



* 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
* COBERTURA: ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR Fecha Inicio Vigencia Capital Asegurado : \$750.000,00 Edad Máxima de Permanencia : 65 años	
* COBERTURA: INFARTO MIOCARDIO Fecha Inicio Vigencia Capital Asegurado : \$750.000,00 Edad Máxima de Permanencia : 65 años	
* COBERTURA: TRASPLANTE Fecha Inicio Vigencia Capital Asegurado : \$750.000,00 Edad Máxima de Permanencia : 65 años La Suma Asegurada de la Cobertura de Trasplante de Córnea es del 20% de la Suma Asegurada de la Cobertura de TRASPLANTE	
* COBERTURA: CÁNCER INTEGRAL Fecha Inicio Vigencia Capital Asegurado : \$750.000,00 Edad Máxima de Permanencia : 65 años	
* COBERTURA: INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS AMPLIAS Fecha Inicio Vigencia Capital Asegurado : \$750.000,00 Edad Máxima de Permanencia : 65 años	

COND.ANEXOS Y/O CLAUSULAS INTEGRANTES DE ESTA POLIZA
0, 1, 912, 913, 914, 920, 922, 924, 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

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.gob.ar.



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



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

CONDICIONES PARTICULARES

SECCION	POLIZA N°	CONTROL	ENDOSO N°
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

* COBERTURA: INSUFICIENCIA RENAL Fecha Inicio Vigencia : \$750.000,00 Capital Asegurado : 65 años Edad Máxima de Permanencia	
---	--

El porcentaje de la suma asegurada para cada tipo de Intervención Quirúrgica se encuentra detallado en las condiciones de la cobertura con la siguiente identificación:

- SA1 = 50%
- SA2 = 35%
- SA3 = 15%
- SA4 = 8%
- SA5 = 4%
- SA6 = 2.5%

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

DECLARACION DE SALUD
 HIPERTENSION ARTERIAL, SUFRE HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y LOS RESULTADOS DE ESTUDIOS SALIERON ANORMALES? : N
 SUFRE O HA SUFRIDO, CÁNCER, ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR O INFARTO DE MIOCARDIO? : N
 SUFRE O HA SUFRIDO, INSUFICIENCIA RENAL O DE OTROS ÓRGANOS O HEMORRAGIAS? : N
 SUFRE O HA SUFRIDO, DIABETES, HIPERCOLESTEROLEMIA, ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS O ENFERMEDADES DE LAS ARTERIAS? : N
 FUE SOMETIDO O PREVE, SOMETERSE A: CIRUGÍA DE BY PASS O IMPLANTE DE STENT? : N
 FUE SOMETIDO O PREVE, SOMETERSE A TRASPLANTE DE ÓRGANOS COMO DONANTE? : N
 FUE SOMETIDO O PREVE, SOMETERSE A TRASPLANTE DE ÓRGANOS EN CALIDAD DE RECEPTOR? : N
 SE ENCUENTRA, EN ALGUNA LISTA DE ESPERA PARA SER RECEPTOR DE ÓRGANOS? : N

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

COND.ANEXOS Y/O CLAUSULAS INTEGRANTES DE ESTA POLIZA

0, 1, 912, 913, 914, 920, 922, 924, 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 facsimil 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.



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



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

CONDICIONES PARTICULARES

SECCION	POLIZA N°	CONTROL	ENDOSO N°
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
--	----------------

122.209 DE FECHA 08/04/2016.

En virtud de contener esta póliza firma facsimilar, la Compañía renuncia a oponer defensa relacionada con la falsedad o inexistencia de la firma. Circular SSN N° 4.462
 Cuando el texto de la póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza. Efectuada la impugnación, ésta no afectará la eficacia del contrato en las restantes estipulaciones, sin perjuicio del derecho del tomador de rescindir el mismo en ese momento.

Gastos de Producción

Gastos de Explotación

COND.ANEXOS Y/O CLAUSULAS INTEGRANTES DE ESTA POLIZA

0, 1, 912, 913, 914, 920, 922, 924, 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

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.gob.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 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, trata mientos no autorizados legalmente, o de carácter experimental, o realizado en instituciones o por personal no habilitado legalmente, teniendo el ase- gurado 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 doma dor de potros o fieras y/o la práctica de deportes o actividades peligro- sas como alpinismo, andinismo, esquí acuático o de montaña, caza, motonáu- tica, 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 49º), segundo párrafo de Ley Nº 17.418.

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

Artículo 13º) VALUACIÓN POR PERITOS

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

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

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

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

CAPITULO III. PRIMAS

Artículo 14º) PRIMAS

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

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

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

Artículo 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 de SALUD PREMIUM

Condiciones Generales de Asistencia

Por ser Asegurado de un seguro de Seguro Salud Premium, usted puede acceder a estos servicios.

A. DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS PRESTADOS POR EUROP ASSISTANCE ARGENTINA:

Los SERVICIOS serán prestados por el PROVEEDOR a los BENEFICIARIOS, cuando así sean solicitados, las 24 horas del día, los 365 días del año. Para solicitar un SERVICIO el BENEFICIARIO deberá comunicarse al 0800-666-2252

DEFINICIONES

Para los efectos de la presentación de los SERVICIOS aquí detallados, se entenderá por:

- a) BENEFICIARIO(s) o Asegurados: Titular contratante del Seguro de Salud Premium.
- b) DOMICILIO RESIDENCIAL: Casa, departamento o unidad para uso habitacional que sea el domicilio permanente del BENEFICIARIO.
- c) EXCEDENTE: Monto a pagar por parte del BENEFICIARIO cuando se supere el tope establecido al momento de recibir el SERVICIO.
- d) SERVICIOS: Son las actividades, operaciones y funciones a cargo del PROVEEDOR relacionados con asistencia, cuya descripción, límites, alcances y condiciones se detallan en este documento.
- e) PROVEEDOR o EUROP ASSISTANCE: Es EUROP ASSISTANCE ARGENTINA S.A.
- f) REINTEGRO: Monto de dinero a entregar al BENEFICIARIO 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 BENEFICIARIO.
- g) EVENTO: Solución brindada por el PROVEEDOR en relación a una solicitud de SERVICIO. En caso de que el BENEFICIARIO solicitare una segunda solución para resolver la misma eventualidad, el PROVEEDOR podrá considerarlo como un EVENTO adicional.
- h) ACCIDENTE: Suceso imprevisto que altera la marcha normal o prevista de las cosas, especialmente el que causa daños a una persona u objeto.
- i) ENFERMEDAD: cualquier problema médico contraído por el BENEFICIARIO.
- j) URGENCIA: Es todo imprevisto que, no siendo EMERGENCIA, afecte la salud del BENEFICIARIO.
- k) EMERGENCIA MEDICA: Una emergencia médica es una situación crítica en la que de no mediar una asistencia inmediata y adecuada pone en peligro/riesgo evidente la vida del paciente.
- l) CASO DE FUERZA MAYOR: Se entiende por Caso de Fuerza mayor, a todo hecho que acontece de manera casual, imprevista o aleatoria que no es

posible prever.

Especificando, pero no limitando a estos hechos descriptos a continuación: Fenómenos naturales, Terremoto, Huracán, Tornado, Inundaciones, Guerras, Huelgas, Invasión, Actos de Enemigos, Rebelión, Insurrección, Terrorismo, Manifestaciones, Vandalismo, Etc.

