA

La Compañía, dentro de los quince (15) días de recibida la denuncia del diagnóstico de la enfermedad, de la práctica y/o Intervención Quirúrgica realizada y las constancias o comprobaciones que se establezcan en las Condiciones Específicas para cada cobertura, deberá hacer saber al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del

beneficio. La falta de contestación hará presumir la aceptación de la solicitud. Si las comprobaciones exigidas en cada caso, no resultaran concluyentes en cuanto al diagnóstico o existencia de la enfermedad, de la práctica y/o Intervención Quirúrgica, la Compañía podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor de treinta y un (31) días, a fin de confirmar el diagnóstico. La no contestación, por parte de la Compañía dentro del plazo establecido, significará automáticamente el reconocimiento del beneficio reclamado.

ARTÍCULO 24° - BENEFICIO

La Compañía abonará los beneficios previstos en las respectivas Condiciones Específicas, dentro de los 15 días de cumplimentada la documentación necesaria para acreditar el derecho a la indemnización reclamada.

ARTÍCULO 25° - LIMITACIÓN DE LA COBERTURA

Los beneficios establecidos en las respectivas Condiciones Específicas, pueden estar limitados por una de las siguientes opciones, según se establezca en las Condiciones Particulares:

a) Límite Máximo Acumulado

Durante toda la vigencia de esta póliza, la Compañía abonará como máximo por cada asegurado hasta la suma que se indica en las Condiciones Particulares como “Límite máximo acumulado”, aun cuando se trate de pluralidad de siniestros del mismo asegurado.

La cobertura del Asegurado terminará al alcanzarse este “Límite máximo acumulado”.

b) Exclusividad

Al producirse un siniestro cubierto por la presente póliza, la cobertura del Asegurado respectivo finalizará inmediatamente. De esta forma, el Asegurador indemnizará como máximo el mayor de los siniestros acaecidos en caso de pluralidad y simultaneidad de los mismos. Quedan exceptuadas de esta limitación las coberturas de Renta Diaria por Internación, Renta diaria por/Internación por Accidente, Renta Diaria por Internación en Unidad de Terapia Intensiva/Convalecencia y Transplante de Córnea.

ARTÍCULO 26° - BENEFICIO ADICIONAL: ANTICIPOS

La Compañía podrá otorgar excepcionalmente anticipos de las indemnizaciones a las cuales el Asegurado tuviera derecho, en función de las coberturas previstas en esta póliza, quedando supeditado el mismo a su criterio evaluativo.

Los anticipos serán otorgados en aquellos casos donde las indemnizaciones sean significativas y exista imposibilidad por parte del Asegurado de hacer frente a dichos gastos, sin recurrir a la financiación de la Compañía.

Para otorgar dicho anticipo, la Compañía solicitará toda aquella documentación que estime necesaria para comprobar la efectiva necesidad del tratamiento médico, las prácticas y/o intervenciones quirúrgicas a indemnizar.

La Compañía deberá comunicar al Asegurado el otorgamiento o rechazo del anticipo solicitado, dentro de los quince (15) días desde la fecha en que el Asegurado hubiere cumplimentado la documentación requerida por la Compañía a tal fin.

ARTÍCULO 27° - RESCISIÓN DE LA PÓLIZA

Sin perjuicio de las demás causales de rescisión y caducidad ya previstas, esta póliza podrá ser rescindida tanto por el Tomador como por la Compañía, previo aviso por escrito remitido con una anticipación no menor de treinta y un (31) días a cualquier vencimiento de premios.

Producida la rescisión, la Compañía continuará cubriendo aquellos siniestros ocurridos durante la vigencia de esta póliza.

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

ARTÍCULO 28 - PLURALIDAD DE SEGUROS

El Asegurado deberá notificar sin dilación a cada asegurador los seguros de Salud de similares características o con coberturas adicionales de salud que tenga contratados o contrate en lo sucesivo.

En caso de hallarse el Asegurado cubierta por otros seguros de salud similares, sin conocimiento y aceptación expresa de los aseguradores, estos indemnizarán a prorrata de sus respectivas sumas aseguradas, sin derecho del Asegurado a restitución de primas.

ARTÍCULO 29° - ARBITRAJE

Si entre el Asegurado Titular o el Tomador y la Compañía surgiere alguna controversia en cuanto a la interpretación de los términos y condiciones

de esta Póliza, así como en la evaluación o liquidación de cualquier indemnización o módulo, dicha controversia deberá someterse a un Tribunal Profesional compuesto de dos miembros elegidos, uno por cada parte, los cuales deberán producir dictamen dentro de un período no mayor de treinta (30) días contados del momento de la aceptación a formar parte del tribunal.

