



* Los seguros son emitidos por su empresa controladora CAJA DE SEGUROS S.A

CONDICIONES PARTICULARES

SECCION	POLIZA N°	CONTROL	ENDOSO N°
SEPELIO INDIVIDUAL		1	0

Entre CAJA DE SEGUROS S.A. (en adelante La Caja) y quien se designa con el nombre del Asegurado, se conviene en celebrar el presente contrato de seguro con arrego a las Condiciones Particulares y Generales de la presente Póliza que se agregan y de conformidad con la solicitud de seguro, la que se declara parte integrante de este contrato.

CONCEPTO	VIGENCIA
----------	----------

EMISION

ASEGURADO
Y/O
TOMADOR

DOMICILIO

COND. DE IVA	SOLICITUD N°	N° DOC./N° DE CUIT	VENCIMIENTO PAGO CONTADO
--------------	--------------	--------------------	--------------------------

OBJETO DEL SEGURO Y RIESGOS ASEGURADOS	SUMA ASEGURADA INICIAL
--	------------------------

SEPELIO INDIVIDUAL
 COBERTURA : PRESTACIONAL
 VIGENCIA : ANUAL
 RENOVACION AUTOMATICA : SI
 PAGO DEL PREMIO
 ENTIDAD DE COBRANZA :

\$

TIPO DE CUENTA :
 NRO DE CUENTA :

TIPO DE CUENTA :
 NRO.CBU. :
 Frecuencia de Facturación: Mensual

Forma de Pago: Según Anexo "M"

De acuerdo a lo establecido en el Artículo 3 de las Condiciones Generales Especificas, si no pudiere lograrse la prestación del servicio por causa no imputable al solicitante, se abonará hasta un máximo de \$130.000 a la persona que haya pagado el servicio de sepelio del asegurado.

Se aplicará una carencia * de 30 días con primas pagas con cobertura de riesgo de muerte por accidente únicamente. * Solo se podrá aplicar el plazo de carencia cuando no se exijan requisitos de asegurabilidad(art. 5 de las Condiciones Generales Comunes).

Exclusión de otros seguros: Queda expresamente estipulado que ninguna persona asegurada bajo esta póliza podrá estar incorporada o incorporarse en el futuro a otro seguro de sepelio, individual o colectivo, contratado con el asegurador u otra entidad Aseguradora. En caso de transgresión a lo expuesto precedentemente y en caso de producirse el evento cubierto cada Asegurador contribuirá proporcionalmente al monto de su contrato.

COND. ANEXOS Y/O CLAUSULAS INTEGRANTES DE ESTA POLIZA

803, L, A1010, M

MONEDA	PRIMA	DERECHO DE EMISION	RECARGOS ADMINISTRATIVOS	RECARGOS FINANCIEROS	BONIFICACION
--------	-------	--------------------	--------------------------	----------------------	--------------

\$

IMPUESTOS Y TASAS	SELLADOS	PERCEP. I.B.	IVA BASICO	IVA ADICIONAL	PREMIO
-------------------	----------	--------------	------------	---------------	--------

LUGAR Y FECHA DE EMISION

Cuando el texto de la Póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el Asegurado o tomador del seguro, si no reclama dentro de un mes de haber recibido la Póliza. Cuando se mencionan los vocablos "Asegurado", "Tomador" y "Contratante" se considerarán indistintamente según corresponda.

El impuesto de Sellos será ingresado por la Caja en la jurisdicción correspondiente, mediante declaración jurada.

La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8 del Reglamento General de la Actividad Aseguradora

La entidad aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado. Por reclamamos, que no hayan sido solucionados previamente por las vías de atención al público de la entidad, podrán comunicarse con este Servicio al teléfono 4857-7677 opción 2. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.lacaja.com.ar. En caso de que existiera un reclamo ante la entidad aseguradora y que el mismo no haya sido resuelto o haya sido desestimado, total o parcialmente, o que haya sido denegada su admisión, podrá comunicarse con la Superintendencia de Seguros de la Nación por teléfono al 0800-666-8400 o por correo electrónico a consultas@ssn.gov.ar.



CAJA DE SEGUROS S.A.(EX CSVSA)
 C.U.I.T 30-66320562-1 ING.BRUTOS 901-157582-4
 ROBERTO FITZ ROY 957
 1414 - CIUDAD AUTONOMA BUENOS AIRES
 CAPITAL FEDERAL
 TEL. 4857-8118 FAX. 4857-8114



* Los seguros son emitidos por su empresa controladora CAJA DE SEGUROS S.A

CONDICIONES PARTICULARES

SECCION	POLIZA N°	CONTROL	ENDOSO N°
SEPEL I O I NDI VI DUAL			

Entre CAJA DE SEGUROS S.A. (en adelante La Caja) y quien se designa con el nombre del Asegurado, se conviene en celebrar el presente contrato de seguro con arreglo a las Condiciones Particulares y Generales de la presente Póliza que se agregan y de conformidad con la solicitud de seguro, la que se declara parte integrante de este contrato.

CONCEPTO	VIGENCIA		
EMI SI ON			
ASEGURADO Y/O TOMADOR			
DOMICILIO			
COND. DE IVA	SOLICITUD N°	N° DOC./N° DE CUIT	VENCIMIENTO PAGO CONTADO

OBJETO DEL SEGURO Y RIESGOS ASEGURADOS	SUMA ASEGURADA INICIAL				
	\$				
<table border="0"> <tr> <td>Riesgo</td> <td>Fec.Nacmto</td> <td>Nombre y Apellido de Asegurado</td> <td>Dto.Asegurado</td> </tr> </table> <p>PERSONAS ASEGURADAS: 1 EDAD MAXIMA DE INGRESO : 79 años EDAD MAXIMA DE PERMANENCIA : Hasta cumplir los: 80 años</p> <p>PERSONAS ASEGURADAS: EDAD MAXIMA DE INGRESO : 79 años EDAD MAXIMA DE PERMANENCIA : Hasta cumplir los: 80 años</p>	Riesgo	Fec.Nacmto	Nombre y Apellido de Asegurado	Dto.Asegurado	
Riesgo	Fec.Nacmto	Nombre y Apellido de Asegurado	Dto.Asegurado		

COND.ANEXOS Y/O CLAUSULAS INTEGRANTES DE ESTA POLIZA
 803, L, A1010, M

MONEDA	PRIMA	DERECHO DE EMISIÓN	RECARGOS ADMINISTRATIVOS	RECARGOS FINANCIEROS	BONIFICACIÓN
\$					
IMPUESTOS Y TASAS	SELLADOS	PERCEP. I.B.	IVA BÁSICO	IVA ADICIONAL	PREMIO

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN

Cuando el texto de la Póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el Asegurado o tomador del seguro, si no reclama dentro de un mes de haber recibido la Póliza. Cuando se mencionan los vocablos "Asegurado", "Tomador" y "Contratante" se considerarán indistintamente según corresponda.
 El impuesto de Sellos será ingresado por la Caja en la jurisdicción correspondiente, mediante declaración jurada.
 La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8 del Reglamento General de la Actividad Aseguradora

La entidad aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado. Por reclamos, que no hayan sido solucionados previamente por las vías de atención al público de la entidad, podrán comunicarse con este Servicio al teléfono 4857-7677 opción 2. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.lacaja.com.ar. En caso de que existiera un reclamo ante la entidad aseguradora y que el mismo no haya sido resuelto o haya sido desestimado, total o parcialmente, o que haya sido denegada su admisión, podrá comunicarse con la Superintendencia de Seguros de la Nación por teléfono al 0800-666-8400 o por correo electrónico a consultas@ssn.gob.ar.