1. ATENCION ODONTOLOGICA

EUROP ASSISTANCE a pedido del BENEFICIARIO y según su disponibilidad horaria, coordinará un turno con sus especialistas en los Centros Médicos de su Red Prestacional, para la atención ante urgencias, chequeo anual, limpieza, endodoncia, exodoncia o radiología.

Limitado a \$ 7.500 por EVENTO (2 eventos anuales).

2. CODIGO AMARILLO - URGENCIAS MEDICAS

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 asistencias 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 1º 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 beneficiario 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.

Servicio Ilimitado.

3. CHEQUEO PREVENTIVO

EUROP ASSISTANCE a pedido del BENEFICIARIO y junto a él y su disponibilidad horaria, coordinará un turno con un médico especialista para la realización del CHEQUEO PREVENTIVO del BENEFICIARIO.

Esta Asistencia incluye:

- Análisis Primarios de Sangre
- Análisis Primarios de Orina
- Radiografía de Tórax
- Electrocardiograma
- Revisión Médica Completa in situ.

Limitado a \$ 9.000 por EVENTO (2 eventos anuales). El Asegurado puede elegir un médico particular y/o clínica y se le reintegrará hasta el tope establecido

4. MEDICO A DOMICILIO 24 HORAS CLINICO-PEDIATRICO

EUROP ASSISTANCE a pedido del BENEFICIARIO coordinará la visita de un médico en el domicilio declarado del BENEFICIARIO. En esta categoría de asistencia se engloban todos aquellos cuadros que no presentan una sintomatología de EMERGENCIA (Riesgo de VIDA). La asistencia se realizará con médicos que conformen la Red Prestacional de EUROP ASSISTANCE.

Limitado a 6 EVENTOS ANUALES - COPAGO: \$750

5. ECOGRAFIA MAMARIA ANUAL DE PREVENCION

EUROP ASSISTANCE a pedido del BENEFICIARIO y junto a él y según su disponibilidad horaria, coordinará un turno para la realización del estudio Ecografía Mamaria en los Centros Médicos de su Red Prestacional.

Limitado a \$ 3.000 por EVENTO (2 eventos anuales).

6. MAMOGRAFIA DE PREVENCION

EUROP ASSISTANCE a pedido del BENEFICIARIO y junto a él y según su disponibilidad horaria, coordinará un turno para la realización del estudio Mamografía en los Centros Médicos de su Red Prestacional.

Limitado a \$ 4.500 por EVENTO (2 eventos anuales).

7. PAPANICOLAU ANUAL DE PREVENCION

EUROP ASSISTANCE a pedido del BENEFICIARIO y junto a él y según su disponibilidad horaria, coordinará un turno para la realización de Papanicolau Anual de Prevención en los Centros Médicos de su Red Prestacional.

Limitado a \$ 3.800 por EVENTO (1 evento anual).

8. MEDICION DE ANTIGENO PROSTATICO - APE

EUROP ASSISTANCE a pedido del BENEFICIARIO y junto a él y su disponibilidad horaria, coordinará un turno para la realización del Análisis de Sangre de Medición del Antígeno Prostático en los Centros Médicos de su Red Prestacional.

Limitado a \$ 3.800 por EVENTO (1 evento anual).

9. EXAMENES DE LABORATORIO

EUROP ASSISTANCE a pedido del BENEFICIARIO y junto a él y su disponibilidad horaria, coordinará un turno para la realización de los estudios: hemograma, hepatograma y orina, en los Centros Médicos de su Red Prestacional.

Limitado a \$ 2.300 por EVENTO (4 eventos anuales).

10. REINTEGRO EN ÓPTICAS

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

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

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

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

Límite: \$ 6.000 por evento (1 evento anual por Asegurado).

11. REINTEGRO EN FARMACIA MENSUAL

EUROP ASSISTANCE reintegrará al BENEFICIARIO el precio neto abonado por la compra de medicamentos en farmacia.

El precio neto es el monto efectivamente abonado por el BENEFICIARIO después de los descuentos que le realice farmacia.

El asegurado debe comunicarse a la central telefónica antes de contratar el servicio. Se le solicitará 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.

Límite: \$ 3.000 por evento (12 eventos).

12. REINTEGRO EN SESION PSICOLOGICA

EUROP abonará al Asegurado hasta el límite indicado, para sesiones de psicología.

El asegurado debe comunicarse a la central telefónica antes de contratar el servicio. Se le solicitará 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.

Límite: \$ 1.500 por sesión (6 sesiones anuales).

13. REINTEGRO CONSULTA DERMATOLOGÍA

EUROP abonará al Asegurado hasta el límite indicado para consulta con un especialista en dermatología.

El asegurado debe comunicarse a la central telefónica antes de contratar el servicio. Se le solicitará 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.

Límite: \$ 2.300 por evento (3 eventos anuales).

14. CONSULTAS MÉDICAS DE CUALQUIER ESPECIALIDAD

EUROP ASSISTANCE a pedido del BENEFICIARIO, coordinará y cubrirá hasta la suma indicada, los gastos de consultas médicas de cualquier especialidad.

Limitado a \$ 2.300 por EVENTO (6 eventos anuales).

15. FARMACIA 24 HS.

EUROP ASSISTANCE ante la solicitud del BENEFICIARIO, brindará información acerca de las farmacias de turno más cercanas a la locación donde se encuentre el BENEFICIARIO.

Este servicio no posee límite de eventos. Servicio ilimitado

16. INFORMACIÓN CENTROS MÉDICOS

EUROP ASSISTANCE ante la solicitud del BENEFICIARIO, brindará información acerca de los centros médicos más cercanos a su domicilio o según la especialidad que requiera.

Este servicio no posee límite de eventos. Servicio ilimitado

17. CODIGO ROJO - EMERGENCIAS MEDICA

El servicio comprende el diagnóstico y tratamiento de emergencia del BENEFICIARIO (primeros auxilios) y de ser necesario el traslado hasta el centro asistencial más cercano.

Servicio ilimitado.

18. REINTEGRO DE GASTOS MEDICOS POR ATENCION ANTE URGENCIAS DE CUALQUIER ESPECIALIDAD

EUROP ASSISTANCE abonará al Asegurado hasta el límite indicado para gastos médicos ante urgencias:

- Electrocardiograma
- Pruebas de laboratorio
- Exámenes de anatomía patológica
- RX

- Férulas
- Ecografías
- Tomografías

El asegurado debe comunicarse a la central telefónica antes de contratar el servicio. Se le solicitará 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. En caso de urgencia debe llamar previamente.

Límite: \$ 2.300 por evento (3 eventos anuales).

19. RADIOGRAFÍAS

EUROP ASSISTANCE a pedido del BENEFICIARIO y junto a él y su disponibilidad horaria, coordinará un turno para la realización de radiografías en el tórax, huesos o abdomen en los Centros Médicos de su Red Prestacional.

Limitado a \$ 3.000 por evento (3 eventos anuales).

20. TOMOGRAFÍA - RESONANCIA MAGNÉTICA

EUROP ASSISTANCE a pedido del BENEFICIARIO y junto a él y su disponibilidad horaria, coordinará un turno para la realización de los estudios de tomografía y resonancia magnética, en los Centros Médicos de su Red Prestacional.