De no llegar a acuerdo alguno, ellos designarán en un plazo no mayor a los ocho (8) días, un tercer miembro para dictaminar sobre el diferendo. Dicho miembro deberá elevar, dentro de los quince (15) días como amigable componedor, un informe sobre el caso y sus conclusiones serán inapelables.

La elección de los miembros se hará dentro de los 15 días de planteada la controversia por una de las partes, de manera fehaciente en el domicilio de la otra.

ARTÍCULO 30° - DUPLICADOS DE PÓLIZA O DE CERTIFICADO

En caso de robo, pérdida o destrucción de la Póliza o de cualquier Certificado Individual, el Tomador o los Asegurados Titulares, según el caso, podrán obtener su sustitución por un duplicado.

Las modificaciones o suplementos que se incluyen en el duplicado serán los únicos válidos.

ARTÍCULO 31° - IMPUESTOS, TASAS Y CONTRIBUCIONES

Los impuestos, tasas y contribuciones de cualquier índole y jurisdicción creadas y/o a crearse en el futuro o los aumentos de los ya existentes, estarán a cargo del Tomador o de los Asegurados Titulares, según el caso, salvo

cuando la ley los declare expresamente a cargo exclusivo de la Compañía.

ARTÍCULO 32° - FACULTADES DEL PRODUCTOR O AGENTE

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

- a) Recibir propuestas de celebración y modificación de contrato de seguros.
- b) Entregar los instrumentos emitidos por la Compañía, referentes a contratos o a sus prórrogas.
- c) Aceptar el pago del premio si se halla en posesión de un recibo oficial de pago de la Compañía.

ARTÍCULO 33° - DOMICILIO

El domicilio en el que las partes deben efectuar las denuncias, declaraciones y demás comunicaciones previstas en este contrato o en la Ley de Seguros Nro. 17.418, es el último declarado por ellas.

ARTÍCULO 34° - JURISDICCIÓN

Toda controversia judicial relativa a la presente Póliza y a los respectivos Certificados, será dirimida ante los tribunales ordinarios competentes del lugar de su emisión.

ARTÍCULO 35° - PRESCRIPCIÓN

Las acciones fundadas en esta póliza prescriben al año de ser exigibles las obligaciones correspondientes.

CLÁUSULA 102 - CLAUSULA DE INCREMENTO AUTOMÁTICO ANUAL DE SUMAS ASEGURADAS A TASA FIJA

(La presente cláusula sólo tendrán valor si se indican expresamente en el Frente de Póliza.)

De acuerdo a las condiciones establecidas en la presente cláusula, las sumas aseguradas de la póliza que constan expresamente en el Frente de Póliza y/o en en las Condiciones Particulares así como también el valor de las primas y franquicias, en caso de corresponder, serán incrementadas de acuerdo con la “Periodicidad para Incrementos Automáticos” indicada en dichas condiciones.

A partir de la vigencia de esta cláusula, el coeficiente a aplicar en cada incremento automático surgirá de la tasa fija que conste en el Frente de Póliza y/o en en las Condiciones Particulares.

Asimismo, en ningún caso los incrementos de los capitales asegurados superaran la Suma Asegurada Máxima indicada en el Frente de Póliza y/o en en las Condiciones Particulares.

El Tomador de la póliza podrá dejar sin efecto el incremento propuesto, notificando por escrito al Asegurador de tal decisión, con una antelación no menor a treinta (30) días a la fecha prevista para el correspondiente incremento. En tal caso, no se realizará dicho incremento, ni se practicarán nuevos incrementos en el futuro, quedando esta cláusula automáticamente cancelada, manteniéndose las sumas aseguradas

vigentes hasta dicha fecha. Si luego el Asegurado quisiera reinstalar la presente cláusula de Incremento Automático de Sumas Aseguradas, deberá solicitarlo al Asegurador por escrito, con una antelación no menor a treinta (30) días a la fecha de la próxima renovación. El Asegurador se reserva el derecho de exigir evidencias de asegurabilidad satisfactorias sobre los bienes asegurados.

En ningún caso se entenderá que la aplicación de la presente cláusula constituye una actualización monetaria, indexación por precios, variación de costos o repotenciación de deudas.

