



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

CONDICIONES PARTICULARES

SECCION	POLIZA N°	CONTROL	ENDOSO N°
SALUD 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
<p>* COBERTURA: FRACTURA DE HUESOS Fecha Inicio Vigencia : Capital Asegurado : \$500.000,00 Edad Máxima de Permanencia : 80 años La Suma Asegurada máxima de la cobertura es el 50%</p>	
<p>* COBERTURA: PROTESIS Fecha Inicio Vigencia : Capital Asegurado : \$500.000,00 Edad Máxima de Permanencia : 80 años La Suma Asegurada máxima de la cobertura es el 50%</p>	
<p>* COBERTURA: ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS Fecha Inicio Vigencia : Capital Asegurado : \$500.000,00 Edad Máxima de Permanencia : 80 años</p> <p>Los asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la situación económico financiera de la entidad aseguradora, dirigiéndose personalmente o por nota a la Avenida Julio A. Roca 721 (C.P. 1067), Ciudad Autónoma Buenos Aires o telefónicamente al N° 4338-4000 o por internet a www.ssn.gov.ar</p> <p>DECLARACION DE SALUD HIPERTENSION ARTERIAL, SUFRE HIPERTENSION ARTERIAL Y LOS RESULT. DE ESTUDIOS SALIERON ANORMALES? : N SUFRE O HA SUFRIDO, CÁNCER, ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR O INFARTO DE MIOCARDIO? : N SUFRE O HA SUFRIDO, DIABETES, HIPERCOLESTEROLEMIA, ENF NEUROLÓGICAS O ENF DE LAS ARTERIAS? : N SE ENCUENTRA, CURSANDO UNA REHABILITACIÓN LUEGO DE UNA FRACTURA? : N</p>	

COND.ANEXOS Y/O CLAUSULAS INTEGRANTES DE ESTA POLIZA
0, 1, DOC24, A1010

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
 ESTA POLIZA HA SIDO APROBADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION POR PROVEIDO N° 82.443

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.

ANEXO M

MEDIOS HABILITADOS DE PAGO

Se deja constancia que, conforme Resolución 429/2000 y modificatorias del Ministerio de Economía, los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros son los siguientes

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

Cuando la percepción de premios se materialice a través del SISTEMA UNICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (SUSS) se considerará cumplida la obligación establecida en el presente artículo.

* * * * *

ANEXO M

MEDIOS HABILITADOS DE PAGO

Se deja constancia que, conforme Resolución 429/2000 y modificatorias del Ministerio de Economía, los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros son los siguientes

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

Cuando la percepción de premios se materialice a través del SISTEMA UNICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (SUSS) se considerará cumplida la obligación establecida en el presente artículo.

* * * * *

CONDICIONES GENERALES
SEGURO MODULAR DE SALUD

ANEXO RIESGOS NO CUBIERTOS

Artículo 18°) 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 cirugía 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 19°) 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 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 radiactivo;

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.

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 Asegura-

do 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 Asegura-

do 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 49°), 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 13°) 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 14°) 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 15°) 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 16°) 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 impaga hasta la fecha de envío de tal solicitud.

Artículo 17°) 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 18°) 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 cirugía 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 19°) 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 inex-

- ploradas, 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 21°) 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 22°) 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 23°) 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 24°) 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 25°) 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.

ASISTENCIA CUIDADOS MAYORES

Por ser Asegurado de un seguro de Cuidados Mayores, usted puede acceder a estos servicios.

1. DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS:

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: 0800-666-2252

2. DEFINICIONES:

- a) ASEGURADO/S: Se entiende por Asegurado al asegurado de la póliza de Seguro de Cuidados Mayores contratada con Caja Seguros S.A.
- b) DOMICILIO RESIDENCIAL: Casa, departamento o unidad para uso habitacional que sea el domicilio permanente del Asegurado.
- c) ACCIDENTE: Todo acontecimiento que provoque daños corporales a un Asegurado causado única y directamente por una causa externa, violenta, fortuita y evidente (excluyendo la enfermedad).
- d) ENFERMEDAD: Cualquier enfermedad contraída por un Asegurado no preexistente a la contratación del Seguro.
- e) EXCEDENTE: Monto a pagar por parte del Asegurado cuando se supere el tope establecido para el Servicio al momento de recibir el mismo.
- f) SERVICIOS: Son las actividades, operaciones y funciones a cargo de Europ Assistance relacionados con asistencia, cuya descripción, límites, alcances y condiciones se detallan en este documento.
- g) PROVEEDOR: Es EUROP ASSISTANCE ARGENTINA S.A.
- h) REINTEGRO: Monto de dinero a entregar al Asegurado cuando hubiera abonado gastos en relación a los Servicios cubiertos descriptos siempre y cuando hayan sido autorizados por el Proveedor antes de ser realizados. Los Reintegros se realizarán en cuenta bancaria a designar por el Asegurado.
- i) EVENTO: Solución brindada por el prestador en relación a una solicitud de Servicio. En caso de que el Asegurado solicitare una segunda solución para resolver la misma eventualidad, Europ Assistance podrá considerarlo como un Evento adicional.
- j) EMERGENCIA MEDICA: Una emergencia médica es una situación crítica de peligro/riesgo evidente para la vida del paciente y que requiere una actuación inmediata.
- k) ÁMBITO GEOGRÁFICO: El Servicio de Asistencia ¿Cuidados Mayores¿ 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) Reintegro en Farmacia:

Límite: 50% hasta \$3.800 por evento ¿ 2 eventos mensuales

Europ Assistance reintegrará al Asegurado el 50% del precio neto del medicamento comprado en farmacia sujeto al límite de dos eventos mensuales con un tope de Pesos dos mil quinientos (\$3.800) cada uno de ellos. El precio neto es el monto efectivamente abonado por el Beneficiario después de los descuentos que le realice farmacia.

Se le solicitará al Asegurado el envío de la factura por mail a reintegros@europ-assistance.com.ar con los siguientes datos: DNI, CBU, CUIT o CUIL. También podrá acercarse a las oficinas de Europ y solicitar el reintegro en efectivo.

b) Servicio Doméstico para el Aseo en el Hogar ante Internación:

Límite: \$7.500 por día ¿ 7 días anuales.

En caso de internación del asegurado por un periodo mínimo de siete días y dejando en la residencia asegurada por lo menos un morador con edad superior a 14 años, Europ Assistance asumirá los gastos de una empleada doméstica, siempre y cuando el Asegurado no cuente con este servicio de forma habitual (permanente o por horas). En caso de que el asegurado contrate el servicio de forma particular, debe comunicarse a la central telefónica y enviar la factura por mail a reintegros@europ assistance.com.ar con los siguientes datos: DNI, CBU, CUIT o CUIL. También podrá acercarse a las oficinas de Europ y solicitar el reintegro en efectivo.

c) Recordatorio de Toma de Medicamentos:

Límite: 12 eventos anuales.

Europ Assistance se comunicará telefónicamente con el Asegurado para recordarle que tome sus medicamentos. Para ello, el Asegurado deberá contactarse con la central de operaciones de Europ Assistance para informar al operador el cronograma con los horarios y los medicamentos que debe tomar según la indicación médica. Conjuntamente deberá enviar la receta médica en la cual se establece el medicamento a tomar y la periodicidad con la que se debe hacer.

Cumpliendo con las condiciones establecidas, el operador se comunicará cada vez que fuese necesario para recordarle la toma de medicamentos según el cronograma indicado.

En caso de que Prestador no pueda contactarse con el Asegurado, dejará

un mensaje en el contestador automático siempre y cuando este se encuentre disponible.

d) Enfermero a domicilio (Reembolso)

Límite: \$18.000 por evento ¿ 6 eventos anuales.