Limitado a \$ 7.500 por EVENTO (1 evento anual).

21. REINTEGRO DE SESIONES DE REHABILITACIÓN COVID-19

A solicitud del Asegurado, EUROP ASSISTANCE le reintegrará hasta el límite indicado, el servicio de atención rehabilitación covid-19, en el centro especializado de su preferencia.

Limitado a \$ 4.500 por EVENTO (5 eventos anuales).

A. OBLIGACIONES DEL BENEFICIARIO

El BENEFICIARIO se obliga bajo el presente a:

1. Mantener al día el pago del Seguro
2. Brindar información completa y veraz en todos los casos.
3. Estar presente en cualquiera de los casos derivados de un SERVICIO de asistencia.
4. Comunicarse con el PROVEEDOR lo más rápido posible para solicitar los SERVICIOS al teléfono 0800 666 2252 y/o comunicar lo ocurrido en cualquier situación relativa a las condiciones generales de este documento.
5. En caso de que el PROVEEDOR haya aprobado un REINTEGRO al BENEFICIARIO, el mismo posee 30 días corridos para enviar la documentación solicitada y/o comprobantes originales. Vencido ese plazo, el PROVEEDOR no proce-

derá al REINTEGRO, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad justificada de hacerlo en ese plazo.

6. En caso de que el BENEFICIARIO no se haya podido comunicar con el PROVEEDOR por ALGUN HECHO DE FUERZA MAYOR, el BENEFICIARIO debe comunicarse dentro de las 24 Hs. DE CESADO EL HECHO DE FUERZA MAYOR para dar aviso de lo ocurrido y gestionar su reintegro.
7. En caso de que el BENEFICIARIO sufra alguna situación amparada por las cláusulas anteriores en cualquier parte de la República Argentina, deberá reportarlo al PROVEEDOR a los números telefónicos 0800 666 2252 proporcionar al coordinador del SERVICIO la siguiente información:
 - a) Datos del BENEFICIARIO (nombre completo y DNI)
 - b) Lugar donde se encuentra y el número telefónico donde el PROVEEDOR pueda contactar al BENEFICIARIO, así como todos los datos que el coordinador del SERVICIO le solicite para localizarlo.
 - d) Descripción del problema y tipo de SERVICIO solicitado.

B. REINTEGROS

El asegurado debe comunicarse a la central telefónica antes de contratar el servicio, caso contrario, no se aplicará el reintegro.

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

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

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

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

Notas:

- El Asegurado puede optar por la emisión de un cheque.
- Si el Asegurado no posee una cuenta a su nombre, la transferencia podrá realizarse a la cuenta de un tercero. En este caso el Asegurado debe enviar una copia del extracto bancario junto con una nota firmada por él autorizando a EUROP ASSISTANCE a realizar el reintegro en dicha cuenta.
- Si el Asegurado es menor de edad deberán enviar la partida de nacimiento o libreta familiar. En caso de que el Asegurado haya fallecido, acta de defunción y/o documentación específica que se pueda requerir.
- Si es la primera vez que el Asegurado se comunica para solicitar un reintegro: Se le informa que debe enviar copia de las facturas electrónicas por mail para ser evaluadas. Asimismo, debe conservar los originales para ser enviados una vez confirmado la autorización del reintegro.
- Si el Asegurado se presenta en las oficinas de EUROP ASSISTANCE debe

concurrir con la solicitud de reintegro junto con los originales de las facturas: Se le informa al Asegurado que se evaluará el caso y se le dará la respuesta vía telefónica.

- Si el reintegro no es autorizado, se le informa al Asegurado el motivo y que sus facturas se encuentran disponibles para ser retiradas.
- Si la solicitud de reintegro es recibida desde La Caja, el área de reintegros aplicará el mismo proceso detallado anteriormente según aplique (envío directo de originales o consulta vía mail o telefónica).

Tiempos de respuesta:

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

Tiempo para realizar el pedido de reintegro:

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

C. EXCLUSIONES GENERALES

El PROVEEDOR no estará obligado a la prestación de los SERVICIOS en las siguientes situaciones:

1. Cuando el BENEFICIARIO no posea el pago del seguro al día.
2. Cuando el BENEFICIARIO no se identifique como tal.
3. Cuando el BENEFICIARIO incumpla cualesquiera de las obligaciones indicadas en este condicionado.
4. 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.

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 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.

SEGURO MODULAR DE SALUD ANUAL RENOVABLE
MÓDULO CÁNCER INTEGRAL

Artículo 1º) Riesgo Cubierto

Caja de Seguros S.A. pagará la suma asegurada consignada en las condiciones Condiciones Particulares cuando al Asegurado se le diagnostique Cáncer o un Tumor Maligno 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" es un tumor maligno caracterizado por el crecimiento incontrolado y la propagación de células malignas y la invasión de tejidos (incluye Leucemia, los linfomas y la enfermedad de Hodgkin).

El Tumor debe ser primitivo en el órgano detectado y anterior a cualquier metástasis.

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 del Colon de la clasificación de Dukes;
- b) Etapa A del Cáncer de la próstata, o cánceres prostáticos que histológicamente son descritos en la clasificación TNM como T1 (incluyendo T1 (a) o T1 (b) o que son de otra clasificación equivalente o menor);
- c) Tumores que presentan los cambios malignos de carcinoma in situ (incluyendo la displasia cervical CIN-1, CIN-2 y CIN-3 y las Displasias Mamarias In Situ DIN-1, DIN-2 y DIN-3) y/o aquellos descritos como Lesiones Premalignas, tumores benignos o pólipos;
- d) Carcinoma in situ, no invasivo;
- e) Melanomas de menos de 1.5 mm de espesor, determinado por examen histológico, o invasión menor del nivel de Clark 3;
- f) Cualquier Cáncer de la piel, excepto el melanoma maligno invasor de la dermis o a mayor profundidad; todas las hiperqueratosis o los carcinomas basocelulares de la piel.

SEGURO MODULAR DE SALUD ANUAL RENOVABLE
MÓDULO INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

Artículo 1º) Riesgo Cubierto

Caja de Seguros S.A. pagará la suma asegurada correspondiente a la Intervención Quirúrgica consignada en las Condiciones Particulares, cuando al Asegurado sea sometido a alguna de las Intervenciones Quirúrgicas que figuran en el Artículo 4º) ¿Listado Beneficios Previstos para Intervenciones Quirúrgicas¿ durante la vigencia de éste módulo.

Artículo 2º) Definición del Riesgo Cubierto

Se entenderá que ¿Intervención Quirúrgica¿ es aquella cirugía con fines terapéuticos, realizada bajo la aplicación de anestesia general o a la que debió someterse el asegurado por ser considerada médicamente necesaria, como consecuencia de una enfermedad o accidente.

Dicha intervención debe estar incluida en el Artículo 4º)

Previstos para Intervenciones Quirúrgicas¿ y su diagnóstico debe haber sido efectuado por un profesional médico en la especialidad con posterioridad al inicio de vigencia de esta cobertura.

La intervención se encontrará cubierta en cualquiera lugar o país en que ésta se realice siempre que la misma se haya realizado por un profesional médico legalmente habilitado en la especialidad correspondiente y dentro de un Establecimiento Asistencial autorizado, de acuerdo con la definición de las Condiciones Generales de esta póliza.