* Los seguros son emitidos por su empresa controladora CAJA DE SEGUROS S.A

CONDICIONES PARTICULARES

SECCION	POLIZA N°	CONTROL	ENDOSO N°
SEPEL I O I NDI VI DUAL			

Entre CAJA DE SEGUROS S.A. (en adelante La Caja) y quien se designa con el nombre del Asegurado, se conviene en celebrar el presente contrato de seguro con arreglo a las Condiciones Particulares y Generales de la presente Póliza que se agregan y de conformidad con la solicitud de seguro, la que se declara parte integrante de este contrato.

CONCEPTO	VIGENCIA		
EMI SI ON			
ASEGURADO Y/O TOMADOR			
DOMICILIO			
COND. DE IVA	SOLICITUD N°	N° DOC./N° DE CUIT	VENCIMIENTO PAGO CONTADO
CONS. FI NAL			

OBJETO DEL SEGURO Y RIESGOS ASEGURADOS	SUMA ASEGURADA INICIAL
	\$
<p>ESTA PÓLIZA HA SIDO APROBADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN, MEDIANTE PROVEÍDO N°119.866</p> <p>Gastos de Producción Gastos de Explotación</p>	

COND. ANEXOS Y/O CLAUSULAS INTEGRANTES DE ESTA POLIZA

MONEDA	PRIMA	DERECHO DE EMISIÓN	RECARGOS ADMINISTRATIVOS	RECARGOS FINANCIEROS	BONIFICACIÓN
\$					
IMPUESTOS Y TASAS	SELLADOS	PERCEP. I.B.	IVA BÁSICO	IVA ADICIONAL	PREMIO

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN

Cuando el texto de la Póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el Asegurado o tomador del seguro, si no reclama dentro de un mes de haber recibido la Póliza. Cuando se mencionan los vocablos "Asegurado", "Tomador" y "Contratante" se considerarán indistintamente según corresponda.
 El impuesto de Sellos será ingresado por la Caja en la jurisdicción correspondiente, mediante declaración jurada.
 La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8 del Reglamento General de la Actividad Aseguradora

La entidad aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado. Por reclamos, que no hayan sido solucionados previamente por las Vías de Atención al público de la entidad, podrán comunicarse con este Servicio al teléfono 4857-7677 opción 2. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.lacaja.com.ar. En caso de que existiera un reclamo ante la entidad aseguradora y que el mismo no haya sido resuelto o haya sido desestimado, total o parcialmente, o que haya sido denegada su admisión, podrá comunicarse con la Superintendencia de Seguros de la Nación por teléfono al 0800-666-8400 o por correo electrónico a consultas@ssn.gob.ar.

Seguro de Sepelio

SERVICIO BIENESTAR LA CAJA

Por ser Asegurado de un seguro de Sepelio, usted y sus familiares asegurados incluidos en la póliza pueden acceder a estos servicios.

1. DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS PRESTADOS:

Los SERVICIOS serán prestados por EUROP ASSISTANCE a los Asegurados, cuando así sean solicitados, las 24 horas, los 365 días del año. Para solicitar un SERVICIO, el Asegurado deberá comunicarse al: 08006662252

2. DEFINICIONES:

- a) Asegurado/s: Se entiende por asegurado al asegurado titular y a cada uno de los integrantes del grupo familiar asegurado incluido en la póliza de Seguro de Sepelio contratada con Caja Seguros S.A
- b) Ámbito Geográfico: El Servicio de Asistencia ¿Bienestar La Caja¿ se prestará en todo el territorio de la República Argentina.

3. PRESTACIONES

Los servicios aquí incluidos deberán ser, en todos los casos, solicitados al 0800-666-2252 y previamente autorizados por la Central Operativa de EUROP ASSISTANCE. Para solicitar la asistencia correspondiente, el Asegurado deberá, en todos los casos, indicar sus datos personales, Nombre y Apellido, el número de D.N.I., Cédula de Identidad o Número de póliza, y la clase de servicio que necesita.

4. SERVICIOS MÉDICOS:

- a) Orientación Médica Telefónica 24hs
Servicio ilimitado.

El Asegurado tendrá la posibilidad de acceder a consultas médicas telefónicas, previo llamado al 0800-666-2252.
En esta categoría de asistencia se engloban todos aquellos cuadros que no presentan una sintomatología riesgosa.

- b) Médico a domicilio
Límite 6 eventos anuales por Asegurado

A solicitud del Asegurado, EUROP ASSISTANCE enviará un médico especializado al domicilio del Asegurado. Este servicio es solo en caso de que el paciente no presente un cuadro de sintomatología riesgosa. El cuadro de sintomatología riesgosa lo definirá el equipo médico de EUROP ASSISTANCE cuando el Asegurado se comunique solicitando el servicio.

- c) Segunda opinión médica

Límite: 6 eventos anuales por Asegurado.

Brinda una segunda opinión médica de una condición específica o tratamiento. EUROP ASSISTANCE , a través de este servicio, brinda una respuesta específica, con contenido fundado en la experiencia de los más prestigiosos centros médicos nacionales, frente a la solicitud de diagnósticos o alternativas terapéuticas innovadoras para el tratamiento de enfermedades complejas. Una vez solicitada la asistencia, el Asegurado deberá remitir a EUROP ASSISTANCE , toda la información que el departamento médico de EUROP ASSISTANCE le solicite. El término promedio para evacuar cada consulta es de 12 a 14 días desde la fecha en que EUROP ASSISTANCE recibe toda la información necesaria para realizar la misma, y el dictamen estará contenido en un informe escrito. Existirá la posibilidad de reducir dicho plazo promedio de entrega del informe, siempre y cuando la urgencia en la respuesta o la complejidad del caso lo amerite. Una vez finalizado el proceso quedará abierta una instancia que le permitirá al Asegurado, junto con su médico de cabecera, volver a repreguntar sobre las respuestas obtenidas, de modo de ampliar la información recibida originalmente. También existirá la posibilidad de contactos telefónicos que permitan un diálogo directo con el médico del paciente y el profesional consultado.

El Departamento Médico de EUROP ASSISTANCE será quien, en última instancia, justifique la necesidad de una Interconsulta, entre el médico del Asegurado y el de EUROP ASSISTANCE, en función al diagnóstico y la gravedad de cada caso.

d) Orientación psicológica
Servicio ilimitado.

