

Seguro de Cuidados Mayores
CONDICIONES GENERALES
SEGURO MODULAR DE SALUD
ANUAL RENOVABLE

CAPITULO I. DISPOSICIONES FUNDAMENTALES

Artículo 1º) NORMATIVA APLICABLE

Forman parte integrante de este contrato los siguientes elementos y en el orden de prelación que se establece a continuación:

1. Los Endosos, según el número de orden, predominando los últimos sobre los primeros
2. Las Condiciones Particulares
3. Las Condiciones de los Módulos contratados
4. Estas Condiciones Generales

Esta póliza adquiere fuerza legal desde las cero (0) horas del día fijado como inicio de su vigencia en las Condiciones Particulares y se renueva en cada aniversario de la misma, por períodos anuales en forma automática, salvo pacto en contrario o decisión unilateral de cualquiera de las partes de no renovar.

Artículo 2º) GRUPO FAMILIAR

El Asegurado Titular podrá incluir en el presente seguro a su Cónyuge, y/o Hijos, que reúnan los requisitos de asegurabilidad exigidos por Caja de Seguros S.A., y que no excedan la Edad Máxima de Ingreso que se indique en Condiciones Particulares. Los nuevos miembros quedarán automáticamente incorporados al seguro desde la cero (0) hora del día primero del mes que siga a la fecha de la aceptación de la solicitud por parte de Caja de Seguros S.A. La Compañía comunicará la aceptación de la solicitud dentro de los treinta (30) días de recibida; en caso de silencio se considerará rechazada. Dicho plazo se suspenderá en caso que Caja de Seguros S.A. hubiera solicitado información adicional al Asegurado. Una vez presentada la información solicitada la Compañía comunicará la aceptación de la solicitud dentro de los treinta (30) días de recibida; en caso de silencio se considerará rechazada.

Si el Asegurado no cumple o no presenta la información solicitada, transcurridos treinta (30) días desde el pedido de información adicional se considerará automáticamente rechazada.

Artículo 3º) PERSONAS NO ASEGURABLES

El seguro no ampara a personas que hayan cumplido la edad máxima prevista en las Condiciones Particulares, ni aquellas que constituyan un riesgo agravado no asegurable de acuerdo con las políticas de suscripción de la Caja de Seguros S.A.

Artículo 4º) RETICENCIA O FALSA DECLARACIÓN

Esta póliza se emite según las declaraciones del Asegurado consignadas en la solicitud del seguro y en los cuestionarios relativos a su salud y en el informe del Médico Examinador –cuando lo hubiera- los cuales son elementos esenciales del contrato. Dichas declaraciones se entienden dadas y certificadas como verdaderas y completas por el Asegurado, mediante su firma puesta al pie de los mencionados documentos, aun cuando estos no fueran escritos por ellos mismos.

Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Asegurado, aún hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones, si Caja de Seguros S.A. hubiese sido cerciorada del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato.

El plazo para impugnar el contrato es dentro de los tres (3) meses de conocida la reticencia o falsedad.

Artículo 5º) RIESGO CUBIERTO

Caja de Seguros S.A. se compromete al pago de los beneficios estipulados en las Condiciones de los Módulos contratados, en caso de que el Asegurado sufra, durante la vigencia del seguro, alguna de las contingencias cubiertas en dichos Módulos.

Cada beneficio previsto en cada Módulo contratado es adicional e independiente de los demás. En caso que un mismo evento genere indemnizaciones correspondientes a distintos módulos, Caja de Seguros S.A. no hará deducción alguna en las sumas aseguradas a pagarse por cualquiera de ellos.

En caso de fallecimiento del Asegurado antes de que haya llegado a cobrar el correspondiente beneficio, se abonará la suma asegurada a los beneficiarios, siempre y cuando se hayan cumplido todos los requisitos que prevé la póliza para acceder al mismo.

Artículo 6º) DEFINICIONES

Siempre que en la presente póliza se utilice alguno o algunos de los siguientes términos, estos deberán entenderse con los significados que a continuación se describen:

Tomador: es la persona física o jurídica tomadora de la póliza que suscribe el contrato de Seguro y quien ha sido aceptado por Caja de Seguros S.A. en condición de tal.

Asegurado Titular: es el Asegurado principal cubierto.

Asegurado Familiar: Podrá estar prevista en las Condiciones Particulares la extensión de la cobertura a algunos de los integrantes del grupo familiar que se mencionan a continuación:

- Cónyuge del Asegurado Titular. El/la cónyuge podrá incorporarse a la presente póliza hasta la edad máxima establecida en las Condiciones Particulares. Se asimila a la condición de cónyuge al/la conviviente del Asegurado Titular, siempre y cuando hubiera convivido públicamente en aparente matrimonio con el mismo, durante por lo menos 5 (cinco) años inmediatamente anteriores a la fecha de incorporación del conviviente a esta cobertura, o a 2 (dos) años en caso de existir descendencia en común.
- Los hijos, matrimoniales y/o extramatrimoniales reconocidos, del Asegurado Titular, y a los hijastros e hijos adoptivos del Asegurado Titular, siempre y cuando dichos hijos sean solteros, no emancipados, sean mayores a la edad mínima que figura en las Condiciones Particulares y tengan menos de 24 años de edad.

Asegurado: a los Asegurados Titulares y a los Asegurados Familiares.