Los beneficios podrán utilizarse durante cada año póliza tantas veces como sean necesarios por enfermedades o accidentes diferentes cubiertos por esta póliza, y siempre que las intervenciones quirúrgicas sean ordenadas y efectuadas por un médico de la especialidad legalmente habilitado. Si en el curso de una intervención quirúrgica se efectuaren dos o más por una o varias vías, se indemnizará, el cien por cien (100%) de la intervención de mayor valor y el cincuenta por ciento (50%) de la segunda intervención de mayor valor.

Si una operación se hubiese podido efectuar durante el curso de una intervención quirúrgica inicial, y no se efectuase antes de transcurridos treinta (30) días desde la fecha de dicha intervención, tal operación no estará cubierta por esta cláusula, salvo que comprobadas complicaciones de salud hayan impedido su realización en el plazo mencionado.

Si un tratamiento quirúrgico se efectuase mediante intervenciones repetidas por programación o secuelas, éstas serán consideraras como una sola intervención a los efectos de la indemnización.

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) Toda intervención que no se encuentre incluida en el Artículo 4º) Listado Beneficios Previstos para Intervenciones Quirúrgicas.
- b) Cirugías cosméticas y/o plásticas, excepto aquellas para las que se compruebe que poseen finalidad reparadora de una función afectada por eventos cubiertos por esta póliza.
- c) Tratamientos de obesidad y/o rejuvenecimiento, en sus diversas modalidades.
- d) Intervenciones quirúrgicas ilícitas o de carácter experimental o realizadas en instituciones o por personal no habilitados legalmente, teniendo conocimiento de tales circunstancias.
- e) Embarazo, parto natural o cesárea, aborto, esterilización y procedimientos anticonceptivos, así como consecuencia que se deriven de ellos. Tratamientos de fertilidad, impotencia y frigidez.
- f) Toda intervención con fines diagnósticos.
- g) Toda intervención que no sea realizada bajo la aplicación de anestesia general o peridural, con excepción de aquéllas específicamente incluidas en el capítulo de Oftalmología.
- h) Toda intervención que no requiera la confección de parte quirúrgico y parte anestésico dentro de una historia clínica.

Artículo 4º) Listado Beneficios Previstos para Intervenciones Quirúrgicas

Descripción - Suma Asegurada - Código del Nomenclador Nacional
Operaciones en el sistema nervioso

- Tratam. Quir. Encefalomeningocele - SA 3 - 01.01.01
- Tratam. Quir. Craneostenosis - SA 3 - 01.01.02
- Craneoplastias con injerto óseo - SA 3 - 01.01.03
- Reducción abierta fractura de cráneo - SA 3 - 01.01.04
- Escisión lesión huesos cráneo - SA 3 - 01.01.05
- Descompresión orbitaria unilateral - SA 3 - 01.01.06
- Ventriculocisternostomias - SA 3 - 01.02.01
- Colocación válvulas derivación. Holster - SA 3 - 01.02.02
- Revisión válvulas derivativas. Intracraneana. - SA 3 - 01.02.03
- Lobectomía parcial o total - SA 2 - 01.02.04
- Tractotomía espinotalámica - SA 2 - 01.02.05
- Tratamiento Quirúrgico de Aneurisma Intracraneal - SA 2 - 01.02.06
- Punción colección intercerebral - SA 3 - 01.02.07
- Craneotomía exploradora - SA 2 - 01.02.08
- Reparación plástica senos craneales - SA 3 - 01.02.09
- Escisión neoplasia intracraneana - SA 2 - 01.02.10
- Drenaje ventricular continuo - SA 3 - 01.02.11
- Extracción tubos en operaciones derivativas.. - SA 5 - 01.02.12
- Intervenciones estereotáxicas - SA 2 - 01.02.13
- Punción ventricular por trepanación - SA 3 - 01.02.14
- Hipofisectomía - SA 3 - 01.02.16
- Reparación mielomeningocele - SA 3 - 01.03.01
- Tratamiento Quirúrgico Complejo vertebromeningomedular -
(Incluye discectomía con artrodesis) - SA 3 - 01.03.02
- Ligadura aneurismas medulares - SA 3 - 01.03.03
- Cordotomía espinotalámica - SA 3 - 01.03.04
- Rizotomía, radicotomía posterior - SA 3 - 01.03.05
- Sección de ligamentos dentados - SA 3 - 01.03.06
- Neurotomía retrogaseriana trigeminal - SA 3 - 01.04.01
- Neurolisis transoval del trigémino - SA 6 - 01.04.02

Neurotomía del intermediario, vestibular o glosofaríngeo - SA 3 -
01.04.03
Intervenciones nervios ópticos - SA 3 - 01.04.04
Neurotomía supra/infraorbitario - SA 6 - 01.04.05
Neurotomía selectiva facial o del glosofaríngeo. - SA 5 - 01.04.06
Injerto/anastomosis facial, hipogloso, espinal y similares - SA 4 -
01.04.07
Tratamiento Quirúrgico del plexo cervicobraquial - SA 3 - 01.05.01
Tratamiento Quirúrgico del plexo lumbosacro - SA 3 - 01.05.02
Transposición del cubital - SA 4 - 01.05.04
Simpatectomía cervical - SA 3 - 01.06.01
Simpatectomía torácico - SA 3 - 01.06.02
Simpatectomía lumbar - SA 3 - 01.06.03
Resección plexos hipogástricos - SA 3 - 01.06.04
Simpatectomía periarterial carotídea, femoral - SA 3 - 01.06.05
Operaciones en el aparato de la vision - -
Exéresis contenido órbita - SA 4 - 02.01.01
Neurotomía del nervio óptico - SA 5 - 02.01.02
Orbitotomía - SA 5 - 02.01.03
Reparación plástica órbita - SA 4 - 02.01.05
Enucleación o evisceración globo ocular - SA 5 - 02.01.06
Aspiración, lavado e implante vitreo - SA 5 - 02.01.07
Vitreotomía - SA 5 - 02.01.08
Suplantamiento del recto izquierdo - SA 5 - 02.01.10
Exenteración del contenido orbitario y resección total maxilar.
superior - SA 4 - 02.01.11
Reconstrucción total del párpado - SA 4 - 02.02.01
Conjuntivoplastia - SA 6 - 02.03.01
Escisión de lesión conjuntiva - SA 6 - 02.03.02
Peritectoria - SA 6 - 02.03.04
Queratoplastia laminar - SA 3 - 02.04.01
Sutura de Córnea como única intervención. - SA 6 - 02.04.03
Sutura herida de córnea - SA 6 - 02.04.06
Tratamiento Quirúrgico del Glaucoma - SA 4 - 02.05.01
Iridotomía, coreoplastia, iridectomía - SA 5 - 02.05.02
Iridociclectomía o ciclectomía - SA 4 - 02.05.03
Retinopexia, esclerectomía implante - SA 4 - 02.06.03
Retinopexia y esclerectomía - SA 4 - 02.06.04
Retinopexia - Diatermia - Crio, etc. - SA 5 - 02.06.05
Esclerectomía, extracción cuerpo extraño - SA 5 - 02.06.06
Capsulotomía - SA 6 - 02.07.03
Dacriocistorrinostomía - SA 5 - 02.08.01
Escisión de glándula lagrimal - SA 6 - 02.08.02
Operaciones Otorrinolaringológicas - -
Reconstrucción pabellón auricular con injerto de cartilago y piel -
SA 5 - 03.01.01
Otoplastia pabellón auricular - SA 5 - 03.01.02
Otoplastia de lóbulo hendido - SA 5 - 03.01.03
Escisión completa de pabellón - SA 5 - 03.01.04
Cirugía agenesia conducto auditivo externo. - SA 3 - 03.01.06
Resección de osteoma - SA 6 - 03.01.07
Exéresis de coloboma auris - SA 6 - 03.01.08
Miringoplastia - SA 5 - 03.02.01
Timpanoplastia - SA 4 - 03.02.02