En caso que el Asegurado, como consecuencia de un accidente o enfermedad, se encuentre incapacitado para llevar a cabo sus actividades básicas y cuidados necesarios, Europ Assistance pondrá a disposición del Asegurado un enfermero a domicilio para asistirlo con los cuidados médicos correspondientes.

e) Código Rojo

Servicio ilimitado.

En caso de ¿Accidente¿ en categoría ¿emergencia¿ en el ámbito de la vía pública o dentro del hogar, Europ Assistance coordinará los contactos necesarios con el fin de brindar atención médica de emergencia. La misma se brindará de acuerdo a las circunstancias y posibilidades de cada lugar.

1. La atención médica de emergencia consistirá en el envío al domicilio/vía pública del ASEGURADO, un móvil de mediana o alta complejidad.
2. En caso de ser necesario se realizará el traslado del ASEGURADO hasta el centro hospitalario mas cercano al domicilio del ASEGURADO, en ambulancia o en el medio que Europ Assistance considere apropiado; Centro Médico que corresponda a la Obra Social del ASEGURADO, o en el caso que éste no cuente con obra social, la derivación se realizará al centro público más cercano que cuente con disponibilidad o a un centro privado a cargo del ASEGURADO.
3. La calidad de ¿adecuado¿ del centro hospitalario será determinada por el equipo médico interviniente conjuntamente con el Departamento Médico de Europ Assistance.
4. En el caso que el ASEGURADO o sus acompañantes decidieran efectuar el traslado por su cuenta o se negasen al mismo, dejando de lado la opinión del equipo médico interviniente y/o del Departamento Médico de Europ Assistance, ninguna responsabilidad recaerá sobre Europ Assistance, a consecuencia de dicha decisión, siendo el traslado y sus efectos, por cuenta y riesgo del ASEGURADO y/o sus acompañantes, finalizando en esa instancia la prestación de los servicios por parte de Europ Assistance.

f) Código Amarillo

Servicio ilimitado.

Urgencia es toda aquella situación que no requiere la inmediatez de las emergencias médicas, pero que se puede transformar en tal para el paciente, si se la deja evolucionar de acuerdo con su historia natural. En esta categoría de asistencia se engloban todos aquellos cuadros que

aunque no presentan una sintomatología riesgosa, esta última es muy molesta para el paciente.

Descripción de los recursos: Conductor con entrenamiento nivel ¿first responder¿, enfermero técnico en emergencias médicas en 1er. Nivel y médico con entrenamiento en cuadros de urgencia médica a bordo de una Unidad Polivalente de mediana complejidad.

Este servicio incluye medicación de urgencia y traslado del paciente en caso de ser necesario.

En caso de Urgencia Médica del ASEGURADO en el ámbito de su hogar, el PRESTADOR enviará con la mayor prontitud posible una ambulancia para la atención de la urgencia. Los gastos derivados de dicha atención serán a cargo del PRESTADOR.

5. ASISTENCIA ANTE TRÁMITES GESTIONES DE BAJAS

- a) Asesoramiento tramites jubilatorios
Ilimitado.

EUROP ASSISTANCE, ante solicitud del Asegurado, brindará al mismo asesoramiento legal telefónico de urgencia ante inconvenientes generados en los trámites jubilatorios. El Asegurado tendrá la posibilidad de realizar una entrevista personal con un abogado a su cargo. Atención los 365 días, las 24 horas.

Este servicio no posee límite de eventos.

- b) Gestión de baja de tarjetas de crédito y celular
Ilimitado.

EUROP ASSISTANCE se encargará, de realizar las denuncias TELEFONICAMENTE junto al Asegurado y orientará al Asegurado, gestionando las bajas o bloqueos de tarjetas de crédito, de débito y teléfonos celulares como consecuencia de robo en la vía pública.

Este servicio no posee límite de eventos.

