



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

CONDICIONES PARTICULARES

SECCION	POLIZA N°	CONTROL	ENDOSO N°
SALUD INDIVIDUAL			

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
EMISION	
ASEGURADO Y/O TOMADOR	
DOMICILIO	

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

OBJETO DEL SEGURO Y RIESGOS ASEGURADOS	SUMA ASEGURADA
<p>SALUD INDIVIDUAL Anual Renovable</p> <p>DATOS DEL ASEGURADO</p> <p>Nombre y Apellido: Tipo y Nro.de Documento: DU Correo Electrónico:</p> <p>Frecuencia de Facturación: Mensual Cantidad de cuotas: Forma de Pago: ENTIDAD DE COBRANZA: TIPO DE CUENTA: Nro.DE CUENTA:</p> <p>DATOS DE LOS BENEFICIARIOS Los designados por el asegurado. En el caso de que no hubiere designado beneficiarios, los herederos Tenga presente que podrá modificar o incluir en cualquier momento el/los beneficiarios del seguro.</p>	

COND.ANEXOS Y/O CLAUSULAS INTEGRANTES DE ESTA POLIZA
0, 1, 911, 912, 913, 914, 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 facsimilur 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

Jorge Mignone
Gerente General

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.gov.ar.



* 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
CONS. FI NAL			

OBJETO DEL SEGURO Y RIESGOS ASEGURADOS	SUMA ASEGURADA
<p>* COBERTURA: CANCER MASCULINO Fecha Inicio Vigencia : Capital Asegurado : \$ Edad Máxima de Permanencia : 60 años</p>	
<p>* COBERTURA: ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR Fecha Inicio Vigencia : Capital Asegurado : \$ Edad Máxima de Permanencia : 60 años</p>	
<p>* COBERTURA: INFARTO MIOCARDIO Fecha Inicio Vigencia : Capital Asegurado : \$ Edad Máxima de Permanencia : 60 años</p>	
<p>* COBERTURA: TRASPLANTE Fecha Inicio Vigencia : Capital Asegurado : \$ Edad Máxima de Permanencia : 60 años</p> <p>La Suma Asegurada de la Cobertura de Trasplante de Córnea es del 20% de la Suma Asegurada de la Cobertura de TRASPLANTE</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>	

COND.ANEXOS Y/O CLAUSULAS INTEGRANTES DE ESTA POLIZA
0, 1, 911, 912, 913, 914, 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 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.gov.ar.

Jorge Mignone
 Gerente General

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 18º) EXCLUSIONES GENERALES

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

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

a) Las consecuencias de cualquier accidente ocurrido antes de la fecha d inicio de vigencia.

b) Cualquier otra enfermedad diagnosticada o desorden que no haya sid específicamente definido como cubiertos en los Módulos contratados.

Artículo 19º) RIESGOS NO CUBIERTOS

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

- a) Tentativa de suicidio del Asegurado;
- b) Por duelo o riña, salvo que se tratase de legítima defensa; empresa 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 e líneas regulares, o por otras ascensiones aéreas, aladeltismo, parapente o bungee jumping;
- g) Por la participación en viajes o excursiones a zonas o regione inexploradas, prácticas deportivas submarinas, acuáticas o subacuáticas o escalamiento de montaña;
- h) Competir en pruebas de pericia y/o velocidad con vehículos mecánico o de tracción a sangre o en justas hípicas;
- i) Intervenir en pruebas de prototipos de aviones, automóviles y otro 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 accidente 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.

SEGURO MODULAR DE SALUD ANUAL RENOVABLE
MÓDULO CÁNCER MASCULINO

Artículo 1º) Riesgo Cubierto

Caja de Seguros S.A. pagará la suma asegurada consignada en las Condiciones Particulares cuando al Asegurado se le diagnostique Cáncer Masculino por primera vez durante la vigencia de éste módulo.

Artículo 2º) Definición del Riesgo Cubierto

A los efectos de indemnización bajo la presente póliza, se entenderá que ¿Cáncer Masculino¿ es un tumor maligno caracterizado por el crecimiento incontrolado y la propagación de células malignas y la invasión de tejidos exclusivamente en la Próstata, Pene, Testículos y Vejiga del Sistema Genito Urinario Masculino. El Tumor debe ser primitivo en el órgano detectado y anterior a cualquier metástasis, confirmado mediante una biopsia, e informado por un patólogo calificado.

El diagnóstico positivo deberá ser confirmado por examen anatómico-patológico positivo. Se deberá presentar a Caja de Seguros S.A. la documentación relativa al examen anatómico-patológico.

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 tumores:

- a) Etapa A del Cáncer de la Próstata o cánceres prostáticos que histológicamente son descritos en la clasificación TNM como T1 (incluyendo T1 (a) o T1 (b) o que son de otra clasificación equivalente o menor);
- b) Tumores que presentan los cambios malignos de carcinoma in situ y/o aquellos descritos como Lesiones Premalignas, tumores benignos o pólipos;
- c) Carcinoma in situ, no invasivo;
- d) Melanomas de menos de 1.5 mm de espesor, determinado por examen histológico, o invasión menor del nivel de Clark 3.