Cirugía plástica por agen. oído medio - SA 4 - 03.02.04
Movilización del estribo - SA 5 - 03.02.05
Estapedectomía - SA 5 - 03.02.06
Mastodectomía - SA 5 - 03.02.07
Petrectomía subtotal - SA 4 - 03.02.08
Cirugía de glomus yugularis - SA 3 - 03.02.10
Cirugía 2da.y 3era porciones del nervio facial - SA 3 - 03.02.11
Laberintectomía - SA 4 - 03.03.01
Fenestración conducto semicircular externo - SA 4 - 03.03.02
Cirugía del saco endolinfático - SA 3 - 03.03.03
Cirugía conducto aud. interno. - SA 3 - 03.03.04
Tratamiento Quirúrgico fractura del peñasco - SA 4 - 03.03.05
Tratamiento Quirúrgico neurinoma del acústico - SA 3 - 03.03.06
Tratamiento Quirúrgico de la atresia de coanas - SA 4 - 03.04.01
Resección total de nariz - SA 5 - 03.04.02
Tratamiento Quirúrgico del rinofima - SA 6 - 03.04.04
Escisión tumores endonasales (incluye tratamiento laser) - SA 6 -
03.04.05
Rinoplastia con Injerto cutáneo - SA 5 - 03.04.08
Septumplastía por implan. cartílago - SA 6 - 03.04.09
Septumplastia por perforación o Implante acrílico en Fosas nasales -
SA 6 - 03.04.10
Resección de tabique nasal - SA 6 - 03.04.11
Reparación quirúrgica de fístula de LCR - SA 4 - 03.05.01
Sinusotomía combinada - SA 5 - 03.05.02
Sinusotomía comb.frontal etm./Esfen. - SA 5 - 03.05.03
Sinusotomía radical frontal - SA 5 - 03.05.04
Sinusotomía esfenoidal - SA 6 - 03.05.06
Etmoidectomía interna - SA 6 - 03.05.08
Cirugía de tumores etmoidales - SA 5 - 03.05.09
Sinusotomía maxilar radical unilateral. - SA 5 - 03.05.10
Sinusotomía maxilar radical bilateral. - SA 4 - 03.05.11
Sinusotomía maxilar simple unilateral. - SA 6 - 03.05.12
Sinusotomía maxilar simple bilateral. - SA 6 - 03.05.13
Cierre fístula oral seno maxilar - SA 5 - 03.05.14
Cirugía fosa pterigomaxilar - SA 3 - 03.05.16
Operación comando de laringe - SA 3 - 03.06.01
Laringofaringectomía - SA 3 - 03.06.02
Laringectomía total - SA 4 - 03.06.03
Laringectomía Parcial - SA 4 - 03.06.04
Laringoplastía - SA 4 - 03.06.05
Laringotomía mediana, inferior - SA 6 - 03.06.06
Microcirugía de Laringe - SA 6 - 03.06.08
Gingivectomía parcial (tumores) - SA 5 - 03.07.03
Gingivectomía total ampliada (tumores) - SA 5 - 03.07.04
Operación comando de encía - SA 4 - 03.07.05
Parotidectomía total - SA 3 - 03.08.01
Operación comando de parótida - SA 3 - 03.08.02
Parotidectomía lobulo superf. - SA 5 - 03.08.03
Escisión radical glándula submaxilar - SA 4 - 03.08.04
Operación comando glándula submaxilar - SA 3 - 03.08.05
Operación comando piso de boca - SA 3 - 03.09.01
Escisión ampliada mucosa yugal - SA 4 - 03.09.02
Estomatoplastia con injerto - SA 5 - 03.09.03

Cierre de fístula externa de boca - SA 6 - 03.09.05
 Operación comando de lengua - SA 3 - 03.11.01
 Glosectomía subtotal - SA 5 - 03.11.02
 Glosoplastia - SA 5 - 03.11.04
 Palatoplastia - SA 5 - 03.12.01
 Resección parcial de paladar - SA 5 - 03.12.02
 Resección total de paladar - SA 4 - 03.12.03
 Resección total paladar con injerto - SA 3 - 03.12.04
 Operación comando de paladar - SA 3 - 03.12.05
 Escisión o electrocuagulación de amígdala lingual - SA 6 - 03.13.02
 Operación comando de faringe - SA 3 - 03.13.04
 Faringoplastia - SA 4 - 03.13.05
 Faringectomía parcial (tumores) - SA 4 - 03.13.06
 Escisión en la faringe - SA 3 - 03.13.07
 Escisión radical lesión nasofaringe - SA 5 - 03.13.12
 Operaciones en el Sistema Endocrino - -
 Operación comando de tiroides - SA 3 - 04.01.01
 Tiroidectomía Total con vaciamiento ganglionar. - SA 3 - 04.01.02
 Tiroidectomía total - SA 4 - 04.01.03
 Tiroidectomía subtotal, hemitiroidectomía. - SA 5 - 04.01.04
 Extirpación quiste tirogloso - SA 5 - 04.01.05
 Paratiroidectomía - SA 4 - 04.01.08
 Adrenalectomía bilateral - SA 3 - 04.02.01
 Adrenalectomía unilateral - SA 4 - 04.02.02
 Hipofisectomía transeptoefenoidal - SA 3 - 04.03.01
 Operaciones en el Torax - -
 Resección pleura parietal, costillas, músculos. - SA 3 - 05.01.01
 Toracoplastia total - SA 3 - 05.01.02
 Toracoplastia - SA 4 - 05.01.03
 Resección total del esternón - SA 4 - 05.01.04
 Traqueoplastia - SA 3 - 05.02.01
 Traqueorrafia (acceso cervical) - SA 5 - 05.02.03
 Traqueoplastia ,acceso torácico, broncoplastia. - SA 3 - 05.03.01
 Broncotomía, broncorrafia - SA 4 - 05.03.02
 Cavernostomía - SA 5 - 05.03.03
 Cierre fístula broncocutánea - SA 4 - 05.03.04
 Lobectomía, bilobectomía o neumonectomía - SA 3 - 05.04.01
 Escisión local lesión pulmonar - SA 4 - 05.04.02
 Operaciones en el mediastino - SA 3 - 05.04.03
 Toracotomía amplia exploradora - SA 4 - 05.04.06
 Biopsia de grasa preescalénica - SA 6 - 05.04.10
 Decorticación pulmonar - SA 3 - 05.04.12
 Segmentectomía - SA 3 - 05.04.13
 Resección enfisema bulloso bilateral. - SA 3 - 05.04.15
 Operaciones en la Mama - -
 Mastectomía radical - SA 4 - 06.01.01
 Mastectomía subradical - SA 4 - 06.01.02
 Mastectomía simple - SA 5 - 06.01.03
 Mastectomía subcutánea. Adenomastectomía - SA 5 - 06.01.04
 Cuadrantectomía mamaria ¿ mama supernumeraria ¿
 ginecomastia - mama axilar (uni o bilateral) - SA 6 - 06.01.09
 Reconstrucción mamaria con vaciamiento axilar - SA 4 - 06.01.12
 Cuadrantectomía mamaria con vaciamiento axilar - SA 4 - 06.01.50
 Operaciones en el Sistema Cardiovascular - -