En caso que el Asegurado sea víctima de un robo en la vía pública, fallecimiento de un familiar o incapacidad total podrá solicitar a EURO ASSISTANCE la comunicación telefónica a un Psicólogo para él o miembros del grupo familiar asegurado.

e) Odontología (Reembolso)
Límite \$5.000/ 2 eventos anuales por Asegurado.

En los casos en que, por infección, dolor, trauma del asegurado, o urgencia odontológica, el Asegurado requiera atención odontológica de urgencia, EUROP ASSISTANCE se hará cargo de la primera atención médica paliativa del dolor.

Para proceder al reintegro, el Asegurado antes de atenderse debe comunicarse a la central telefónica de EUROP ASSISTANCE para notificar que hará uso del servicio y luego enviar a reintegros@europ-assistance.com.ar la siguiente documentación y datos necesarios:

- ¿ Factura Original Electrónica o Ticket Electrónico original tipo B o C.
- ¿ Número o Constancia de CBU emitida por el banco. (Podrá descargarla de su Home Banking). La misma debe ser del titular de la póliza.
- ¿ Número de CUIT/CUIL del titular de la póliza.

f) Enfermera a domicilio (Reembolso)

Límite: \$5.000 por evento/ 4 eventos anuales por Asegurado.

En caso que el asegurado lo requiera, EUROP ASSISTANCE reintegrará los gastos por el servicio de enfermera a domicilio hasta el tope estipulado.

Para proceder al reintegro, el Asegurado primero debe comunicarse a la central telefónica de EUROP ASSISTANCE y luego enviar a reintegros@europ-assistance.com.ar la siguiente documentación y datos necesarios:

- ¿ Factura Original Electrónica o Ticket Electrónico original tipo B o C.
- ¿ Número o Constancia de CBU emitida por el banco. (Podrá descargarla de su Home Banking). La misma debe ser del titular de la póliza.
- ¿ Número de CUIT/CUIL del titular de la póliza.

g) Reembolso de gastos médicos.

Límite: \$4.000 por evento/ 2 eventos anuales por Asegurado.

En caso que el Asegurado lo requiera, EUROP ASSISTANCE reintegrará los gastos médicos que tenga en caso de accidente o enfermedad, hasta el límite establecido.

Para proceder al reintegro, el Asegurado primero debe comunicarse a la central telefónica de EUROP ASSISTANCE y luego enviar a reintegros@europ-assistance.com.ar la siguiente documentación y datos necesarios:

- ¿ Factura Original Electrónica o Ticket Electrónico original tipo B o C.
- ¿ Número o Constancia de CBU emitida por el banco. (Podrá descargarla de su Home Banking). La misma debe ser del titular de la póliza.
- ¿ Número de CUIT/CUIL del titular de la póliza.

5. SERVICIOS BIENESTAR

h) Acupuntura (Reembolso)

Límite: \$3.000 por evento/ 4 eventos anuales por Asegurado.

A solicitud del Asegurado, EUROP ASSISTANCE le reintegrará hasta el límite indicado, las sesiones de acupuntura.

Para proceder al reintegro, el Asegurado primero debe comunicarse a la central telefónica de EUROP ASSISTANCE y luego enviar a reintegros@europ-assistance.com.ar la siguiente documentación y datos necesarios:

- ¿ Factura Original Electrónica o Ticket Electrónico original tipo B o C.
- ¿ Número o Constancia de CBU emitida por el banco. (Podrá descargarla de su Home Banking). La misma debe ser del titular de la póliza.
- ¿ Número de CUIT/CUIL del titular de la póliza.

i) Podología (Reembolso)

Límite: \$3.000 por evento/ 4 eventos anuales por Asegurado.

A solicitud del Asegurado, EUROP ASSISTANCE le reintegrará hasta el límite indicado, las sesiones de podólogo de su preferencia.

Para proceder al reintegro, el Asegurado primero debe comunicarse a la central telefónica de EUROP ASSISTANCE y luego enviar a reintegros@europ-assistance.com.ar la siguiente documentación y datos necesarios:

- ¿ Factura Original Electrónica o Ticket Electrónico original tipo B o C.
- ¿ Número o Constancia de CBU emitida por el banco. (Podrá descargarla de su Home Banking). La misma debe ser del titular de la póliza.
- ¿ Número de CUIT/CUIL del titular de la póliza.

j) Nutrición (Reembolso)

Límite: \$2.500 por evento/ 6 eventos anuales por Asegurado.

A solicitud del Asegurado, EUROP ASSISTANCE le reintegrará hasta el límite indicado, las consultas con el nutricionista de su preferencia.

Para proceder al reintegro, el Asegurado primero debe comunicarse a la central telefónica de EUROP ASSISTANCE y luego enviar a reintegros@europ-assistance.com.ar la siguiente documentación y datos requeridos:

- ¿ Factura Original Electrónica o Ticket Electrónico original tipo B o C.
- ¿ Número o Constancia de CBU emitida por el banco. (Podrá descargarla de su Home Banking). La misma debe ser del titular de la póliza.
- ¿ Número de CUIT/CUIL del titular de la póliza.

k) Osteopatía (Reembolso)

Límite: \$2.500 por evento/ 4 eventos anuales por Asegurado.

A solicitud del Asegurado, EUROP ASSISTANCE le reintegrará hasta el límite indicado, las consultas con el osteópata de su preferencia.

Para proceder al reintegro, el Asegurado primero debe comunicarse a la central telefónica de EUROP ASSISTANCE y luego enviar a reintegros@europ-assistance.com.ar la siguiente documentación y datos requeridos:

- ¿ Factura Original Electrónica o Ticket Electrónico original tipo B o C.

- ¿ Número o Constancia de CBU emitida por el banco. (Podrá descargarla de su Home Banking). La misma debe ser del titular de la póliza.
- ¿ Número de CUIT/CUIL del titular de la póliza.

l) Kinesiología (Reembolso)

Límite: \$2.500 por evento/ 6 eventos anuales por Asegurado.

A solicitud del Asegurado, EUROP ASSISTANCE le reintegrará hasta el límite indicado, las consultas con el kinesiólogo de su preferencia.

Para proceder al reintegro, el Asegurado primero debe comunicarse a la central telefónica de EUROP ASSISTANCE y luego enviar a reintegros@europ-assistance.com.ar la siguiente documentación y datos requeridos:

- ¿ Factura Original Electrónica o Ticket Electrónico original tipo B o C.
- ¿ Número o Constancia de CBU emitida por el banco. (Podrá descargarla de su Home Banking). La misma debe ser del titular de la póliza.
- ¿ Número de CUIT/CUIL del titular de la póliza.

m) Servicio de óptica (Reembolso)

Límite: \$4.000 por evento/ 1 evento anual por Asegurado.

A solicitud del Asegurado, EUROP ASSISTANCE le reintegrará hasta el límite indicado, el servicio de óptica, en el centro especializado de su preferencia.

Para proceder al reintegro, el Asegurado primero debe comunicarse a la central telefónica de EUROP ASSISTANCE y luego enviar a reintegros@europ-assistance.com.ar la siguiente documentación y datos requeridos:

- ¿ Factura Original Electrónica o Ticket Electrónico original tipo B o C.
- ¿ Número o Constancia de CBU emitida por el banco. (Podrá descargarla de su Home Banking). La misma debe ser del titular de la póliza.
- ¿ Número de CUIT/CUIL del titular de la póliza.