SEGURO MODULAR DE SALUD ANUAL RENOVABLE
MÓDULO ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

Artículo 1º) Riesgo Cubierto

Caja de Seguros S.A. pagará la suma asegurada consignada en las Condiciones Particulares cuando al Asegurado se le diagnostique por primera vez un accidente cerebrovascular ocurrido durante la vigencia de éste módulo y que cause síntomas neurológicos por más de 24 horas y de naturaleza permanente.

Artículo 2º) Definición del Riesgo Cubierto

A los efectos de indemnización bajo la presente póliza, se entenderá que ¿Accidente Cerebrovascular¿ es un episodio con duración de por lo menos 24 horas caracterizado por la suspensión brusca y violenta de las funciones cerebrales fundamentales por infarto del tejido cerebral, trombosis, hemorragia de un vaso intracraneano o embolia desde una fuente extracraneal, que produce secuelas neurológicas con un déficit neurológico persistente y permanente mensurable al menos a los noventa (90) días siguientes a la ocurrencia del accidente Cerebrovascular. Deberá existir:

- a) Destrucción del tejido cerebral causado por trombosis, hemorragia o embolia de fuente extracraneal o subaracnoidea, comprobable tomográficamente;
- b) Pruebas de disfunción neurológica permanente, no reversibles; y
- c) Tomografía Computada o Resonancia Magnética Nuclear Cerebral, con o sin contraste.

Todos los comprobantes y registros gráficos correspondientes deberán estar suscritos por especialista en neurología legalmente autorizado para el ejercicio de la profesión.

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 siniestros que se produzcan como consecuencia de:

- a) Cualquier Isquemia Cerebral Transitoria (AIT) o pasajera y los lentamente reversibles; déficit neurológico isquémico prolongado y reversible (DINPR); alteraciones isquémicas del sistema vestibular;
- b) Otros accidentes cerebrovasculares con síntomas similares al derrame cerebral; síntomas cerebrales de migraña; enfermedad vascular que afecte al ojo o el nervio óptico;
- c) Accidentes cerebrovasculares post-traumáticos o hipoxia;
- d) Someterse a intervenciones quirúrgicas ilícitas;
- e) Enfermedades que afecten en forma secundaria al sistema nervioso (Central o Periférico);
- f) Enfermedades Congénitas del Sistema Nervioso;
- g) Utilización de medicamentos no aprobados por el Ministerio de Salud y Acción Social o autoridad competente que lo reemplace o complemente;
- h) Someterse a tratamientos en establecimientos asistenciales no habilitados para funcionar por el Organismo de Control Sanitario correspondien-

te, Municipal, Provincial o Nacional y autorizado por éste, a dar asistencia y tratamiento clínico al tipo de enfermedad padecida por el Asegurado.

SEGURO MODULAR DE SALUD ANUAL RENOVABLE
MÓDULO INFARTO DE MIOCARDIO

Artículo 1º) Riesgo Cubierto

Caja de Seguros S.A. pagará la suma asegurada consignada en las Condiciones Particulares cuando al Asegurado se le diagnostique por primera vez Infarto de Miocardio durante la vigencia de éste módulo.

Artículo 2º) Definición del Riesgo Cubierto

A los efectos de indemnización bajo la presente póliza, se entenderá que ¿Infarto de Miocardio¿ es la muerte de una porción del músculo cardíaco resultante del bloqueo de una o más arterias coronarias como consecuencia de la interrupción súbita del flujo adecuado de sangre a la zona respectiva. El diagnóstico debe basarse en la completa y total existencia de las tres condiciones siguientes sin excepción:

- a) Típico dolor torácico, además
- b) Cambios electrocardiográficos asociados y recientes consistentes en nuevas ondas ¿Q¿ e inversiones localizadas de ondas ¿T¿, y
- c) Elevación de las enzimas cardíacas sobre los niveles normales.

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 siniestros que se produzcan como consecuencia de:

- a) Infartos Silenciosos hallados por Electrocardiogramas
- b) Someterse a intervenciones quirúrgicas ilícitas;
- c) Utilización de medicamentos no aprobados por el Ministerio de Salud y Acción Social o autoridad competente que lo reemplace o complemente;
- d) Someterse a tratamientos en establecimientos asistenciales no habilitados para funcionar por el Organismo de Control Sanitario correspondiente, Municipal, Provincial o Nacional y autorizado por éste, a dar asistencia y tratamiento clínico al tipo de enfermedad padecida por el Asegurado.