Cirugía de grandes troncos arteriovenosos de la cavidad torácica. -
SA 3 - 07.03.01
Tratamiento quirúrgico de aneurisma de aorta toraco-abdominal. -
SA 3 - 07.03.02
Tratamiento Quirúrgico de aorta abdominal - SA 3 - 07.04.01
Cirugía de las ramas viscerales de la aorta abdominal y troncos ilíacos
(anastomosis) - SA 3 - 07.04.02
Derivación aorto o ilíaco femoral unilateral - SA 3 - 07.04.03
Derivación aorto bifemoral - SA 3 - 07.04.04
Derivación aorto iliáco uni-bilateral - SA 3 - 07.04.05
Otras derivaciones en cavidad abdominal - SA 4 - 07.04.06
Anastomosis porto-cava - SA 3 - 07.04.07
Cirugía de la vena cava: ligadura - SA 5 - 07.04.08
Colocación de filtro (en vena cava por vía endovenosa). - SA 6 - 07.04.09
Cirugía de la arteria carótida o de la vertebral. - SA 3 - 07.05.01
Sutura o ligadura de vasos profundos del cuello. - SA 4 - 07.05.02
Glomectomía tumor de glomus carotídeo - SA 4 - 07.05.03
Embolectomía de arterias periféricas - SA 5 - 07.06.01
Tromboendarterectomía de vasos periféricos con o sin arterioplastia.
- SA 4 - 07.06.02
By Pass de vasos periféricos con injerto venoso - SA 3 - 07.06.03
By Pass de vasos periféricos con injerto sintético - SA 3 - 07.06.04
Aneurisma de las fistulas arterio venosas - SA 3 - 07.06.05
Shunt o Fistula Arteriovenosa para Hemodialisis - SA 5 - 07.06.07
Trombectomía venosa profunda - SA 5 - 07.06.11
Operaciones en el Aparato Digestivo y Abdomen - -
Esofaguectomía total y reconstrucción - SA 3 - 08.01.01
Esofaguectomía segmentaria - SA 3 - 08.01.02
Esofaguectomía total-único tratamiento. - SA 3 - 08.01.03
Reemplazo de esófago - SA 3 - 08.01.04
Esófagogastroplastia - SA 3 - 08.01.05
Esófagogastroanastomosis - SA 3 - 08.01.06
Tratamiento de la atresia esofágica - SA 3 - 08.01.07
Esofagotomía exploradora - SA 3 - 08.01.08
Escisión de divertículo esofágico intratorácico. - SA 3 - 08.01.09
Esofagotomía o esofagorrafia - SA 4 - 08.01.10
Escisión de divertículo de esofágico cervical. - SA 3 - 08.01.11
Intubación esófago-gastrotomía - SA 5 - 08.01.12
Colocación de tubo de Soutard - SA 5 - 08.01.13
Operaciones para hemostasia directa - SA 4 - 08.01.14
Hernioplastia diafragmática - SA 3 - 08.02.02
Hernioplastia inguinal, crural; umbilical, de la línea media -
SA 5 - 08.02.03
Tratamiento Quirúrgico onfalocele - SA 4 - 08.02.04
Hernioplastia bilateral - SA 5 - 08.02.05
Eventración hernia recidivada - SA 5 - 08.02.06
Cierre pared abdominal por evisceración. - SA 5 - 08.02.07
Laparatomía exploradora - SA 5 - 08.02.08
Enterolisis - SA 5 - 08.02.09
Escisión tumor retroperitoneal - SA 3 - 08.02.13
Drenaje de absceso subfrénico - SA 5 - 08.02.14
Gastrectomía total - SA 3 - 08.03.01
Gastrectomía subtotal - SA 3 - 08.03.02
Gastrostomía (exploración) - SA 5 - 08.03.03

Gastrostomía - SA 6 - 08.03.04
Gastrorrafia - SA 4 - 08.03.05
Gastroduodeno/yeyunostomía - SA 4 - 08.03.06
Vagotomía con piloroplastía - SA 4 - 08.03.07
Piloromiotomía-piloroplastia - SA 4 - 08.03.08
Cierre gastroenteroanastomosis - SA 4 - 08.03.09
Cierre de fístula gástrica - SA 4 - 08.03.10
Cierre de gastrostomía u otra fistula externa de estomago. - SA 4 - 08.03.11
Enterectomía de yeyuno o ileon - SA 4 - 08.04.01
Enterectomía, enterostomía - SA 5 - 08.04.03
Derivaciones Intestinales internas - SA 4 - 08.04.04
Operación plástica ileostomía - SA 5 - 08.04.05
Plicatura de intestino delgado - SA 5 - 08.04.06
Cirugía de cierre de fístula enterocutanea - SA 4 - 08.04.07
Desinvolución o desinvaginación intestinal. - SA 4 - 08.04.08
Colectomía total con restitución tránsito - SA 3 - 08.05.01
Colectomía total con ileostomía - SA 3 - 08.05.02
Hemicolectomía - SA 3 - 08.05.03
Colectomía segmentaria ¿ Operación de Hatmann - SA 4 - 08.05.04
Resección anterior de colon - SA 4 - 08.05.05
Colon protectomía total - SA 3 - 08.05.08
Proctosigmoidectomía - SA 3 - 08.05.09
Proctosigmoidectomía abdomino perineal ¿ Operación de Miles - SA 3 - 08.05.10
Proctectomía - SA 4 - 08.05.11
Proctectomía con prostatectomía o colpectomía. - SA 4 - 08.05.12
Rectotomía, sigmoidectomía vía abdominal. - SA 5 - 08.05.13
Proctectomía con descompresión - SA 5 - 08.05.14
Descenso transanal - SA 4 - 08.05.15
Colostomía temporio o definitivo.Cierre colostomia. - SA 5 - 08.05.21
Lobectomía hepática - SA 3 - 08.07.01
Segmentectomía - SA 3 - 08.07.02
Hepatectomía parcial - SA 3 - 08.07.03
Hepatostomía - SA 4 - 08.07.04
Sutura de hígado (traumatismo, desgarro, herida) - SA 5 - 08.07.05
Biopsia hígado por laparatomía - SA 5 - 08.07.06
Colecistectomía o colecistostomía - SA 5 - 08.07.08
Colecistectomía con o sin coledocotomía - SA 5 - 08.07.09
Sección de ampolla de Vater transduodenal-papilotomía - SA 3 - 08.07.10
Coledocotomía como única intervención - SA 4 - 08.07.11
Anastomosis biliodigestivas simples - SA 4 - 08.07.12
Anastomosis biliodigestivas complejas - SA 4 - 08.07.13
Reoperación sobre la vía biliar - SA 4 - 08.07.14
Extracción instrumental completa de cálculos coledocianos - SA 6 - 08.07.15
Duodenopancreatectomía - SA 3 - 08.08.01
Anastomosis pancreaticodigestivas - SA 3 - 08.08.02
Escisión local lesión de páncreas - SA 4 - 08.08.03
Pancreatectomía corporocaudal esplenopancreatectomía corporocaudal - SA 3 - 08.08.04
Sutura de páncreas - SA 5 - 08.08.05
Esplenectomía total o segmentaria, esplenorrafia - SA 4 - 08.09.01
Operaciones en los vasos y ganglios linfáticos - -