A todos los efectos de la presente, se considera año, al año póliza, es decir al período de un año contado desde la fecha de inicio de vigencia de la póliza

6. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO:

- ¿ Obtener la autorización a través de la Central Operativa de EUROP ASSISTANCE antes de tomar cualquier iniciativa o comprometer cualquier gasto.
- ¿ En caso de servicios médicos, el Asegurado deberá comunicarse con la central operativa de EUROP ASSISTANCE dentro de las 24 hs. de ocurrido el evento. Si el Asegurado se encontrara imposibilitado de solicitar la asistencia a la central por razones de fuerza mayor, deberá comunicarse con la central operativa dentro de las 24 hs de finalizado el caso de fuerza mayor.

- ¿ En caso de los Servicios de Bienestar, el asegurado primero debe comunicarse a la central telefónica de EUROP ASSISTANCE .
- ¿ Aceptar las soluciones propuestas por EUROP ASSISTANCE.
- ¿ Facilitar todos los elementos necesarios para verificar fehacientemente la identidad de la persona asistida.
- ¿ Facilitar toda la información necesaria requerida para proporcionar el servicio.
- ¿ Abonar el excedente del costo de la prestación, en el caso que la misma supere el tope máximo a cargo de EUROP ASSISTANCE.
- ¿ Proveer todos los comprobantes originales de aquellos servicios que contemplan y permiten la modalidad de reintegro de gastos, que hubieren sido previamente autorizados, salvo que por caso fortuito o fuerza mayor no pudiere presentarlos o que quien prestara el servicio de urgencia no contara con factura o ticket oficial.
- ¿ En los casos de reintegros de servicios de bienestar, es exclusiva responsabilidad del Asegurado la elección del profesional.

7. EXCLUSIONES

No serán reintegrados los gastos por servicios que el Asegurado haya concertado por su cuenta, sin la previa comunicación o sin el consentimiento de EUROP ASSISTANCE, salvo en caso de fuerza mayor o de urgente necesidad, siempre que comunique lo sucedido a EUROP ASSISTANCE según lo indicado en este documento.

8. REINTEGROS

Para que el reintegro aplique, el Asegurado debe solicitar primero la asistencia a través de EUROP ASSISTANCE . Si, por el contrario, gestionó el servicio de forma particular sin comunicarse previamente con nuestra central telefónica, no aplicará el reintegro.

Cuando el reintegro es notificado por la plataforma de atención telefónica, el asegurado debe:

Enviar la siguiente documentación y datos requeridos a reintegros@europ-assistance.com.ar para iniciar su trámite de reintegro:

- * Factura Original Electrónica o Ticket Electrónico original tipo B o C.
- * Número o Constancia de CBU emitida por el banco. (Podrá descargarla de su Home Banking). La misma debe ser del titular de la póliza.
- * Número de CUIT/CUIL del titular de la póliza.

Notas:

- * El Asegurado puede optar por la emisión de un cheque.
- * Si el Asegurado no posee una cuenta a su nombre, la transferencia podrá realizarse a nombre de un tercero. En este caso el Asegurado debe enviar una copia del extracto bancario junto con una nota firmada por él autorizando a EUROP ASSISTANCE a realizar el reintegro en dicha cuenta.

- * Si el Asegurado es menor de edad deberán enviar la partida de nacimiento o libreta familiar, en caso de que el Asegurado haya fallecido, acta de defunción y/o documentación específica que se pueda requerir.
- * Si es la primera vez que el Asegurado se comunica para solicitar un reintegro: Se le informa que debe enviar copia de las facturas electrónicas por mail para ser evaluadas. Asimismo, debe conservar los originales para ser enviados una vez confirmado la autorización del reintegro.
- * Si el Asegurado se presenta en las oficinas de EUROP ASSISTANCE debe concurrir con la solicitud de reintegro junto con los originales de las facturas: Se le informa al Asegurado que se evaluará el caso y se le dará la respuesta vía telefónica.
- * Si el reintegro no es autorizado, se le informa al Asegurado el motivo y que sus facturas se encuentran disponibles para ser retiradas.
- * Si la solicitud de reintegro es recibida desde La Caja, el área de reintegros aplicará el mismo proceso detallado anteriormente según aplique (envío directo de originales o consulta vía mail o telefónica).

Tiempos de respuesta:

Dentro de los 15 días corridos desde la recepción de la documentación completa, el Asegurado recibirá la transferencia o tendrá disponible su cheque.

Tiempo para realizar el pedido de reintegro:

30 días corridos desde la fecha de ocurrencia.

En caso de tratarse de un Asegurado del interior del país y que haya dado aviso en tiempo y forma, EUROP ASSISTANCE extenderá dicho plazo a 60 días corridos.

Condición del servicio: todos los servicios detallados serán prestados únicamente si el pago del seguro se encuentra al día. El otorgamiento del servicio no implica el reconocimiento de la cobertura.

El Prestador de los servicios es EUROP ASSISTANCE ARGENTINA S.A., domicilio Carlos Pellegrini 1163 Piso 9º, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, CUIT 30-69121636-1.

Aseguradora: Caja de Seguros SA, domicilio Fitz Roy 957, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, CUIT 30-66320562-1.

Anexo I - Exclusiones

Seguro Individual De Sepelio

Artículo 11°- Residencia y viajes - Riesgos no cubiertos - Pérdida del derecho a la indemnización

El asegurado est cubierto por esta póliza sin restricciones en cuanto a residencia y viajes que pueda realizar, dentro o fuera del país.

La Aseguradora, salvo indicación en contrario en Condiciones Particulares, no cubrir el siniestro cuando el fallecimiento sea consecuencia de alguna de las siguientes causas:

- a) Suicidio voluntario, salvo que la póliza haya estado en vigor ininterrumpidamente por lo menos por un año completo, contado desde la vigencia de la mencionada póliza.
- b) Acto ilícito provocado deliberadamente por el Asegurado.
- c) Participación en empresa criminal.
- d) Acto de terrorismo, cuando el asegurado sea partícipe voluntario.
- e) Acto de guerra civil o internacional, guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, cuando el Asegurado hubiera participado como sujeto activo. Si la guerra comprendiera a la Nación Argentina, las obligaciones de la Aseguradora y del Asegurado se regirán por las normas que para tal emergencia dictara la autoridad competente.
- f) Acontecimientos catastróficos originados por la energía atómica.

CONDICIONES GENERALES COMUNES

Seguro Individual De Sepelio

Artículo 1° - Disposiciones Fundamentales

Preeminencia normativa: Esta póliza se integra con estas Condiciones Generales Comunes y las Condiciones Particulares (Frente de Póliza). En caso de discordancia entre las Condiciones Generales Comunes y las Particulares predominar n estas últimas.

Reticencia:

Esta póliza ha sido extendida por la Aseguradora sobre la base de las declaraciones suscriptas por el Asegurado Titular en el formulario de Soli-citud Individual.