Enfermedad o Condición Cubierta: significa una enfermedad, trastorno o desorden como se define en cada uno de los Módulos. Cualquier otra enfermedad o desorden no definido específicamente en los Módulos contratados no será asegurada bajo la presente póliza y no se pagará por ella ningún beneficio.

Diagnóstico: significa el diagnóstico de una Condición Física relativa a una Enfermedad o Accidente Cubiertos por alguno de los Módulos contratados certificados por un médico profesional debidamente matriculado y autorizado para ejercer la medicina, con exclusión de los médicos que a la vez sean: el propio Asegurado y/o miembros de su familia y/o Tomador de la póliza.

Médico: es la persona que ejerce la medicina, titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de la misma.

Pérdida Orgánica: es la pérdida de cualquiera de las partes citadas de un miembro. Se entenderá la amputación quirúrgica o traumática de esa parte completa, o bien su anquilosamiento total; por pérdida de un ojo se entenderá la pérdida completa e irreparable de la vista. En cuanto a manos y pies la pérdida significará la separación en la coyuntura de la muñeca o del tobillo o arriba de los mismos.

Establecimiento Asistencial: es el sanatorio, hospital, clínica, instituto policlínico, etc. Municipal, Provincial y/o Nacional que se halle legalmente autorizado y habilitado por el Organismo de Control Sanitario correspondiente y que opere bajo la supervisión permanente de un médico acreditado como tal, y que posea además servicio de enfermería durante las 24 horas del día, adecuado para dar asistencia y tratamiento clínico del tipo de afección padecida por el Asegurado.

Enfermedad Preexistente: es cualquier afección, padecimiento, enfermedad o patología, ya sea por Enfermedad o Accidente, que haya sido diagnosticada fehacientemente en una fecha anterior a la fecha en que se inició la cobertura para cada Asegurado.

Internación: Se considerará como internación a aquella en que el Asegurado haya permanecido en el Establecimiento Asistencial al menos 24 hs; los días posteriores serán considerados cada 24 hs. y el último por fracción superior a las 10 hs. No se considerarán los días de internación posteriores al alta médica, que el Asegurado decida permanecer por su propia voluntad.

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

Artículo 7º) RELEVO SECRETO MEDICO

El Asegurado se obliga a relevar del secreto médico a todos los profesionales o instituciones hospitalarias que lo atienden o hubiesen atendido. Caja de Seguros S.A. queda facultada a solicitar al Asegurado, y este se obliga a proporcionar, toda información médica adicional que esta necesite con relación a la suscripción del riesgo o a la indemnización a abonar.

CAPITULO II. BENEFICIOS

Artículo 8º) BENEFICIOS PREVISTOS

Producido y reconocido un evento cubierto por la presente póliza -en un todo de acuerdo con lo definido en los Módulos contratados- se abonará la suma asegurada prevista de acuerdo con lo establecido en el Módulo afectado.

Cuando el Asegurado fallezca antes de que se le haya abonado el beneficio previsto, la indemnización correspondiente será abonada a los beneficiarios designados.

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

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

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

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

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

El Asegurado podrá cambiar en cualquier momento el beneficiario o los beneficiarios designados.

Para que el cambio de beneficiario surta efecto frente al Asegurador, es indispensable que éste sea notificado por escrito.

La designación de beneficiario es válida aunque se notifique al Asegurador después del evento previsto, pero con anterioridad al pago del siniestro.

Caja de Seguros S.A. queda liberada si actuando diligentemente hubiera pagado las indemnizaciones correspondientes a los beneficiarios designados con anterioridad a la recepción de cualquier notificación que modificara esa designación.

Artículo 9º) ÁMBITO GEOGRÁFICO DE LA COBERTURA

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

El Asegurado debe comunicar a Caja de Seguros S.A. en forma fehaciente e inmediata, cuando fije su residencia en el extranjero.

Artículo 10º) FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DE CADA ASEGURADO INDIVIDUAL (Asegurado Titular y Asegurado Familiar).

El seguro regirá para el asegurado titular a partir de la cero (0) hora del día fijado como de inicio de vigencia en la póliza.

El seguro de las personas asegurables integrantes del grupo familiar del Asegurado que soliciten su incorporación a esta póliza, regirá a partir de la cero (0) hora del día primero del mes que siga a la fecha de la aceptación de la solicitud por parte de Caja de Seguros S.A. La Compañía comunicará la aceptación de la solicitud dentro de los treinta (30) días de recibida; en caso de silencio se considerará rechazada.

Dicho plazo se suspenderá en caso que Caja de Seguros S.A. hubiera solicitado información adicional al Asegurado. Una vez presentada la información solicitada la Compañía comunicará la aceptación de la solicitud dentro de los treinta (30) días de recibida; en caso de silencio se considerará rechazada.

Si el Asegurado no cumple o no presenta la información solicitada, transcurridos treinta (30) días desde el pedido de información adicional se considerará automáticamente rechazada.

Artículo 11º) INFORMACIONES QUE DEBEN SUMINISTRARSE A LA COMPAÑÍA

El Tomador y los Asegurados en cuanto sea razonable, se comprometen a suministrar todas las informaciones necesarias para el fiel cumplimiento de esta póliza.

Artículo 12º) LIQUIDACIÓN DE BENEFICIOS – REQUISITOS

Corresponde al Asegurado o al familiar que se encuentre a cargo del Asegurado:

- a) Denunciar la existencia del siniestro dentro de los 3 días de su ocurrencia;
- b) Presentar a Caja de Seguros S.A. pruebas fehacientes del/los siniestros sufridos mediante evidencias clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio, certificados por un profesional médico autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión;
- c) Facilitar cualquier comprobación que necesite realizar Caja de Seguros S.A.