ANEXO 200 - CONDICIONES ESPECÍFICAS - BENEFICIO EN CASO DE ENFERMEDADES GRAVES ALTERNATIVA A

(El presente anexo sólo tendrá valor si se indican expresamente en el Frente de Póliza.)

Art. 1º: Riesgo Cubierto

La Compañía concederá el beneficio previsto en caso de diagnosticarse al Asegurado alguna de las Enfermedades Graves definidas en el artículo siguiente.

Art. 2º: Definición de las Enfermedades Cubiertas

Cáncer: se entenderá que “Cáncer” es un tumor maligno caracterizado por el crecimiento incontrolado y la propagación de células malignas y

la invasión de tejidos (incluye Leucemia, los linfomas y la Enfermedad de Hodgkin). No estarán cubiertos aquellos tumores diagnosticados con anterioridad al inicio de vigencia de la cobertura de la presente Condición Específica para cada Asegurado, ni la diseminación derivada de los mismos.

Infarto de miocardio: se entiende por tal el diagnóstico inequívoco de la muerte de una porción del músculo cardíaco, por irrigación inadecuada de la parte afectada. El diagnóstico deberá ser respaldado por la totalidad de los siguientes elementos:

- Dolor de la zona central del pecho típicamente sugestivo de infarto de miocardio.
- Elevación de las enzimas cardíacas.
- Aparición reciente de modificaciones en el electrocardiograma.
- Prueba de reducción en la función ventricular izquierda, como reducción de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo o significativa hipoquenesia o aquinesia o anomalías en el movimiento de la pared.

Derrame cerebral: se entiende por esta enfermedad todo accidente cerebrovascular agudo que genera parálisis u otros trastornos neurológicos objetivos y mensurables por un lapso superior a 6 semanas, causado por una obstrucción o ruptura cerebrovascular o por una embolia procedente de algún órgano. En caso que el Asegurado falleciera dentro del período de 6 semanas a causa de esta enfermedad, el Capital Asegurado se pagará a quien corresponda conforme lo establecido en Condiciones Generales.

Art. 3º: Período de carencia

Se define en Condiciones Particulares el período de carencia, con pago de primas, contado desde la fecha de inicio de vigencia de la cobertura de la siguiente Condición Específica para cada Asegurado. Ningún beneficio se otorgará si el diagnóstico de la enfermedad acontece durante este plazo de carencia.

Art. 4º: Beneficio

La Compañía, comprobado el diagnóstico de alguna de las enfermedades arriba definidas por su auditoría médica, abonará el capital asegurado definido en Condiciones Particulares.

El Capital Asegurado se pagará una sola vez aunque la misma u otra enfermedad se manifieste con posterioridad.

Este beneficio es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la póliza, excepto cuando se establezca en Condiciones Particulares alguna de las limitaciones consignadas en el Artículo 25 de las Condiciones Generales.

Art. 5º: Requisitos para la validez del diagnóstico

La Compañía debe contar, dentro de los 30 días de la fecha de diagnóstico, salvo casos de fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia, con un informe escrito con el diagnóstico de un especialista acompañado de documentación respaldatoria originada en estudios clínicos, radiológicos, histológicos o de laboratorio.

Art. 6º: Exclusiones Específicas

Quedan excluidos de esta cobertura los siguientes Diagnósticos de Cáncer:

- a) Etapa A del Cáncer del Colon de la clasificación de Dukes;
- b) Etapa A del Cáncer de la próstata, o cánceres prostáticos que histológicamente son descritos en la clasificación TNM como T_i (incluyendo T_i (a) ó T_i (b) o que son de otra clasificación equivalente o menor);
- c) Tumores que presentan los cambios malignos del carcinoma in situ (incluyendo la displasia cervical CIN-1, CIN-2 y CIN-3) o aquellos descriptos como Lesiones Premalignas, tumores benignos o pólipos
- d) Carcinoma in situ, no invasivo
- e) Melanomas de menos de 1.5 mm de espesor, determinado por examen histológico, o invasión menor del nivel de Clark 3;
- f) Cualquier Cáncer de la piel, excepto el melanoma maligno invasor de la dermis o a mayor profundidad; todas las hiperqueratosis o los carcinomas basocelulares de la piel.

Art. 7º: Terminación de la Cobertura

La cobertura prevista por esta cláusula terminará:

- a) al diagnosticarse y pagarse el beneficio previsto, no teniendo vigencia en las futuras renovaciones, si las hubiere;
- b) a partir del primer día del mes siguiente en que el Asegurado cumpla la edad máxima de permanecía estipulada en las Condiciones Particulares.