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

La Aseguradora cuenta con un plazo de tres meses, contado desde que tomó conocimiento de la reticencia, para impugnar el contrato de nulidad o proceder a su reajuste.

Artículo 2° - Vigencia

Esta póliza adquiere fuerza legal desde las cero (00) horas del día fijado en Condiciones Particulares como comienzo de su vigencia. La misma será de vigencia anual renovable automáticamente, salvo que en Condiciones Particulares se indique un plazo de vigencia distinto.

No obstante ello, cualquiera de las partes (Asegurado Titular o Aseguradora) deberá notificar de manera fehaciente, y con una anticipación no menor a treinta (30) días corridos al vencimiento de la vigencia de la póliza, su decisión de no renovar.

Artículo 3° - Personas Asegurables

* Asegurados Titulares: Se consideran "Asegurables" en calidad de Asegurados Titulares, a todas las personas físicas que reúnan los requisitos de asegurabilidad exigidos por la Aseguradora y que no excedan las Edades Máximas de Ingreso o permanencia que se indique en Condiciones Particulares. Se entenderá por Asegurado Titular, a aquella persona física que contrate la presente póliza de seguro, en consecuencia se podrán aplicar indistintamente los términos "Asegurado Titular" o "Tomador".

* Asegurados Familiares: El Asegurado Titular podrá incluir en el presente Seguro a su cónyuge, y/o a sus hijos, y/o padres políticos, que reúnan los requisitos de asegurabilidad exigidos por la Aseguradora, y que no excedan la Edad Máxima de Ingreso que se indique en Condiciones Particulares.

Los cónyuges serán asegurables a partir del día de la celebración del matrimonio. Se asimila a la condición de cónyuge, al conviviente del Asegurado Titular, siempre y cuando hubiera convivido públicamente en aparente matrimonio con el mismo, durante al 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 susceptibles de cobertura lo serán hasta alcanzar los 25 (veinticinco) años, a menos que se indique una edad menor en Condiciones Particulares, salvo los hijos incapaces que se encuentren legalmente a cargo del Asegurado Titular que podrán continuar asegurados incluso luego de cumplidos los 25 (veinticinco) años.

Ser requisito indispensable para la inclusión en el seguro del Grupo Familiar respectivo, que el Asegurado Titular declare ante la Aseguradora la

identidad de los familiares incorporados al seguro y ser responsable de su actualización en cada oportunidad en que se produzcan modificaciones en el Grupo Familiar declarado.

Artículo 4° - Forma y plazo para solicitar la Cobertura Individual:

- a) Todo asegurable que desee incorporarse a esta póliza deber solicitarlo por escrito en los formularios de Solicitud de cobertura que a este efecto proporciona la Aseguradora.
- b) La Aseguradora se reserva el derecho de resolver en cada caso si el solicitante es asegurable y podrá rechazar su solicitud.
- c) Se determina un plazo de 30 (treinta) días corridos desde la recepción de la Solicitud Individual por parte de la Aseguradora, para que ésta se expida sobre la aceptación del asegurado, en caso de silencio por parte de la misma la solicitud individual se considerará aceptada.

Artículo 5° - Plazo de Carencia:

La cobertura prevista en esta póliza estará sujeta a un Plazo de Carencia de 30 (treinta) días corridos, salvo que en Condiciones Particulares se indique un plazo menor, durante el cual el Asegurado esté obligado al pago de las primas, a contar desde la fecha de vigencia inicial de la póliza.

Si ocurriera el fallecimiento del Asegurado durante el Plazo de Carencia no ser de aplicación el beneficio previsto en esta póliza, excepto en aquellos casos en que el fallecimiento ocurra como consecuencia de un accidente. Se entenderá por "accidente" a toda lesión corporal producida directa y exclusivamente por causas externas violentas, fortuitas e independientes de la voluntad del Asegurado.

Queda establecido que la Aseguradora, únicamente podrá aplicar el Plazo de Carencia, cuando no exija Requisitos de Asegurabilidad.

Artículo 6°- Prima del Seguro:

Se entiende por prima del contrato a aquella prima calculada al contratarse la póliza y en oportunidad de renovación del contrato, con el objeto de garantizar la cobertura durante toda la vigencia del seguro, siempre que las mismas sean abonadas en los plazos establecidos en las Condiciones Particulares y la cláusula de Cobranza del Premio respectiva.

La prima a aplicar ser la correspondiente a la edad del Asegurado Titular y a la de cada uno de los integrantes del Grupo Familiar. La misma regir durante el primer año póliza de vigencia del seguro.

La prima del seguro deber ser ajustada en cada aniversario de póliza, por la Aseguradora teniendo en cuenta las edades de los asegurables. La Entidad comunicar por escrito al Asegurado Titular la nueva prima resultante, como asimismo cualquier modificación de la suma asegurada, con una antici-

pación no menor a los 30 (treinta) días corridos a la fecha en que comience a regir la misma.

Artículo 7° - Rescisión de la Póliza

Tanto el Asegurado Titular como la Aseguradora podrán rescindir esta póliza en cualquier vencimiento de primas, previo aviso por escrito con anticipación no menor a los treinta (30) días corridos, sin limitación alguna.

Artículo 8°- Finalización de la Cobertura

La cobertura de cada Asegurado finalizarán en los siguientes casos:

- a) Por renuncia del Asegurado Titular a continuar con el seguro.
- b) Por fallecimiento del Asegurado Titular.
- c) Por caducidad o rescisión de la póliza.
- d) Por falta de pago de primas de acuerdo con lo establecido en la Cláusula de Cobranza del Premio que forma parte de la presente póliza.
- e) Para el caso de los asegurados familiares: cuando pierdan su condición de miembros del Grupo Familiar.
- f) Al cumplir la Edad Máxima de Permanencia establecida en las Condiciones Particulares.

La renuncia a que se refiere el punto a), deber ser comunicada a la Aseguradora por el Asegurado Titular en los formularios previstos a tal efecto dentro de los treinta (30) días corridos desde la fecha en la cual se produjera dicho evento.

La rescisión o caducidad de la cobertura para el Asegurado Titular implica la terminación automática de la cobertura para todos los Asegurados Familiares.

Artículo 9° - Obligaciones del Asegurado Titular

Son obligaciones del Asegurado Titular:

- a) Comunicar a la Aseguradora el fallecimiento de cualquier miembro del grupo familiar,
- b) Remitir a la Aseguradora, la correspondiente denuncia de siniestro en tiempo y forma; conforme lo establecido en el artículo 46° de la Ley de Seguros,
- c) Comunicar mensual y regularmente a la Aseguradora, las altas y bajas de los miembros del grupo familiar.

Artículo 10° - Exclusión de otros Seguros

Queda expresamente estipulado que ninguna persona asegurada bajo esta póliza podrá estar incorporada o incorporarse en el futuro a otro seguro de sepelio individual o colectivo contratado con la Aseguradora u otra

entidad aseguradora. En caso de transgresión a lo expuesto precedentemente y en caso de producirse el evento cubierto, cada Asegurador contribuirá proporcionalmente al monto de su contrato.