Cualquier demora de dicha información, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia, hará perder al Asegurado el derecho al beneficio que le correspondería.

Caja de Seguros S.A. podrá hacer revisar al Asegurado por facultativos designados por ella para comprobar la procedencia de la reclamación del beneficio. El costo de las revisiones estará a cargo de Caja de Seguros S.A. y podrá exigir hasta 2 (dos) revisiones. Asimismo, Caja de Seguros S.A. podrá investigar en los Establecimientos Asistenciales y solicitar información a los médicos que hayan asistido al Asegurado. En general, podrá adoptar todas las medidas tendientes a comprobar y controlar las informaciones recibidas, así como esclarecer presuntos errores, simulaciones o fraudes.

Caja de Seguros S.A. dentro de los quince (15) días de recibida la denuncia del siniestro deberá hacer saber al Asegurado la solicitud de información complementaria, la aceptación o rechazo del otorgamiento del beneficio. La no contestación por parte de Caja de Seguros S.A. dentro del plazo establecido significará automáticamente el reconocimiento del beneficio reclamado.

Recibida la documentación, Caja de Seguros S.A. pondrá el importe de la indemnización a disposición del Asegurado o, en su caso, de los beneficiarios o herederos, según corresponda, dentro del plazo estipulado en el artículo 49º), segundo párrafo de Ley N° 17.418.

En caso de fallecimiento del Asegurado antes de cobrar el beneficio estipulado en la póliza, el mismo será abonado a los beneficiarios designados.

Artículo 13º) VALUACIÓN POR PERITOS

Si no hubiere acuerdo entre las partes, las consecuencias indemnizables serán determinadas por dos médicos designados uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los 8 días de su designación, a un tercer facultativo en caso de divergencia.

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

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

Los honorarios y gastos de los médicos de las partes serán a su respectivo cargo y los del tercero serán pagados por la parte cuyas pretensiones se alejen más del dictamen definitivo, salvo en caso de equidistancias en que se pagarán por mitades entre las partes (Art. 57 – L. de S.)

CAPITULO III. PRIMAS

Artículo 14º) PRIMAS

La prima, la cual deberá ser pagada por adelantado, es debida por el Tomador desde la celebración del contrato pero no es exigible sino contra entrega de la póliza, salvo que se haya emitido un certificado o instrumento provisorio de cobertura.

El importe a pagar resultará de sumar las primas individuales que correspondan según los Módulos que se hayan contratado más los gastos, impuestos y tasas que correspondan y que constituirá el premio.

Las primas individuales podrán ser ajustadas en cada aniversario de la póliza por Caja de Seguros S.A. quien comunicará por escrito al Tomador las nuevas primas individuales con una anticipación no inferior a treinta (30) días de la fecha en que comiencen a regir las mismas.

Artículo 15º) PLAZO DE GRACIA

Caja Seguros S.A. concede un plazo de gracia de treinta (30) días para el pago, sin recargo de intereses, de todas las primas. Durante ese plazo esta póliza continuará en vigor.

Para el pago de la primera prima el plazo de gracia se contará desde la fecha de inicio de vigencia de esta póliza. Para el pago de las primas siguientes dicho plazo de gracia correrá a partir de la cero (0) hora del día en que venza cada una.

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

Artículo 16º) FALTA DE PAGO DE LAS PRIMAS

Si cualquier prima no fuese pagada dentro del plazo de gracia, esta póliza caducará automáticamente, pero el Tomador adeudará a Caja de Seguros S.A. la prima correspondiente al mes de gracia, salvo que dentro de dicho plazo hubiese solicitado por escrito su rescisión, en cuyo caso deberá pagar una prima calculada a prorrata por los días transcurridos desde el vencimiento de la prima impagada hasta la fecha de envío de tal solicitud.

Artículo 17º) FINALIZACIÓN DE LA COBERTURA

La cobertura del asegurado finalizará cuando se produzca alguno de los siguientes eventos, según corresponda:

- a) En la fecha de la muerte del Asegurado;
- b) Por rescisión o caducidad de la póliza;
- c) Al finalizar el período de cobertura de acuerdo con la frecuencia del pago de primas en la cual el Asegurado cumpla la edad máxima estipulada en las Condiciones Particulares;
- d) Cuando el Tomador no abonase la prima que le correspondiese dentro del plazo de gracia.
- e) Para los Asegurados Familiares cuando pierdan su condición de miembros del grupo familiar, según se lo definió en artículo de “Definiciones”.
- f) Para los Asegurados Familiares cuando termine la cobertura del Asegurado Titular.

En cualquier caso de rescisión o caducidad de esta póliza, caducarán simultáneamente todas las coberturas individuales cubiertas por ella, salvo las obligaciones pendientes a cargo de la Compañía.

Cuando se abonen primas por períodos mensuales, la rescisión operará al término del período por el cual se hubieran abonado primas. En cambio, cuando se abonen primas por fracciones distintas a la mensual, la rescisión operará el último día del mes de solicitada la rescisión y se devolverá la prima no ganada correspondiente.

Además la Cobertura de cada Módulo finalizará:

- a) a partir del momento en que el Asegurado haya percibido la totalidad del beneficio que concede dicho Módulo;
- b) El primer día del mes posterior a partir de que el asegurado cumpla edad máxima para el Módulo prevista en las Condiciones Particulares.