- c) Asesoramiento tramitación de documentación por Robo
Ilimitado.

EUROP ASSISTANCE, ante solicitud del Asegurado, brindará al mismo asesoramiento legal telefónico sobre los trámites que debe realizar ante el robo de Documentos de Identidad (DNI, Pasaporte, LE) tanto para denunciarlos como para gestionar los nuevos.

6. ASISTENCIA HOGAR:

- a) Acondicionamiento del Domicilio
Límite: \$15.000 - 1 evento anual.

Servicio destinado a la reforma y adaptación de vivienda a causa de enfermedad o accidente del ASEGURADO Incluye: Adaptación de baños,

instalación de rampas, barandillas o tramos de escaleras. Para usar el servicio, el asegurado debe contar con el informe médico donde detalla la enfermedad o accidente. El servicio solo cubre mano de obra.

Exclusiones particulares:

1. Reparaciones por urgencia o mantenimiento.

b) Cerrajero por Pérdida de Llaves

Límite: \$7.500 ¿ 1 evento anual.

En caso de pérdida o extravío de llaves, impidiendo el ingreso o el egreso al domicilio residencial, Europ Assistance enviará un especialista para la apertura de la puerta principal. En este servicio también está incluida la reposición de llaves y cerradura.

Exclusiones particulares:

La fabricación de llaves duplicadas de cualquier tipo.

Materiales que no sean las llaves y cerradura.

c) Colocación de Accesorio en Baños:

Hasta \$7.500 - 1 evento anual.

A solicitud del asegurado, Europ Assistance enviará un especialista para la instalación de: toallero, soportes para vasos, aros para toallas, soporte para secador de pelo, plato para jabón o estantería para productos de aseo.

El servicio solo cubre mano de obra.

d) Reparación de Filtraciones y Humedad:

Hasta \$7.500 - 1 evento anual.

A solicitud del asegurado, Europ Assistance enviará un especialista para el tratamiento de humedad a causa de perdida de caño. Exceptuando reparación de techos y canaletas provenientes de desagües del exterior (zinguería ¿ tejas).

El servicio solo cubre mano de obra.

e) Instalación de Luminarias:

Hasta \$7.500 - 1 evento anual.

A solicitud del asegurado, Europ Assistance enviará un especialista para instalar lámparas, apliques, plafones, bombillas, tubos y luminarias led. Para brindar este servicio, debe estar la instalación eléctrica en el lugar donde se realizará el trabajo.

El servicio solo cubre mano de obra.

f) Carpintería en General:

Hasta \$7.500 - 1 evento anual.

A solicitud del asegurado, Europ Assistance enviará un especialista carpintero para cambiar bisagras en puertas pequeñas de muebles de cocina, baño y auxiliares de madera como manijas o topes.

El servicio solo cubre mano de obra.

7. DELIVERY

a) Delivery de medicamentos:

Europ Assistance coordinará el Delivery de los medicamentos, se enviará al domicilio del Asegurado una persona de la red de prestadores de Europ Assistance. El Asegurado, será informado previamente del nombre, apellido y DNI de quien concurrirá a su domicilio y a quien le deberá entregar la receta del medicamento, el carnet de obra social o prepaga, el DNI del Asegurado y el dinero del costo del medicamento.

El costo de los medicamentos estará a cargo del Asegurado.

Este servicio no posee límite de eventos y es prestado dentro de un radio de 20 km.

b) Delivery Supermercado:

Ilimitado

Europ Assiatnce, ante solicitud del Asegurado, y luego de haber realizado la COMPRA VIRTUAL junto al Asegurado, coordinará el Delivery a la dirección que indique el Asegurado.

El costo del envío, en caso de existir, estará a cargo del Asegurado.

Este servicio no posee límite de eventos.

8. 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.
- ¿ Para solicitar los servicios, 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.

¿ En los casos de reintegros de servicios de Enfermero a Domicilio, es exclusiva responsabilidad del Asegurado la elección del profesional.