Artículo 11° - Residencia y viajes - Riesgos no cubiertos - Pérdida del derecho a la indemnización

El asegurado está cubierto por esta póliza sin restricciones en cuanto a residencia y viajes que pueda realizar, dentro o fuera del país.

La Aseguradora, salvo indicación en contrario en Condiciones Particulares, no cubrirá el siniestro cuando el fallecimiento sea consecuencia de alguna de las siguientes causas:

- a) Suicidio voluntario, salvo que la póliza haya estado en vigor ininterrumpidamente por lo menos por un año completo, contado desde la vigencia de la mencionada póliza.
- b) Acto ilícito provocado deliberadamente por el Asegurado.
- c) Participación en empresa criminal.
- d) Acto de terrorismo, cuando el asegurado sea partícipe voluntario.
- e) Acto de guerra civil o internacional, guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, cuando el Asegurado hubiera participado como sujeto activo. Si la guerra comprendiera a la Nación Argentina, las obligaciones de la Aseguradora y del Asegurado se regirán por las normas que para tal emergencia dictara la autoridad competente.
- f) Acontecimientos catastróficos originados por la energía atómica.

Artículo 12° - Duplicado de póliza

En caso de robo, pérdida o destrucción de esta póliza, el Asegurado Titular podrá obtener un duplicado en sustitución de la póliza original. Las modificaciones o suplementos que se incluyen en el duplicado, a pedido del Asegurado Titular, serán los únicos válidos.

El Asegurado Titular tiene derecho a que se le entregue copia de las declaraciones efectuadas con motivo de este contrato y copia no negociable de la póliza sin costo alguno.

Artículo 13° - 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 es el último declarado por ellas.

Artículo 14° - Impuestos tasas y contribuciones

Los impuestos, tasas y contribuciones de cualquier índole y jurisdicción que se crearen en lo sucesivo, o los aumentos eventuales de los existentes, estarán a cargo del Asegurado Titular, según el caso, salvo cuando la Ley los declare expresamente a cargo exclusivo de la Aseguradora.

Artículo 15° - 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 16° - Cesiones

Los derechos emergentes de esta póliza son intransferibles. Toda cesión o transferencia se considerará nula y sin efecto alguno.

CONDICIONES GENERALES ESPECIFICAS

COBERTURA PRESTACIONAL - Seguro Individual de Sepelio

Artículo 1° - Objeto del Seguro

Ocurrido el fallecimiento de una persona asegurada durante la vigencia de esta póliza, estando ella en pleno vigor, y una vez transcurrido el Plazo de Carencia que se indica en el artículo 5° de las Condiciones Generales Comunes de la póliza (de resultar aplicable), la Aseguradora se obliga a brindar el servicio de sepelio, hasta la concurrencia de la Suma Asegurada Máxima Contratada, realizado en cualquier punto del país por alguna de las Empresas de Servicios Fúnebres detalladas en la nómina que forma parte integrante de la presente póliza, a cuyos efectos se tendrán en cuenta las siguientes condiciones:

- a) Ante el fallecimiento de una persona asegurada es obligación inexcusable del Asegurado Titular, de los parientes, de las personas más allegadas o de los herederos legales, solicitar la prestación del servicio de sepelio en alguna de las Empresas de Servicios Fúnebres que figuran en la nómina de prestadores adjunta a la presente póliza o en sus actualizaciones futuras. Es obligación de la Aseguradora, a través del Asegurado Titular mantener informados a los Asegurados de las modificaciones producidas en la nómina de empresas prestadoras del servicio fúnebre.
- b) En caso que el servicio se efectuara con una empresa que no figura en la nómina de prestadoras, se rescindirá el seguro en la parte correspondiente al asegurado fallecido sin derecho alguno para el Asegurado Titular o el titular del interés asegurable, según corresponda, salvo en los casos específicamente contemplados en el artículo 3° de las presentes Condiciones Generales específicas.
- c) A los efectos de la obtención de los servicios necesarios para inhumar

al asegurado fallecido, el Asegurado Titular, los parientes, personas más allegadas o los herederos legales, actuarán ante las Empresas de Servicios Fúnebres a título personal, solicitando la prestación del servicio que, como máximo, se ajuste hasta la concurrencia del Capital Asegurado que figure en las Condiciones Particulares.

- d) En caso de que un asegurado falleciera en circunstancias tales que nadie se hiciera cargo de su sepelio, este seguro obrará de modo tal que puesta la Aseguradora en conocimiento de dicha circunstancia, por intermedio de alguna de las Empresas de Servicios Fúnebres cercana al lugar del deceso, se hará cargo de los gastos de inhumación hasta la concurrencia de la Suma Asegurada establecida en Condiciones Particulares.

Artículo 2° - Capitales Asegurados

La prestación del servicio de sepelio que la Aseguradora se obliga a efectuar, ocurrido el fallecimiento de una persona asegurada durante la vigencia de esta póliza, está representada por el costo del servicio de sepelio, hasta la concurrencia de la Suma Asegurada Máxima establecida en las Condiciones Particulares. Dicha Suma Asegurada deberá fijarse en función del Servicio de sepelio/inhumación y/o cremación solicitado.

El capital asegurado, que representa el límite de la prestación del servicio de sepelio para cada Asegurado, será uniforme para todos los integrantes del Grupo Familiar.

Los capitales individuales asegurados podrán ser modificados por la Aseguradora durante la vigencia de la póliza si el precio del servicio de sepelio pactado varía en razón de mayores costos de los elementos que lo componen, previa notificación a los Asegurados de treinta (30) días corridos, de los nuevos capitales asegurados.

Artículo 3° - Indemnización en efectivo

La Aseguradora abonará como máximo la suma individual asegurada a la persona que haya pagado el servicio de sepelio, previa presentación del formulario completo de denuncia del siniestro que la Aseguradora prevé a tal fin, copia en legal forma de la partida de defunción y la factura original correspondiente al servicio de sepelio efectuado únicamente cuando:

- a) No pudiera lograrse la prestación directa del servicio de sepelio por alguna de las empresas de servicios fúnebres que figuran en la nómina adjunta a la presente póliza o en sus actualizaciones futuras; por causas no imputables al solicitante; o
- b) Cuando la inhumación se efectuase sin intervención de alguna de las empresas adheridas por ocurrir el fallecimiento en el extranjero o en lugares dentro del país en el que no exista ninguna de ellas en un radio de 30 (treinta) kilómetros.

Artículo 4° - Requisitos por fallecimiento

Ocurrido el fallecimiento de un Asegurado durante la vigencia de esta póliza, el Asegurado Titular, los parientes, personas allegadas o los herederos legales, según corresponda, harán la correspondiente comunicación por escrito a la Aseguradora dentro de los tres (3) días hábiles de haberlo conocido, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.

Como únicos requisitos para convenir la prestación del servicio de sepelio, deber presentarse:

- a) Formulario de denuncia de siniestro que la Aseguradora prevé a tal fin
- b) Certificado Médico de defunción original o copia certificada del mismo
- c) Constancia emitida por autoridad competente de cualquier actuación que se hubiera instruido con motivo del hecho que hubiere determinado su muerte.