A partir de ese momento, la cobertura que otorga cada módulo cesará, no teniendo vigencia en las futuras renovaciones, si las hubiese, de otros Módulos contratados bajo estas Condiciones Generales, dejando de abonarse las primas correspondientes.

CAPITULO IV. LIMITACIONES Y EXCLUSIONES

Artículo 18º) EXCLUSIONES GENERALES

Esta póliza está exenta de toda clase de restricciones respecto a viajes, residencia y ocupación del Asegurado, salvo las excepciones especificadas en Riesgos No Cubiertos.

Además de los padecimientos que han sido detallados como no cubiertos, la presente póliza tampoco cubrirá enfermedades o cirugías que resulten directa o indirectamente de:

- a) Las consecuencias de cualquier accidente ocurrido antes de la fecha de inicio de vigencia
- b) Cualquier otra enfermedad diagnosticada o desorden que no haya sido específicamente definido como cubiertos en los Módulos contratados.

Artículo 19º) RIESGOS NO CUBIERTOS

Caja de Seguros S.A. no abonará el beneficio cuando el hecho susceptible de cobertura se produjera por algunas de las siguientes causas:

- a) Tentativa de suicidio del Asegurado;
- b) Por duelo o riña, salvo que se tratase de legítima defensa; empresa o acto criminal;
- c) Acto o hecho de guerra civil o internacional, guerrilla, rebelión, sedición, motín, asonada, revolución, golpe de estado, terrorismo, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo;
- d) Abuso del alcohol, drogas, estupefacientes, narcóticos o estimulantes;
- e) Someterse a intervenciones médicas o quirúrgicas ilícitas, tratamientos no autorizados legalmente, o de carácter experimental, o realizado en instituciones o por personal no habilitado legalmente, teniendo el Asegurado conocimiento de tal circunstancia;
- f) Por la práctica o el uso de la navegación aérea, salvo como pasajero en líneas regulares, o por otras ascensiones aéreas, aladeltismo, parapente o bungee jumping;
- g) Por la participación en viajes o excursiones a zonas o regiones inexploradas, prácticas deportivas submarinas, acuáticas o subacuáticas o escalamiento de montaña;
- h) Competir en pruebas de pericia y/o velocidad con vehículos mecánicos o de tracción a sangre o en justas hípicas;
- i) Intervenir en pruebas de prototipos de aviones, automóviles y otros vehículos de propulsión mecánica;
- j) Accidentes derivados del uso por parte del Asegurado de motonetas, motocicletas o motos;
- k) Desempeño paralelo de las profesiones de acróbata, buzo, jockey y domador de potros o fieras y/o la práctica de deportes o actividades peligrosas como alpinismo, andinismo, esquí acuático o de montaña, caza, motonáutica, manipuleo de explosivos y/o armas o con exposición a radiaciones atómicas, salvo pacto en contrario;
- l) Acontecimientos catastróficos originados por reacciones o accidentes nucleares, químicos biológicos, bacteriológicos y/o fenómenos naturales, epidemias o pestes;

- m) Acontecimientos catastróficos, entendiéndose por tales terremoto, inundación, aluviones, maremotos, erupciones volcánicas y huracanes;
- n) Actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por ninguna necesidad profesional, salvo en caso de tentativa de salvamento de vidas o bienes. No obstante quedan cubiertos los actos realizados para precaver el siniestro o atenuar sus consecuencias o por un deber de humanidad generalmente aceptado (Artículos 52 y 70 de la Ley de Seguros Nro. 17.418).
- o) Lesiones causadas por el uso de rayos "X" o de cualquier elemento radioactivo;
- p) Como consecuencia de mutilaciones o heridas auto infringidas por el Asegurado, o mutilaciones voluntarias, aún las cometidas en estado de insania o enajenación mental;
- q) De tratamientos o dolencias relacionados con la esterilización masculina o femenina, cambio de sexo o mal funcionamiento sexual o esterilidad.

Artículo 20°) AGRAVACIÓN DE RIESGO

Cada Asegurado debe denunciar a Caja de Seguros S.A. las agravaciones del riesgo asumido, causadas por un hecho suyo antes de que se produzcan; y las debidas a un hecho ajeno, inmediatamente después de conocerlas.

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

- a) Modificación de su profesión o actividad; o prácticas deportivas
- b) Fijación de residencia fuera del país.

Cuando la agravación se deba a un hecho del Asegurado, la cobertura queda suspendida. Caja de Seguros S.A. en el término de siete días, deberá notificar su decisión de rescindir. Cuando la agravación resulte de un hecho ajeno al Asegurado, Caja de Seguros S.A. deberá notificarle su decisión de rescindir dentro del término de un mes. Se aplicará el Artículo 39 de la Ley de Seguros si el riesgo no se hubiera asumido según las prácticas comerciales de Caja de Seguros S.A.

No obstante, cuando la agravación provenga del cambio de la profesión o actividad del Asegurado y si de haber existido ese cambio al tiempo de la celebración, Caja de Seguros S.A. hubiera concretado el contrato por una prima mayor, la suma asegurada se reducirá en proporción a la prima pagada.

CAPITULO V. DISPOSICIONES FINALES

Artículo 21º) REDUCCIÓN DE LAS CONSECUENCIAS

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

Artículo 22º) RESCISIÓN DE ESTA PÓLIZA

Sin perjuicio de las demás causales de rescisión y caducidad ya previstas, esta póliza podrá ser rescindida por el Tomador previo aviso por escrito remitido con anticipación no menor de treinta (30) días, a cualquier vencimiento de primas.