SEGURO MODULAR DE SALUD ANUAL RENOVABLE
MÓDULO TRASPLANTES

Artículo 1º) Riesgo Cubierto

La Compañía pagará la Suma Asegurada consignada en las Condiciones Particulares cuando el Asegurado se someta a un Trasplante de Órgano en calidad de receptor de alguno de los órganos cubiertos en las Condiciones Particulares, antes de cumplir con la Edad Máxima establecida durante la vigencia de esta cláusula.

Artículo 2º) Definición del Riesgo Cubierto

A los efectos de indemnización bajo la presente póliza, se entenderá que ¿Trasplante de Órganos¿ es exclusivamente la cirugía de trasplante en calidad de receptor de un órgano humano, ya sea que se trate de la ablación para la implantación de órganos humanos entre seres humanos o de cadáveres humanos a seres humanos.

Se deja expresamente establecido que la necesidad de recibir un trasplante de órgano humano debe ser prescrita por profesionales médicos especializados y habilitados legalmente para el ejercicio de la profesión, y será admitida cuando:

- a) todos los otros medios y recursos médicos disponibles no artificiales se hayan agotado, y
- b) el trasplante constituya la única alternativa terapéutica para la recuperación de la salud del Asegurado o la prolongación de su vida, y
- c) la patología que afecte al órgano a trasplantar sea de carácter irreversible y total, y
- d) el trasplante sea comunicado al INCUCAI y deberá dar cumplimiento a las disposiciones de la Ley de Trasplantes de Órganos y Materiales Anatómicos No. 24.193.

La Compañía no cubrirá los reemplazos de órganos trasplantados cuando los mismos sean requeridos por haberse producido el rechazo por parte del paciente del órgano implantado. En dichos casos, la Compañía sólo abonará el capital correspondiente al primer trasplante sin adeudar capital alguno por los reemplazos que pudieran efectuarse.

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

Los trasplantes que se podrán cubrir serán:

Trasplante de Corazón: Trasplante de órgano para el Asegurado con insuficiencia cardíaca irreversible y compromiso de vida severo, para quien no exista posibilidad de tratamiento alternativo.

Trasplante de Corazón - Pulmón: Trasplante de órgano para el Asegurado con insuficiencia cardiorespiratoria y compromiso de vida severo, para quien no exista posibilidad de tratamiento alternativo.

Trasplante de Pulmón: Trasplante de órgano para el Asegurado con insuficiencia pulmonar irreversible y compromiso de vida severo, para quien no exista posibilidad de tratamiento alternativo.

Trasplante de Hígado: Trasplante de órgano a pacientes con insuficiencias crónicas terminales no cancerosas o atresia de vías biliares congénita o adquirida. No se aplicará a pacientes portadores de tumores de cualquier índole.

Trasplante de Páncreas: Trasplante de órgano para el Asegurado con insuficiencia de la glándula pancreática, tanto en su función endócrina como exocrina. Dicha insuficiencia debe ser de carácter irreversible.

Trasplante de Riñón: Trasplante de órgano proveniente de dador vivo o cadavérico, al Asegurado con insuficiencia renal crónica, no portador de tumores en general y que se encuentre en tratamiento de hemodiálisis o diálisis peritoneal.

Trasplante de Médula Ósea: Se entenderá por tal al trasplante homólogo ante un cáncer que requiere el trasplante de médula como alternativa válida de sobrevida. No se dará cobertura para trasplantes realizados como esquema terapéutico de rescate de tumores sólidos de cualquier origen.

Trasplante de Córnea: Trasplante de una córnea para el Asegurado con lesiones traumáticas o degenerativas, sin otra alternativa terapéutica para mantener o recuperar la visión.

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 siniestros que se presenten cuando:

- a) El Asegurado al momento de su ingreso o reingreso en la póliza se encuentre con indicación formal de trasplante, en tratamiento oncológico de cualquier naturaleza o en hemodiálisis crónica en cualquiera de sus formas, o se encuentre en lista de espera para trasplantes en el INCUCAI;
- b) El trasplante se requiera como terapéutica de padecimientos congénitos;
- c) Los trasplantes no sean realizados por profesionales habilitados para tal fin y en establecimientos debidamente autorizados a tal fin por la autoridad competente, ya sea que se realicen dentro del territorio de la República Argentina como en el extranjero;
- d) Se traten de homologaciones y operaciones que no sean los trasplantes de órganos humanos estipulados y previstos en esta Cláusula, como así tampoco todo trámite referido directa o indirectamente a la provisión del órgano humano que se requiera;
- e) Trasplantes de médula ósea secundarios a aplasias medulares provocadas por tratamientos oncológicos. Sólo están incluidos los trasplantes de médula ósea como consecuencia de patologías primarias de la misma.
- f) Trasplantes de médula ósea realizados como esquema terapéutico de rescate de tumores sólidos de cualquier origen;
- g) Trasplantes de órganos transgénicos, animales, mecánicos o transito-

rios;

h) Se traten de trasplantes considerados como experimentales o con fines de investigación;

i) Se los proporcione cuando estuviesen disponibles un tratamiento alternativo o procedimientos igualmente efectivos.

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.