Adicionalmente, en el caso de que la persona fallecida fuera integrante del Grupo Familiar asegurado (distinta del Asegurado Titular), se deberá presentar:

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

Artículo 5° - Ejecución del Contrato

Las relaciones entre la Aseguradora y los Asegurados se desarrollarán siempre por intermedio del Asegurado Titular, salvo lo referente a la prestación del servicio de sepelio, que podrá ser tratado directamente, quedando establecido que el reembolso que pudiera corresponder a la persona que sufragó los gastos de sepelio del asegurado fallecido, en los casos previstos en el artículo 3° de estas Condiciones Generales Específicas, ser efectuado directamente a la misma.

CLAUSULA DE COBRANZA DE PREMIO

ANEXO 894

Seguro Individual De Sepelio

Artículo 1 : El premio anual (fraccionado en forma mensual) de este seguro deber pagarse al contado en la fecha de iniciación de la vigencia de cada período de facturación, por alguno de los medios de pago habilitados de conformidad con la normativa vigente y que se indiquen en las Condiciones Particulares.

En el caso de fraccionamiento del pago de la prima, la primera de ellas deber contener además el equivalente al total del Impuesto al Valor Agregado correspondiente al seguro.

El componente financiero ser como mínimo el que resulte de la aplicación de la Tasa Libra Pasiva del Banco de la Nación Argentina calculada sobre el saldo de deuda.

El premio no ser exigible sino contra entrega de la póliza o certificado de cobertura o endoso de cada período de facturación (art. 30 de la Ley 17.418).

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

Artículo 2 : La Aseguradora concede un Plazo de Gracia de un mes (no inferior a 30 días corridos) para el pago del Premio, sin recargos de intereses. Durante este plazo la póliza continuar en vigor. Si dentro de este plazo se produjera un siniestro amparado por la presente póliza, se deducir de la suma a abonarse el premio o fracción de premio impago vencido.

Para el pago del primer Premio o fracción de premio, el Plazo de Gracia se contar desde la fecha inicio de vigencia de la póliza. Para el pago de los premios siguientes, el Plazo de Gracia correr a partir de la hora cero (0) del día que vence cada uno de dichos premios.

Vencido el Plazo de Gracia para el pago del premio exigible, sin que éste se haya producido, la cobertura quedará automáticamente Suspendida desde la hora 24 del día del vencimiento impago, sin necesidad de interpelación judicial o extrajudicial alguna, ni constitución en mora, la que se producir por el solo vencimiento de ese plazo.

El plazo máximo de Suspensión de la póliza, será de sesenta (60) días corridos contados a partir de la hora cero (0) del día siguiente al vencimiento del plazo de gracia. Sin embargo, el premio correspondiente al período de cobertura suspendida quedar a favor de la Aseguradora como penalidad.

La cobertura sólo podrá rehabilitarse dentro de los noventa (90) días corridos, contados desde la fecha de cualquier vencimiento impago. La rehabilitación surtir efecto desde la hora cero (0) del día siguiente a aquel en que la Aseguradora reciba el pago del importe total adeudado.

Una vez vencido el plazo máximo de suspensión (60 días corridos) el contrato quedará rescindido por falta de pago. Quedará a favor de la Aseguradora, como penalidad, el importe del premio correspondiente al período transcurrido desde el inicio del plazo de gracia hasta el momento de la rescisión.

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

No entrar en vigencia la cobertura de ninguna facturación en tanto no esté totalmente cancelado el premio anterior.

Artículo 3 : Los derechos que la póliza acuerda al asegurado, nacen a la misma hora y día que comienzan las obligaciones a su cargo establecidas precedentemente.

Artículo 4 : Las disposiciones de la presente cláusula son también aplicables a los premios de los seguros contratados por períodos menores a un (1) año y a los adicionales por endosos o suplementos de la póliza.

Artículo 5 : Los pagos que resulten de la aplicación de la presente cláusula se efectuarán a través de alguno de los medios de pago dispuestos por la entidad, dentro de los autorizados oportunamente por la Superintendencia de Seguros de la Nación teniendo en cuenta la reglamentación vigente.

Artículo 6 : Aprobada la liquidación de un siniestro la Aseguradora podrá descontar de la indemnización cualquier saldo o deuda vencida de este contrato.

TIPO DE SERVICIO: PACK PREMIUM

Detalle del Servicio Funerario

A.- Servicio de atención personalizada

El Tomador, parientes, personas más allegadas o herederos legales del Asegurado fallecido, contarán con un Servicio de Atención Personalizada, las 24 horas los 365 días del año a prestarse en la República Argentina, al que se podrá acceder mediante un llamado gratuito, al número telefónico: 0800-444-4016

El Servicio de Atención Personalizada consistir en asistir a dichas personas en lo relativo a las gestiones que deberán realizarse como consecuencia del fallecimiento del Asegurado, a saber:

- a) Tramitación en el lugar del deceso para proceder al retiro del cuerpo.
- b) Traslado desde donde se haya producido el deceso, hasta la empresa fúnebre que prestar el servicio.
- c) Tramitación y organización del sepelio con la empresa fúnebre que prestar el servicio y el cementerio dentro del territorio nacional argentino.
- d) Tramitación de la Licencia relativa a la inhumación ante el Registro Civil.
- e) Tramitación de dos copias legalizadas del Certificado de Defunción, ante el Registro Civil correspondiente.

B.- Servicio Funerario

Estar compuesto por:

- Ataúd Bóveda Especial, color natural o caoba, con uno, dos o tres paneles para tierra o tapa volcable, ocho manijas, blondas volcables, herrajes imitación plata vieja.
- Casa funeraria con capilla ardiente o servicio a domicilio.
- Crucifijo o Cristo Eucarístico o Estrella de David.
- Carroza fúnebre motorizada.
- Dos coches de acompañamiento.
- Servicio en el cementerio: traslado hacia el cementerio, misa o responso final y provisión de tres portacoronas.

NOTA: Traslados a nivel nacional vía terrestre o aérea, dando prioridad a la vía aérea. En caso que el asegurado se encuentre en servicio activo y fallezca en otra ciudad, se lo trasladará a su residencia habitual dentro del territorio nacional argentino.

C.- Servicio en Cementerios Públicos:

El servicio contempla:

- a) El pago de Arrendamiento inicial en Tierra, Nichos y Bóvedas:

- En tierra por un término de 4 a 5 años de acuerdo a las condiciones de partida o localidad, y regulaciones del Cementerio de que se trate. Incluye apertura de la fosa, el cierre y la compactación de la tierra.
 - En nichos por 1 año, de acuerdo a la partida o localidad y regulaciones del Cementerio de que se trate.
 - En bóveda en los cementerios públicos que ofrezcan esta modalidad en arriendo
- b) Cremación del asegurado fallecido que incluir la entrega en urna cenizaria estándar básica.