Caja de Seguros S.A. podrá no renovar la póliza, previo aviso por escrito remitido con anticipación no menor de treinta (30) días, a cualquier vencimiento de año póliza.

Artículo 23º) CADUCIDAD POR INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES Y CARGAS

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

Artículo 24º) DUPLICADO DE PÓLIZA - COPIAS

El Tomador y/o el Asegurado Titular, podrán obtener un duplicado de la póliza sin costo. Una vez emitido el duplicado, el original pierde todo valor. Las modificaciones o suplementos que se incluyan en el duplicado, a pedido del Tomador o del Asegurado Titular, según el caso, serán los únicos válidos.

El Tomador o el Asegurado Titular tienen derecho a que se les entregue copia de sus declaraciones efectuadas con motivo de este contrato.

Artículo 25º) IMPUESTOS, TASAS Y CONTRIBUCIONES

Los impuestos, tasas y contribuciones de cualquier índole y jurisdicción que se creasen en lo sucesivo o los aumentos eventuales de los existentes, estarán a cargo del Tomador o de los Asegurados, según el caso, salvo cuando la ley los declare expresamente a cargo exclusivo de Caja de Seguros S.A.

Artículo 26°) DOMICILIO PARA LAS DENUNCIAS Y DECLARACIONES

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 N° 17418 es el último declarado por ellas.

Artículo 27°) JURISDICCIÓN

Toda controversia judicial relativa a la presente póliza podrá ser dirimida ante los Tribunales Ordinarios competentes del lugar de su emisión. Para el caso en que la póliza haya sido emitida en una jurisdicción distinta al domicilio del asegurado, éste podrá recurrir a los Tribunales Ordinarios competentes correspondientes a su domicilio.

Artículo 28°) CÓMPUTO DE LOS PLAZOS

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

Artículo 29°) CESIÓN DE DERECHOS

Los derechos emergentes de esta póliza podrán ser transferidos parcial o totalmente a favor de Establecimientos Médicos y/o profesionales médicos, debiendo dicha transferencia ser previamente aprobada de modo expreso y fehaciente por la Aseguradora.

SEGURO MODULAR DE SALUD ANUAL RENOVABLE

ANEXO I

Se transcriben los artículos 18vo. y 19mo. de las Condiciones Generales y los artículos 3ros. de cada módulo contratado.

SEGURO MODULAR DE SALUD ANUAL RENOVABLE

MÓDULO DE FRACTURA DE HUESOS

Artículo 1º) Riesgo Cubierto

Caja de Seguros S.A. pagará la suma resultante de aplicar el porcentaje correspondiente a la fractura definido en ésta Cláusula a la Suma Asegurada definida en Condiciones Particulares, cuando el Asegurado sufra, durante el período de vigencia del seguro, algún Accidente que fuere la causa originaria de alguna de las fracturas de huesos que se detallan a continuación.

Los riesgos amparados son exclusivamente los siguientes:

Tipo de Fractura	% SA
Cráneo	100%
Cadera, Pelvis	75%
Pierna, Tobillo, Talón, Muslo	60%
Brazo, Hombro, Muñeca	50%
Rótula, Clavícula, Omóplato	25%
Dedos de Mano, Dedos del Pie	5%
Cuello, Torso	37,50%

Artículo 2º) Definición del Riesgo Cubierto

A los efectos de indemnización bajo la presente póliza, se entenderá por “Fractura de Huesos” a la ruptura parcial o total de un hueso del cuerpo humano que sufrió el Asegurado, como consecuencia de un accidente, durante la vigencia del presente módulo.

Si como consecuencia de un mismo accidente se produjera más de uno de los riesgos cubiertos, las indemnizaciones a cargo del Asegurador se sumarán. En tal caso, la indemnización máxima a cargo del Asegurador no podrá superar la Suma Asegurada correspondiente al presente Módulo establecida en las Condiciones Particulares de póliza.

El beneficio es recurrente y acumulativo, debiéndose cubrir todos los siniestros acaecidos dentro de cada período de renovación anual de la póliza hasta alcanzar la Suma Asegurada definida en las Condiciones Particulares.

Se entiende por recurrente a la posibilidad de reiteración del evento siniestral, dentro de un mismo período anual de cobertura.

Se entiende por acumulativo a la sumatoria de beneficios de todos los eventos siniestrales acaecidos, abonados dentro de un mismo período anual de cobertura.

Artículo 3º) Exclusiones Específicas

Además de las Exclusiones ya previstas en las Condiciones Generales, esta póliza no comprende en la definición de Riesgo Cubierto a los siguientes:

- a) Rotura de Huesos no traumática como consecuencia inmediata o mediata de enfermedades (Ejemplo: tumores, osteoporosis y cualquier enfermedad que pueda causar rotura ósea).
- b) Artes marciales y deportes de contacto físico (Boxeo, Esgrima, Judo, Lucha grecorromana, Lucha libre olímpica, Taekwondo, Karate, Artes Marciales Mixtas, Bando Kick Boxing, Eskrima, Full Contact, Jiu-Jitsu, Jiu-Jitsu Brasileiro, Kendo, Kick Boxing, Kung-fu, Penkat Silat, Lethwei, Lucha Leonesa, Lucha libre profesional, Muay thai, Puroresu, Sambo, San da, Savate, Shoot fighting, Shoot wrestling, Sumo, Chijutsuryu, Krav Maga, Sipalki).
- c) Accidentes causados por estar el Asegurado bajo la influencia de drogas, alcohol u otras sustancias tóxicas. Esta exclusión no se aplicará cuando las drogas hayan sido prescritas por un médico debidamente autorizado y sean tomadas de acuerdo a su prescripción.
- d) Lesiones imputables a esfuerzo.
- e) Psicopatías transitorias o permanentes y operaciones quirúrgicas o tratamientos, Accidentes causados por vértigos, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que ocurran por estado de enajenación mental, salvo que tales trastornos sean consecuencia inmediata de un Accidente.