9. EXCLUSIONES

- a. Cuando el ASEGURADO no se identifique como tal.
- b. Cuando el ASEGURADO incumpla cualesquiera de las obligaciones indicadas en este condicionado.
- c. Cuando los SERVICIOS sean solicitados como consecuencia directa o indirecta de huelgas, guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya declarado la guerra o no), rebelión, guerra civil, insurrección, terrorismo, pronunciamientos, manifestaciones, movimientos populares, radioactividad o cualquier otra causa de fuerza mayor.
- d. Los provocados intencionalmente por el ASEGURADO.
- e. Enfermedades o lesiones derivadas de acción criminal del ASEGURADO, sea en forma directa o indirecta; intento de suicidio y sus consecuencias; suicidio; enfermedades producidas por la ingestión de drogas, narcóticos, bebidas alcohólicas o medicinas tomadas sin orden médica.
- f. Cualquier daño preexistente en la vivienda asegurada al momento de la solicitud de los servicios.
- g. La solicitud del servicio para un domicilio diferente al de residencia declarado por el ASEGURADO .
- h. No están incluidos los repuestos.
- i. Cuando la prestación del servicio se solicite para espacios que pertenezcan a las áreas comunes de los edificios, PHs o viviendas.
- j. La colocación de recubrimiento final en pisos, paredes o techos, tales como: lozas, mosaicos, mármol, tapiz, pintura, materiales de barro o acabados de madera.
- k. La reparación de equipos eléctricos que resulten dañados a consecuencia de una falla eléctrica en las instalaciones del hogar.
- l. Las reparaciones de daños causados en los bienes que sean consecuencia de una falla en los servicios hidráulicos y sanitarios.
- m. Las reparaciones de daños por filtración o humedad que sean consecuencia de fugas en tuberías y llaves.
- n. Las reparaciones de equipos conectados a las tuberías de agua como calderas, calentadores, aire acondicionado, lavadoras o secadoras.
- o. Los daños que sean consecuencia de sismo, inundación, erupción volcánica, incendio y cualquier fenómeno natural.
- p. Cuando por orden judicial se impida la ejecución de los trabajos a realizar
- q. Los servicios que el asegurado haya concertado por su cuenta, sin la previa comunicación o sin el consentimiento de Europ Assistance.

10. 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 Europ Assistance no aplicará el reintegro.

Cuando el reintegro es solicitado 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.

Aclaración:

- 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 prestación del servicio.

-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.

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 siniestros 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 KickBoxing, Eskrima, Full Contact, Jiu-Jitsu, Jiu-Jitsu Brasileiro, Kendo, KickBoxing, Kung-fu, PenkatSilat, Lethwei, Lucha Leonesa, Lucha libre profesional, Muay thai, Puroresu, Sambo, San da, Savate, Shootfighting, Shootwrestling, 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 aplicara 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 KickBoxing, Eskrima, Full Contact, Jiu-Jitsu, Jiu-Jitsu Brasileiro, Kendo, KickBoxing, Kung-fu, PenkatSilat, Lethwei, Lucha Leonesa, Lucha libre profesional, Muay thai, Puroresu, Sambo, San da, Savate, Shootfighting, Shootwrestling, 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 aplicara 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 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, se prescriba al Asegurado la implantación de una prótesis comprendida en el ¿Anexo detallado de Beneficios Previstos¿, dentro de las especialidades de: Traumatología y Ortopedia, Cardiovasculares, Neuroquirúrgicas, Auditivas u Oculares. El beneficio previsto 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 tanto la primera implantación de la primera prótesis como los reemplazos posteriores de las mismas.

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

Artículo 2° - Beneficio

La Compañía, 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 la Compañía 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.

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;

La Compañía debe contar con esta información, 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 la Compañía y con gasto a cargo de ésta.