Cuando se verificara la terminación de la cobertura de un Asegurado por alcanzar la edad máxima de permanencia prevista para la presente Condición Específica, se procederá, en caso de existir, a la devolución de las primas de riesgo no corrido correspondientes a dicha cobertura.

ANEXO 800 - TRANSPLANTE DE ORGANOS ALTERNATIVA C

(El presente anexo sólo tendrá valor si se indican expresamente en el Frente de Póliza.)

Art. 1º: Riesgo Cubierto

La Compañía concederá el beneficio previsto cuando el Asegurado sea sometido a alguno de los siguientes transplantes:

1. Transplante de Médula Ósea
2. Transplante Hepático
3. Transplante Pulmonar
4. Transplante Cardiopulmonar
5. Transplante Cardíaco
6. Transplante Páncreas
7. Transplante Renal

La compañía no cubrirá los retransplantes, cuando los mismos sean requeridos por haberse producido el rechazo por parte del paciente del órgano transplantado. En dichos casos, la compañía sólo abonará el capital correspondiente al primer transplante, sin adeudar capital alguno por los reemplazos que pudieran efectuarse.

Art. 2º: Definición de los Transplantes Cubiertos

Se define trasplante como la transferencia de órganos que puede ser: desde un individuo vivo (aloinjertos), del mismo individuo (autoinjertos) o de un cadáver (cadavérico).

Las indemnizaciones previstas en el presente módulo no incluyen, en ningún caso, la provisión de órganos, quedando en un todo de acuerdo a las leyes nacionales establecidas al respecto.

Art. 3º: Período de carencia

Se define en Condiciones Particulares el período de carencia, con pago de primas, contado desde la fecha de inicio de vigencia de la cobertura de la presente Condición Específica para cada Asegurado. Ningún beneficio se otorgará si la necesidad de efectuar el trasplante de órganos surge durante este plazo de carencia.

No existirá período de carencia en los casos que el trasplante sea ocasionado por accidente ocurrido luego de la fecha de inicio de vigencia de cobertura de la presente Condición Específica para cada Asegurado.

Art. 4º: Beneficio

La Compañía, una vez comprobada la realización del trasplante por parte de su auditoría médica, abonará al Asegurado el capital asegurado definido en Condiciones Particulares.

Este beneficio es adicional e independiente de los demás previstos en la póliza, excepto cuando se establezca en Condiciones Particulares alguna de las limitaciones consignadas en el Artículo 25 de las Condiciones Generales.

Art. 5º: Requisitos para la validez del diagnóstico

La implantación de órganos se reconocerá cuando se hayan agotado todos los otros medios y recursos disponibles o sean inconvenientes o insuficientes como alternativa terapéutica de salud o conservación de la vida.

Para cualquier solicitud de indemnización por trasplante es condición ineludible e indispensable haberlo comunicado previamente al INCUCAI o a cualquier organismo que en el futuro lo reemplace.

Es indispensable, asimismo, que se cumplan en todas sus partes las disposiciones de la Ley de Transplantes de Órganos, sus modificatorias y reglamentaciones.

El Asegurado deberá informar directamente a la Compañía cualquier diagnóstico acerca de la necesidad de efectuarse un trasplante dentro de los 5 días de haber sido notificado del mismo, salvo casos de fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.

La Compañía debe contar, dentro de los 30 días de realizado el trasplante, salvo casos de fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia, con un informe escrito por un especialista con el diagnóstico y tipo de trasplante efectuado en formulario provisto por la Compañía, acompañado de documentación respaldatoria originada en certificaciones y resultado de estudios practicados. Asimismo, el Asegurado deberá certificar la realización previa de los estudios de Histocompatibilidad.

Art. 6º: Exclusiones Específicas

Quedan excluidos:

a) Trasplantes ilícitos o de carácter experimental o realizados en instituciones o por personal no habilitado legalmente, teniendo

conocimiento de tales circunstancias.

Art. 7º: Terminación de la Cobertura

La cobertura terminará a partir del primer día del mes siguiente en que el Asegurado cumpla la edad máxima de permanencia estipulada en las Condiciones Particulares.

Cuando se verificara la terminación de la cobertura de un Asegurado por alcanzar la edad máxima de permanencia prevista para la presente Condición Específica, se procederá, en caso de existir, a la devolución de las primas de riesgo no corrido correspondientes a dicha cobertura.

ANEXO 900 COBERTURA DE RENTA DIARIA POR INTERNACION ALTERNATIVA A

(El presente anexo sólo tendrá valor si se indican expresamente en el Frente de Póliza.)