SEGURO MODULAR DE SALUD ANUAL RENOVABLE

MÓDULO DE FRACTURA DE HUESOS

ANEXO 1: RIESGOS NO CUBIERTOS

Además de las Exclusiones ya previstas en las Condiciones Generales, esta póliza no comprende en la definición de Riesgo Cubierto a los siguientes:

- a) Rotura de Huesos no traumática como consecuencia inmediata o mediata de enfermedades (Ejemplo: tumores, osteoporosis y cualquier enfermedad que pueda causar rotura ósea).
- b) Artes marciales y deportes de contacto físico (Boxeo, Esgrima, Judo, Lucha grecorromana, Lucha libre olímpica, Taekwondo, Karate, Artes Marciales Mixtas, Bando Kick Boxing, Eskrima, Full Contact, Jiu-Jitsu, Jiu-Jitsu Brasileiro, Kendo, Kick Boxing, Kung-fu, Penkat Silat, Lethwei, Lucha Leonesa, Lucha libre profesional, Muay thai, Puroresu, Sambo, San da, Savate, Shoot fighting, Shoot wrestling, Sumo, Chijutsuryu, Krav Maga, Sipalki).
- c) Accidentes causados por estar el Asegurado bajo la influencia de drogas, alcohol u otras sustancias tóxicas. Esta exclusión no se aplicará cuando las drogas hayan sido prescritas por un médico debidamente autorizado y sean tomadas de acuerdo a su prescripción.
- d) Lesiones imputables a esfuerzo.
- e) Psicopatías transitorias o permanentes y operaciones quirúrgicas o tratamientos, Accidentes causados por vértigos, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que ocurran por estado de enajenación mental, salvo que tales trastornos sean consecuencia inmediata de un Accidente.

MÓDULO DE REINTEGRO DE GASTOS EN CASO DE PRÓTESIS

Artículo 1° - Riesgo Cubierto

Caja de Seguros S.A. abonará el beneficio previsto, cuando a causa de un accidente o enfermedad cubierta, se prescriba al Asegurado la implantación de una prótesis comprendida en el Anexo "Detalle de Prótesis cubiertas", dentro de las especialidades de: Traumatología y Ortopedia, Cardiovasculares, Neuroquirúrgicas, Auditivas u Oculares. El beneficio será abonado siempre que la prescripción y la implantación sean efectuadas antes de alcanzar la Edad Máxima de Cobertura estipulada en las Condiciones Particulares y/o Certificado Individual. Se cubrirá la primera prótesis que se implante como así también los replazos posteriores de las mismas.

No se cubrirán los replazos de prótesis implantadas con anterioridad al inicio de vigencia de la cobertura.

Artículo 2°- Beneficio

Caja de Seguros S.A., una vez comprobada la implantación de la prótesis por parte de su auditoría médica, reintegrará al Asegurado el gasto correspondiente a la adquisición de la prótesis cubierta hasta el máximo Capital Asegurado consignado en las Condiciones Particulares para cada tipo de especialidad.

Este beneficio es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la póliza y en el certificado individual.

Artículo 3°- Requisitos para la validez del diagnóstico

El Asegurado deberá informar directamente a Caja de Seguros S.A. cualquier diagnóstico acerca de la necesidad de efectuarse una implantación de prótesis, dentro de los 5 (cinco) días de haber sido notificado del mismo, salvo casos de fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia o de urgencia.

Asimismo deberá presentar a la Compañía certificaciones médicas de diagnóstico y tratamiento efectuado, informaciones de instituciones intervinientes, documentos, historia clínica y facturas originales de los gastos realizados para la adquisición de la prótesis, dentro de los treinta (30) días de realizada la implantación de la prótesis, salvo casos de fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.

Asimismo, el Asegurado deberá facilitar cualquier comprobación, incluso hasta dos exámenes médicos por facultativos designados por Caja de Seguros S.A. y con gastos a cargo de ésta.

Artículo 4°- Exclusiones Específicas

Adicionalmente a las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales Comunes de esta póliza, quedan excluidas de esta cobertura:

- a) Toda órtesis y prótesis cuya finalidad no sea funcional;
- b) Todos aquéllos elementos protésicos no incluidos específicamente en el listado adjunto por especialidad,
- c) Hemodiálisis, tratamientos de fertilización artificial y contracepción
- d) Cirugía estética o plástica reparadora por accidente
- e) Implantes electrónicos (excepto prótesis coclear que sí está cubierta)
- f) Trasplantes de tejidos u órganos

- g) Tratamientos con elementos radioactivos
- h) Renovaciones de prótesis preexistentes al inicio de vigencia de la cobertura.