Artículo 4° ¿ Exclusiones Específicas

Adicionalmente a las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales

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 ingreso del Asegurado.

ANEXO DETALLADO DE BENEFICIOS PREVISTOS

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 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)
- i) Trasplantes de tejidos u órganos
- j) Tratamientos con elementos radioactivos
- k) Renovaciones de prótesis preexistentes al ingreso del Asegurado.

SEGURO MODULAR DE SALUD ANUAL RENOVABLE
MÓDULO DE INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS

Artículo 1º- 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 devigencia de la cobertura.

Artículo 2º - 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 paraplejia 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 3º- 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 4º- 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 5º- 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 4º 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 6º- 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 7º- 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 8º - 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.

Anexo Servicio de Telemedicina

Definición del Servicio: El servicio de Telemedicina consiste en consultas a través de una video llamada por whatsapp con un médico clínico ó pediatra las 24hs. del día, los 365 días del año, y consultas programadas con diferentes especialistas.

Las especialidades habilitadas son: Cardiología, Neurología, Traumatología, Dermatología, Endocrinología, Psicología, Psiquiatría, Neuropsicología, Urología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Nutrición y Neumonología.

Beneficiarios del Servicio: Podrán hacer uso del servicio de Telemedicina, el asegurado de la póliza y los integrantes de su grupo familiar. Se entiende por integrantes del grupo familiar al cónyuge o conviviente e hijos menores de 25 años.

Ámbito de la Cobertura: Se podrá acceder al servicio de Telemedicina las 24 horas, los 365 días del año y desde cualquier lugar del mundo, en la medida que no existan impedimentos de conexión a internet.

Costo del Servicio: El asegurado y los integrantes del grupo familiar cuentan con este servicio en forma totalmente gratuita, en tanto la presente póliza se encuentre vigente y al día en el pago de sus primas.

Forma de Acceso: Para acceder al servicio ingresá a alguna de las siguientes opciones:

. www.lacaja.com.ar y luego cliquea en el apartado "Servicio de Telemedicina", ó

. www.inebasalud.com y luego cliquea en la opción "Consultar Médico Ahora".

Tanto el asegurado como los integrantes de su grupo familiar accederán ingresando siempre con el DNI del asegurado.

Finalización del Servicio: El asegurado y su grupo familiar tendrán acceso al servicio en tanto la presente póliza se encuentre vigente y al día en el pago de sus primas. Si por cualquier circunstancia el servicio se prestara por error sin el cumplimiento de dichos recaudos, tal conducta no implicará el reconocimiento alguno por parte del Asegurador de cobertura vigente y/ó existencia de seguro. La Caja asimismo se reserva el derecho de dejar sin efecto este servicio en cualquier momento, sin necesidad de notificación previa al asegurado.

INEBA S.A. y el Asegurador quedarán exentos de responsabilidad por el incumplimiento o defectuoso cumplimiento de las obligaciones cuando dicho

incumplimiento o defectuoso cumplimiento obedeciera a hechos de caso fortuito o de fuerza mayor.

El servicio es prestado por INEBA S.A., CUIT 30-70734357-1, domiciliada en Guardia Vieja 4435, C.A.B.A.

Este servicio es el vigente y acordado con el prestador al momento de la emisión de esta póliza y podrá ser modificado por La Caja sin previo aviso, según los términos pactados con el prestador vigentes al momento de la prestación del servicio. El prestador, al recibir la solicitud de un servicio, informará al asegurado los alcances y condiciones del mismo.

Para más información consultá en www.lacaja.com.ar.

Los seguros son emitidos por Caja de Seguros S.A. y se rigen por los términos y condiciones de la póliza contratada. Fitz Roy 957 (C1414CHI) C.A.B.A., Argentina, CUIT 30-66320562-1. Nº de Inscripción en SSN: 501. Superintendencia de Seguros de la Nación 4338-4000 ó 0-800-666-8400. www.ssn.gov.ar

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."