ANEXO 1010
RESOLUCIÓN 202/2015 - UNIDAD DE INFORMACIÓN FINANCIERA

1. De acuerdo a lo establecido en la ley 25.246 y en la Resolución 202/2015 de la Unidad de Información Financiera (UIF), a continuación se hace saber al asegurado los requisitos de información que podrán ser requeridos al momento de cualquier pago que deba realizarse en virtud de la póliza y/o de cualquier cesión de derechos o cambio de beneficiario y/o anulación.

2. Información a Requerir para la identificación de Clientes

A) Pago de siniestros y/o indemnizaciones:

Al momento de abonar la indemnización o suma asegurada relativa a un siniestro, cuando quien percibe el beneficio es una persona distinta del Asegurado o Tomador del Seguro, la Aseguradora requerirá:

- Nombre y Apellido o Razón Social.
- Fecha y lugar de nacimiento; nacionalidad, sexo (personas físicas)
- Fecha y número de inscripción registral, fecha del contrato o escritura de constitución (personas jurídicas)
- Número y tipo de documento de identidad que deberá exhibir en original. Se aceptan como documentos validos para acreditar la identidad, el Documento Nacional de Identidad, Libreta Civica, Libreta de Enrolamiento, Cédula de Identidad otorgada por autoridad competente de los respectivos países limítrofes o Pasaporte.
- CUIL (clave única de identificación laboral), C.U.I.T. (clave única de identificación tributaria) o CDI (clave de identificación).
- Domicilio real, laboral o comercial, o domicilio de la sede social principal, número de teléfono, y dirección de correo electrónico y actividad principal realizada. Datos identificatorios del Representante Legal, apoderado y/o autorizado con uso de firma ante la Aseguradora.
- Vinculo con el Asegurado o Tomador del seguro, si lo hubiere.
- Calidad bajo la cual cobra la indemnización. A tales efectos deberá preverse la siguiente clasificación básica:
 - a) Titular del interés Asegurado.
 - b) Tercero damnificado.
 - c) Beneficiario designado o heredero legal.
 - d) Cesionario de los derechos de la póliza
 - e) Aquellas que se abonan en cumplimiento de una sentencia judicial condenatoria: nombre y apellido, número de expediente, juzgado en el que tramita, copia certificada de la sentencia y de haberse efectuado, de la liquidación aprobada judicialmente.
 - f) Otros conceptos que resulten de interés.

B) Cesión de derechos o cambio de beneficiarios designados:

En el momento de notificarse una cesión de derechos derivados de la póliza o un cambio en los beneficiarios designados, la Aseguradora deberá requerir la siguiente información:

- Identificación del cesionario o beneficiario, en los términos previstos en los arts. 14 a 18 de la Res UIF 202/15, según corresponda.
- Causa que origina la cesión de derechos o cambio de beneficiarios.
- Vinculo que une al asegurado o tomador del seguro con el cesionario o beneficiario.

3. Procedimientos especiales de identificación:

En los casos que se enumeran a continuación, la Aseguradora requerirá además de los datos identificatorios indicados en el punto 2., documentación respaldatoria que permita definir el perfil del cliente.

a) Cuando se contraten pólizas cuya prima única, o primas anuales pactadas, excedan en su conjunto la suma de PESOS CIENTO CUARENTA MIL (\$140.000) o su equivalente en moneda extranjera, en los últimos 12 meses, para el caso de Personas Físicas o la suma de PESOS DOSCIENTOS SESENTA MIL (\$260.000) o su equivalente en moneda extranjera, en los últimos 12 meses, para el caso de Personas Jurídicas.

b) Aportes extraordinarios: Cuando se efectúen aportes extraordinarios que excedan, en su conjunto la suma de PESOS CIENTO CUARENTA MIL (\$140.000) o su equivalente en moneda extranjera, en los últimos 12 meses, para el caso de Personas Físicas o la suma de PESOS DOSCIENTOS SESENTA MIL (\$260.000) o su equivalente en moneda extranjera, en los últimos 12 meses, para el caso de Personas Jurídicas.

c) Cuando la aseguradora deba abonar al tomador o asegurado, siniestros y/o indemnizaciones en forma extrajudicial, que en su conjunto en los últimos 12 meses sean igual o superior a PESOS CUATROCIENTOS CINCUENTA MIL (\$450.000), o su equivalente en moneda extranjera, para el caso de Personas Físicas, y cuando sea igual o superior a PESOS NOVECIENTOS MIL (\$900.000), o su equivalente en moneda extranjera, para el caso de Personas Jurídicas.

d) Cuando, como consecuencia de solicitudes de anulación de pólizas que generen movimientos de fondos a favor del asegurado o tomador, la aseguradora deba restituir primas al cliente por un monto igual o superior a PESOS SETENTA MIL (\$70.000), o su equivalente en moneda extranjera, en los últimos 12 meses, en caso de Personas Físicas o por un monto igual o superior a PESOS CIENTO TREINTA MIL (\$130.000), o su equivalente en moneda extranjera, en los últimos 12 meses, en caso de ser Personas Jurídicas.

Para estos casos, se requerirá adicionalmente:

- Información y documentación relativa a la situación económica, patrimonial, financiera y tributaria (manifestación de bienes, certificación de ingresos, DDJJ de impuestos, estados contables, documentación bancaria, etc., según corresponda).

- DDJJ indicando estado civil y profesión, oficio, industria o actividad principal que realice.

- DDJJ indicando expresamente si reviste la calidad de Persona Expuesta Políticamente, de acuerdo a la Res. UIF 52/2012.

- En el caso de tratarse de personas jurídicas, además de los datos detallados anteriormente:

- Listado de los miembros que integran el órgano de Administración y de socios que ejercen el control de la sociedad.

- Copia del Acta de órgano decisorio designando autoridades,

representantes legales, apoderados y/o autorizados con uso de firma.

- Titularidad del capital social actualizado.
- Datos identificatorios de las autoridades, del representante legal, apoderados y/o autorizados con uso de firma.

- En ambos casos -personas físicas y personas jurídicas-, declaración jurada sobre licitud y origen de los fondos.

CLÁUSULA DE LIMITACIÓN Y EXCLUSIÓN POR SANCIONES

Ningún (re) asegurador o retrocesionario ofrecerá cobertura ni será responsable por el pago de reclamos o proporcionará beneficios que deriven del presente contrato si la provisión de dicha cobertura, pago de dicho reclamo o provisión de dicho beneficio expusiera al (re)asegurador o retrocesionario a cualquier sanción, prohibición o restricción de acuerdo con las resoluciones de las Naciones Unidas o de las sanciones comerciales económicas, leyes o regulaciones de la Unión Europea, Reino Unido o Estados Unidos de América. La presente cláusula no será de aplicación en los siguientes supuestos:

- a) cuando la República Argentina haya rechazado expresamente la disposición en que se basa;
- b) en los casos en que pueda afectar intereses privados de personas que carezcan de relación con las motivaciones de la sanción y cuando se funde exclusivamente en la nacionalidad del beneficiario;
- c) cuando viole el ordenamiento jurídico vigente en la República Argentina."