ANEXO Detalle de Prótesis cubiertas

1.- TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

- Incluye:

- 1.1) Prótesis para reemplazo de cadera, total y parcial, de rodilla y de otras articulaciones menores, incluyendo el cemento si fuere necesario para su colocación.
- 1.2) Clavos, placas, tornillos, alambres y otros elementos de síntesis.
- 1.3) Prótesis para amputación.
- 1.4) Corset (tipo Knight, Taylor o Milwaukee) cuando sea la última alternativa terapéutica o en caso de destrucción vertebral.
- 1.5) Reemplazo humeral en resección oncológica cuando sea indispensable para conservar el miembro.
- 1.6) Tutores Externos.

- Excluye:

- 1.7) Arnés de Paulik
- 1.8) Bastones, Muletas, Sillas de Ruedas, Camas Ortopédicas, Trípodes
- 1.9) Elementos de tracción y reducción, taloneras, estribos, lechos.
- 1.10) Prótesis Odontológicas
- 1.11) Prótesis electrónicas o computarizadas.
- 1.12) Andadores y Sillas para patologías infantiles

2.- CARDIOVASCULARES

- Incluye:

- 2.1) Marcapasos definitivos y sus catéteres uni o bipolares
- 2.2) Prótesis cardíacas valvulares biológicas o mecánicas
- 2.3) Prótesis vasculares
- 2.4) Parches Intracardíacos

- Excluye:

- 2.5) Desfibriladores
- 2.6) Elementos o insumos descartables para hemodinamia o cardiocirugía
- 2.7) Filtros o Hemoconcentradores. Computadoras de volumen minuto.
- 2.8) Stent Arteriales o Expansores Vasculares mecánicos de cualquier tipo.

3.- NEUROQUIRÚRGICAS

- Incluye:

- 3.1) Válvulas para hidrocefalia, catéteres ventriculares, reservorios de Richman, catéteres peritoneales y arteriales, sistema de derivación de líquido cefalorraquídeo lumboperitoneal.
- 3.2) Clips para aneurismas.

- Excluye:

- 3.3) Estimuladores Epidurales
- 3.4) Stent Arteriales o Expansores Vasculares mecánicos de cualquier tipo.

4.- AUDITIVAS

- Incluye:

4.1) Audífonos según características audiométricas del asegurado. En caso de asegurados con trastornos de audición bilaterales se reconocerá un sólo audífono.

4.2) Prótesis cocleares.

• Excluye:

4.3) Tubos de ventilación de oído

4.4) Prótesis de oídos medio huesecillos

5.- OCULARES

• Incluye:

5.1) Lentes intraoculares y set de colocación.

5.2) Banda de silicona (para retina).

5.3) Prótesis oculares no funcionales.

• Excluye:

Lentes y anteojos de cualquier tipo salvo los arriba incluidos.

ANEXO I – EXCLUSIONES

CLÁUSULA G - COBERTURA DE REINTEGRO DE GASTOS EN CASO DE PRÓTESIS

Adicionalmente a las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales Comunes de esta póliza, quedan excluidas de esta cobertura:

- a. Toda órtesis y prótesis cuya finalidad no sea funcional.
- b. Todos aquellos elementos protésicos no incluidos específicamente en el listado adjunto por especialidad.
- c. Hemodiálisis, tratamientos de fertilización artificial y contracepción.
- d. Cirugía estética o plástica reparadora por accidente.
- e. Implantes electrónicos (excepto prótesis coclear que sí está cubierta)
- f. Trasplantes de tejidos u órganos
- g. Tratamientos con elementos radioactivos
- h. Renovaciones de prótesis preexistentes al inicio de vigencia de la cobertura.

SEGURO MODULAR DE SALUD ANUAL RENOVABLE

MÓDULO DE INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS

Artículo 1° - Riesgo Cubierto

Caja de Seguros S.A abonará el beneficio previsto por esta cláusula en caso de diagnosticarse al Asegurado, durante el período de vigencia del seguro, por primera vez alguna de las enfermedades neurológicas definidas en el apartado “Definición de las enfermedades cubiertas”. El beneficio previsto se pagará una sola vez aunque la misma u otras enfermedades cubiertas se manifiesten con posterioridad.

No se abonará el beneficio previsto si la enfermedad en cuestión hubiese sido diagnosticada o si el asegurado hubiese consultado por sus síntomas y signos, y recibido tratamiento por la misma antes de la fecha de inicio de vigencia de la cobertura.

Artículo 2° - Definición de las enfermedades cubiertas

Sólo estarán cubiertas por esta cláusula las siguientes afecciones Neurológicas:

Esclerosis Múltiple: Enfermedad del sistema nervioso central, caracterizada por zonas de desmielinización en el cerebro, ocasionando parestesias en una o más extremidades en el tronco, debilidad o paraplejía de piernas, brazos, parálisis del nervio óptico o deficiencias en el control vesical, algunas personas con esclerosis múltiple grave pueden perder la capacidad de caminar sin ayuda o de caminar por completo, mientras que otras pueden experimentar largos períodos de remisión sin que aparezca ningún síntoma nuevo, cuyo diagnóstico inequívoco realizado por un neurólogo, confirma anomalías neurológicas moderadas persistentes y consistentes con un daño funcional.

Alzheimer: Afección cerebral progresiva y degenerativa que afecta la memoria, el pensamiento y la conducta. La alteración de la memoria es una característica necesaria para el diagnóstico de esta o de cualquier otro tipo de demencia. También se presenta cambio en una de las siguientes áreas: lenguaje, capacidad de toma de decisiones, juicio, atención y otras áreas de la función mental y la personalidad.