Art. 1º: Riesgo Cubierto

La Compañía concederá el beneficio previsto cuando el Asegurado sea internado en un Establecimiento Asistencial, que reúna las características definidas en las Condiciones Generales de esta póliza, y siempre que el mismo no haya alcanzado la edad máxima de permanencia definida en Condiciones Particulares.

Art. 2º: Período de carencia

Se define en Condiciones Particulares el período de carencia, con pago de primas, contado desde la fecha de inicio de la cobertura de la presente Condición Específica para cada Asegurado. Ningún beneficio se otorgará si la internación acontece durante de este plazo de carencia.

El plazo de carencia consignado en el párrafo precedente no será aplicable en los casos en que la internación se origine en un accidente.

Art. 3º: Beneficio

La Compañía, una vez comprobada la internación por parte de su auditoría médica, abonará al Asegurado una renta diaria, cuyo importe se consigna en las Condiciones Particulares, por cada día de internación del Asegurado. La renta diaria se comenzará a abonar desde el primer día de internación cuando la misma supere la cantidad de días completos y consecutivos en uno o más Establecimientos Asistenciales establecida como Plazo de Espera en las Condiciones Particulares y por el plazo máximo de días previsto en las referidas Condiciones Particulares.

La indemnización máxima a la que el Asegurado tendrá derecho por cada año póliza para todos los eventos ocurridos en ese período será la correspondiente a la cantidad de días máximos estipulados en Condiciones Particulares.

Este beneficio es adicional e independiente de los demás previstos en la póliza, excepto cuando se establezca en Condiciones Particulares alguna de las limitaciones consignadas en el Artículo 25 de las Condiciones Generales.

Art. 4º: Requisitos para la validez del diagnóstico

Es requisito indispensable para la solicitud del beneficio que la internación

haya sido prescripta por un profesional médico.

El Asegurado deberá informar directamente a la Compañía de cualquier internación en un Establecimiento Asistencial dentro de los 5 días de haberse efectuado, salvo casos de fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.

La Compañía debe contar, dentro de los 30 días de la fecha de alta del Asegurado, salvo casos de fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia, con un informe escrito por un especialista con el diagnóstico, tratamiento efectuado y cantidad de días de internación, en formularios provistos por la Compañía y acompañado de documentación respaldatoria.

Art. 5º: Exclusiones Específicas

Quedan excluidas de esta cobertura las internaciones producidas como consecuencia de:

- a) Maternidad: comprende toda internación que se lleve a cabo durante el embarazo, el parto y hasta dentro de los 45 días después del parto.
- b) Afecciones padecidas por el recién nacido, que demanden su internación durante sus primeros 30 días de vida.
- c) Alteraciones mentales.
- d) Revisiones de rutina, diagnóstico, análisis, radiografías, radioscopias o fisioterapia, salvo que a consecuencia de los mismos el Asegurado tuviere que someterse a una internación.
- e) Cirugía plástica para condiciones preexistentes.
- f) Cirugías cosméticas y/o plásticas, excepto aquellas para las que se compruebe que poseen una finalidad reparadora de una función afectada por eventos cubiertos por esta póliza.

g) Cura de reposo.

h) Tratamientos por obesidad y/o rejuvenecimiento, en sus diversas modalidades.

i) Estadías en un Establecimiento Asistencial cuando el tratamiento elegido no es necesario o pudiera ser razonablemente brindado en un establecimiento que usualmente no calificaría como Establecimiento Asistencial bajo esta póliza.

Art. 6º: Terminación de la Cobertura

La cobertura terminará a partir del primer día del mes siguiente en que el Asegurado cumpla la edad máxima de permanencia estipulada en las Condiciones Particulares.

Cuando se verificara la terminación de la cobertura de un Asegurado por alcanzar la edad máxima de permanencia prevista para la presente Condición Específica, se procederá, en caso de existir, a la devolución de las primas de riesgo no corrido correspondientes a dicha cobertura.




BBVA

Seguros

Más información:

 www.bbvaseguros.com.ar

 0-800-999-4100

 +54 9 3700 9923

¡Seguinos en las redes!

 [bbvaseguros_ar](https://www.instagram.com/bbvaseguros_ar)  [BBVASegurosArg](https://www.facebook.com/BBVASegurosArg)

Aseguradora: BBVA Seguros Argentina S.A. CUIT: 30-50006423-0
Av. Córdoba 111, piso 22, C.A.B.A.