Linfadenectomía cervical axilar o inguinal radical, unilateral. -
SA 4 - 09.01.01
Linfadenectomía cervical., axilar o inguinal bilateral - SA 4 - 09.01.02
Escisión lesión conductos linfáticos. Linfagioma Higroma -
SA 5 - 09.01.03
Drenaje seno linfático-derivación - SA 5 - 09.01.04
Operaciones en el aparato urinario y genital masculino - -
Nefrectomía total - SA 3 - 10.01.01
Nefrectomía parcial - SA 3 - 10.01.02
Nefroureterectomía total con cistectomía parcial - SA 3 - 10.01.03
Nefrotomía, nefrostomía nefropexia - SA 4 - 10.01.04
Cirugía vasculorrenal - SA 4 - 10.01.05
Lumbotomías - SA 5 - 10.01.07
Tratamiento Quirúrgico fístula lumbar con riñon funcionando -
SA 4 - 10.01.08
Pieloplastia del uréter - SA 4 - 10.01.10
Derivaciones ureterales a intestino in situ, a piel - SA 3 - 10.01.11
Derivaciones ureterales a porcion de intestestinales aisladas
reemplazo de ureter - SA 3 - 10.01.12
Ureterectomía parcial - SA 5 - 10.01.13
Pielotomía, pielolitotomía - SA 4 - 10.01.14
Tratamiento Quirúrgico de la litiasis ureteral - SA 4 - 10.01.15
Tratamiento Quirúrgico fístula ureterales - SA 4 - 10.01.16
Tratamiento Quirúrgico ureterocele - SA 4 - 10.01.17
Cistectomía total - SA 3 - 10.02.01
Cistectomía total con derivacion ureteral - SA 3 - 10.02.02
Cistectomía parcial - SA 4 - 10.02.03
Cistoplastía colon o ileocistoplastía, agrandamiento vesical -
SA 3 - 10.02.04
Cistosplastia por la extrofia vesical - SA 4 - 10.02.05
Trat. Quirúrgica fístula vesicointestinal, vesicovaginal o uterina -
SA 4 - 10.02.06
Trat. Quirúrgica fístula vesicocutánea - SA 5 - 10.02.07
Cistotomía a cielo abierto, sutura vesical. - SA 5 - 10.02.08
Resección endoscópica cuello vesical - SA 5 - 10.02.10
Tratamiento Quirúrgico incontinencia de orina vía abdominal -
SA 5 - 10.02.12
Tratamiento de la incontinencia orina ambas vías - SA 5 - 10.02.13
Uretroplastia - SA 5 - 10.03.02
Uretrotomía externa o interna - SA 6 - 10.03.03
Uretrorrafia: desgarró, herida - SA 5 - 10.03.04
Electrocuagulación, resección endoscópica de tumores uretrales -
SA 6 - 10.03.06
Prostatectomía radical - Braquiterapia - SA 3 - 10.04.01
Adenomectomía de próstata - SA 4 - 10.04.02
Reseccion de fibrosis y cicatrices del cuello de vejiga,
postadenomectomía. - SA 5 - 10.04.03
Resección endoscópica próstata/cuello - SA 5 - 10.04.04
Vesiculectomía - SA 6 - 10.04.05
Orquidectomía unilateral completa - SA 4 - 10.05.01
Orquidectomía subalbuginea bilateral - SA 5 - 10.05.02
Orquidectomía unilateral - SA 6 - 10.05.03
Orquidopexia unilateral - SA 5 - 10.05.04
Orquidopexia bilateral - SA 5 - 10.05.05

Tratamiento Quirúrgico hidrocele, varicocele etc. - SA 6 - 10.05.06
 Escrotoplastia - SA 6 - 10.05.08
 Epididimectomía bilateral - SA 6 - 10.06.01
 Epididimectomía unilateral - SA 6 - 10.06.02
 Epididimovasostomía - SA 5 - 10.06.03
 Amputación pene con vaciam.ganglionar - SA 4 - 10.07.01
 Amputación completa o parcial pene - SA 5 - 10.07.02
 Operación plástica del pene - SA 6 - 10.07.03
 Shunt caverno-esponjoso/safeno - SA 5 - 10.07.08
 Postioplastia (incluye fenulotomía - frenulotomía) - SA 6 - 10.07.09
 Operaciones en el Aparato Genital Femenino y Operaciones Obstétricas
 Ooforectomía unilateral (es la extirpación de ovario) - SA 5 - 11.01.01
 Ooforectomía bilateral - SA 5 - 11.01.01
 Ooforectomía con salpingectomía unilateral - SA 5 - 11.01.01
 Ooforectomía con salpingectomía bilateral - SA 5 - 11.01.01
 Cirugía comando de útero y anexos (operación de Whertheim Megs)
 - SA 3 - 11.02.01
 Exenteración pelviana - SA 3 - 11.02.02
 Histerectomía total - SA 4 - 11.02.03
 Histerectomía subtotal - SA 4 - 11.02.03
 Histerectomía con extirpación de un anexo - SA 4 - 11.02.03
 Anexo histerectomía total no radical - SA 4 - 11.02.03
 Anexo histerectomía con omentectomía - SA 4 - 11.02.03
 Anexo histerectomía no radical - SA 4 - 11.02.03
 Miomectomía uterina abdominal - SA 5 - 11.02.04
 Traquelectomía o conización. Videohisteroscopia terapéutica
 (con informe de Anat. Patológica) - SA 6 - 11.02.13
 Corrección quirúrgica del prolapso genital de 3er grado - SA 4 - 11.02.91
 Corrección quirúrgica del prolapso genital de 4to grado - SA 4 - 11.02.92
 Corrección quirúrgica del cistocele de 3er grado - SA 4 - 11.02.93
 Corrección quirúrgica del cistocele de 4to grado - SA 4 - 11.02.94
 Corrección quirúrgica del histerocele de 3er grado - SA 4 - 11.02.95
 Corrección quirúrgica del histerocele de 4to grado - SA 4 - 11.02.96
 Corrección quirúrgica del rectocele de 3er grado - SA 4 - 11.02.97
 Corrección quirúrgica del rectocele de 4to grado - SA 4 - 11.02.98
 Vulvectomía radical - SA 3 - 11.03.12
 Vulvectomía simple - SA 5 - 11.03.13
 Operaciones en el sistema músculo esquelético - -
 Osteoplastia de columna - SA 3 - 12.02.01
 Osteoplastia húmero, tarso, etc. - SA 6 - 12.02.02
 Osteoplastia fémur, calcáneo, etc. - SA 5 - 12.02.03
 Osteoplastia clavícula, etc. - SA 6 - 12.02.04
 Osteosíntesis de columna - SA 3 - 12.03.01
 Osteosíntesis húmero, fémur, etc. - SA 5 - 12.03.02
 Osteosíntesis cúbito, tarso, etc. - SA 5 - 12.03.03
 Osteosíntesis clavícula, esternón, etc. - SA 6 - 12.03.04
 Incis./Resec.vértebras, sacro, etc. - SA 3 - 12.04.01
 Incis./Resec.coxal, fémur, húmero - SA 5 - 12.04.02
 Incis./Resec.cúbito,tibia, etc. - SA 5 - 12.04.03
 Incis./Resec.clavícula, rótula, etc. - SA 6 - 12.04.04
 Resec. total húmero, isquion, etc. - SA 4 - 12.05.01
 Resec. total fémur, húmero, etc. - SA 4 - 12.05.02
 Resec. total cúbito, tarso, etc. - SA 4 - 12.05.03
 Resec. total clavícula, rótula, etc. - SA 5 - 12.05.04