La evidencia del Mal de Alzheimer se presenta en el tejido cerebral mostrando “nudos neurofibrilares” (fragmentos enrollados de proteína dentro de las neuronas que las obstruyen), “placas neuríticas” (aglomeraciones anormales de células nerviosas muertas y que están muriendo, otras células cerebrales y proteína) y “placas seniles” (áreas donde se han acumulado productos de neuronas muertas alrededor de proteínas).

Su diagnóstico debe ser inequívoco y realizarse por un médico especialista.

Mal de Parkinson: Se trata de un trastorno cerebral que lleva a que se presenten temblores y dificultad en la marcha, el movimiento y la coordinación. Este trastorno puede afectar a uno o ambos lados del cuerpo, con grados variables de pérdida de la función. Es una enfermedad producida por un proceso neurodegenerativo que afecta al sistema nervioso central haciendo que no se produzca suficiente cantidad de una sustancia química importante en el cerebro conocida como dopamina. Esto provoca la aparición de síntomas motores y no motores. Los síntomas motores más frecuentes son el temblor, la rigidez, la lentitud de movimientos y la inestabilidad postural, entre otros. Otras regiones del sistema nervioso y otros neurotransmisores diferentes a la dopamina están también involucrados en la enfermedad, añadiendo otros síntomas como los no motores. Estos con frecuencia aparecen años antes que los síntomas motores, se los conoce como “síntomas premotores”. Los más conocidos son: depresión, reducción del olfato, estreñimiento y trastorno de conducta del sueño REM (ensoñaciones muy vívidas).

Artículo 3°- Beneficio

En caso de que al Asegurado se le diagnostique por primera vez alguna Enfermedad Neurológica con las características especificadas en el artículo anterior, la Compañía hará un pago único al momento de la comprobación del Siniestro. El Capital Asegurado es el que se consigna en las Condiciones Particulares y/o Certificado Individual.

En caso de que se produzca el fallecimiento inmediato del Asegurado luego de diagnosticada la enfermedad, la Compañía abonará la indemnización a los beneficiarios designados.

Este beneficio es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la póliza y en el certificado individual.

La presente cobertura dejará de ser renovada a partir del momento en que el Asegurado hubiera percibido el beneficio correspondiente a cualquiera de las enfermedades amparadas por este seguro.

Artículo 4°- Requisitos para la Validez del Diagnóstico

Corresponde al Asegurado o al Contratante denunciar el diagnóstico de la Enfermedad Neurológica, presentando – dentro de los treinta (30) días de la fecha de determinación de la enfermedad, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho – un informe escrito con el diagnóstico de un médico especialista, acompañado de documentación respaldatoria originada en estudios clínicos, radiológicos, histológicos y/o de laboratorio.

El Asegurador se reserva el derecho de solicitar – a su cargo – hasta dos exámenes médicos adicionales emitidos por un profesional a su elección, o de examinar al Asegurado por un profesional designado por éste.

Artículo 5°- Plazo de Prueba

El Asegurador, dentro de los quince (15) días de recibida y verificada la denuncia y/o las constancias a que se refiere el artículo anterior, contados desde la fecha que sea posterior deberá hacer saber al Asegurado o al Contratante la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. Si las comprobaciones e informes a que se refiere el Artículo 4° no

resultaran concluyentes, el Asegurador podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor de un (1) mes, a fin de confirmar el diagnóstico.

Artículo 6° - Valuación por Peritos

Si en la apreciación del diagnóstico surgieran divergencias entre su médico y el designado por la Compañía, ambos procederán dentro de los 15 días a nombrar un tercero, quien previo examen del Asegurado dictaminará al respecto, dentro de los 8 días de su designación. De no llegarse a un acuerdo para la designación del tercero, este nombramiento lo hará el Organismo Oficial Competente. Los gastos serán soportados por las partes en el orden causado y los honorarios del tercer médico, por el Asegurado si se desecharan sus pretensiones o por el Asegurador si quedara obligado a atenderlas.

Artículo 7° - Exclusiones Específicas

Además de las Exclusiones ya previstas en las Condiciones Generales, queda excluido de esta cobertura:

- Otras causas de daño neurológico como Lupus Eritematoso Sistémico o infecciones por Virus de Inmunodeficiencia Humana.
- Otros cuadros de demencia o condición semejante por trastornos afectivos o esquizofrénicos o delirio.
- Cuadros compatibles con Parkinsonismos secundarios.
- Cualquier enfermedad que no esté específicamente definida en este módulo.

Artículo 8° - Terminación de la Cobertura

Adicionalmente a lo estipulado en las Condiciones Generales, la presente cobertura terminará:

- a) Cuando se rescinda la presente cobertura por cualquier causa
- b) Cuando el Asegurado haya percibido el total del beneficio correspondiente a la primer enfermedad diagnosticada.
- c) Cuando el Asegurado alcance la edad máxima de permanencia de esta cobertura, establecida en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Incorporación, de corresponder.

En caso de existir prima de riesgo no corrido a la fecha de terminación de la cobertura, la Compañía procederá a la devolución de la misma.

Anexo I - Riesgos no Cubiertos

Además de las Exclusiones ya previstas en las Condiciones Generales, queda excluido de esta cobertura:

- Otras causas de daño neurológico como Lupus Eritematoso Sistémico o infecciones por Virus de Inmunodeficiencia Humana.
- Otros cuadros de demencia o condición semejante por trastornos afectivos o esquizofrénicos o delirio.
- Cuadros compatibles con Parkinsonismos secundarios.
- Cualquier enfermedad que no esté específicamente definida en este módulo.