Osteotomía fémur, tibia, etc. - SA 4 - 12.06.01
 Osteotomía húmero, tarso, etc. - SA 5 - 12.06.02
 Osteotomía metacarpiano, etc. - SA 5 - 12.06.03
 Reparación de clavícula - SA 6 - 12.07.01
 Reparación de húmero - SA 5 - 12.07.02
 Reparación de cúbito, carpo, etc. - SA 5 - 12.07.03
 Reparación de metacarpiano - SA 5 - 12.07.04
 Reparación una o más falanges - SA 6 - 12.07.05
 Reparación fémur, tibia, peroné - SA 4 - 12.07.06
 Reparación de astragalo, etc. - SA 5 - 12.07.07
 Reparación metatarsiano, etc. - SA 5 - 12.07.08
 Artrotomía sacro-ilíaca,condro-costal,codo, tobillo, etc. -
 SA 6 - 12.09.01
 Artrotomía hombro, cadera, rodilla ; Artroscopia simple -
 menisectomía - SA 5 - 12.09.02
 Artroplastía muñeca, pie, etc. - SA 4 - 12.10.03
 Artroplastia carpo, tarso, etc. - SA 4 - 12.10.04
 Artroplastia acromio-clavícula, etc. - SA 5 - 12.10.05
 Artrodesis columna (-3 vértebra) - SA 3 - 12.11.01
 Artrodesis columna (+3 vértebra), etc. - SA 3 - 12.11.02
 Artrodesis de hombro, codo - SA 4 - 12.11.03
 Artrodesis muñeca, tarso, etc. - SA 5 - 12.11.04
 Doble artrodesis (Chopart-Suba) - SA 4 - 12.11.05
 Triple artrodesis (TT-Cho-Suba) - SA 4 - 12.11.06
 Artrodesis metacarpo-falang. etc. - SA 6 - 12.11.07
 Sutura artic. muñeca, tarso, etc. - SA 6 - 12.12.01
 Sutura artic. cadera, rodilla, etc. - SA 5 - 12.12.02
 Sutura artic. metac.-falángica, etc. - SA 6 - 12.12.03
 Trat. incr. luxac. de columna - SA 6 - 12.13.01
 Trat. incr. luxac. cadera,rodilla, etc. - SA 6 - 12.13.02
 Trat. incr. luxac. clavícula, tobillo - SA 6 - 12.13.03
 Trat. Quir. luxac. de columna - SA 3 - 12.13.05
 Trat. Quir. luxac. cadera, rodilla - SA 4 - 12.13.06
 Trat. Quir. luxac. clavíc.Tobillo,etc. - SA 5 - 12.13.07
 Trat. Quir. luxac. metac-falángica, etc. - SA 6 - 12.13.08
 Miectomías con vaciamiento celda - SA 5 - 12.14.01
 Incisión/escis./biops./sut.músculos - SA 6 - 12.14.02
 Tenorrafia flexor muñeca, mano - SA 6 - 12.15.02
 Tenoplastía flexor muñeca, mano - SA 5 - 12.15.03
 Tenorrafia extens. muñeca, mano - SA 6 - 12.15.04
 Tenoplastía extens. muñeca, mano - SA 5 - 12.15.05
 Tenorrafia de otro tendón - SA 6 - 12.15.06
 Tenoplastía de otro tendón/artroscopia ligamentoplastía artroscópica -
 SA 5 - 12.15.07
 Trat. Quir. tendón secuela parálisis(poliomielitis) - SA 4 - 12.15.08
 Escisión ganglión - SA 6 - 12.15.09
 Amputación interescapulotorácica - SA 3 - 12.16.01
 Amputación de hombro - SA 4 - 12.16.02
 Amputación de brazo, muñeca, etc. - SA 5 - 12.16.03
 Amputación interileoabdominal - SA 3 - 12.16.04
 Amputación de cadera - SA 4 - 12.16.05
 Amputación de muslo o rodilla - SA 4 - 12.16.06
 Amputación de pie o pierna - SA 5 - 12.16.07
 Amputación de dedo de la mano - SA 6 - 12.16.08

Amputación de dedo del pie - SA 6 - 12.16.09
 Dissectomía cervical, dorsal, lumbar - SA 3 - 12.17.01
 Dissectomía con artrodesis (Incluye tratamiento quirúrgico del complejo vertebromeningomedular) - SA 3 - 12.17.02
 Tenotomía y/o fasciotomías tratamiento de la tortícolis - SA 6 - 12.17.04
 Operaciones hueso supraclavicular - SA 5 - 12.17.05
 Trat.Quirurgico luxación inveterada hombro - SA 5 - 12.17.06
 Trat.Quirurgico Dupuytren aponeurotomía - SA 5 - 12.17.07
 Trat.Quirurgico Dupuytren aponeurectomía - SA 5 - 12.17.08
 Trat.Quirurgico Dupuytren aponeurec.-inj. - SA 4 - 12.17.09
 Trat.Quirurgico. sindactilia un spac. Sin injerto. - SA 6 - 12.17.10
 Trat.Quirurgico sindactilia un spac. Con injerto. - SA 5 - 12.17.11
 Reconstrucción total pulgar - SA 4 - 12.17.12
 Reconstrucción parcial pulgar - SA 4 - 12.17.13
 Trat.Quirurgico de epifisiolisis de cadera - SA 4 - 12.17.17
 Trat.Quirurgico luxación traumática cadera - SA 4 - 12.17.18
 Cuadricepsplastía - SA 4 - 12.17.19
 Trat.Quirurgico luxación recidivante rótula - SA 6 - 12.17.20
 Seudoexostosis de Haglund - SA 6 - 12.17.24
 Trat.Quirurgico del pie hendido - SA 5 - 12.17.25
 Trat.Quirurgico compl. Hallux Valgus simple - SA 5 - 12.17.26
 Trat.Quirurgico dedo en garra, martillo etc. - SA 6 - 12.17.27
 Hallux Valgus unilateral completo - SA 5 - 12.17.30
 Operaciones en la piel y tejido celular subcutáneo - -
 Escisión de Quiste dermoideo sacrococcigeo - SA 6 - 13.01.01
 Escisión amplia de lesión de Piel (Tumor maligno) - SA 6 - 13.01.02
 Escisión radical angioma cavernoso - SA 6 - 13.01.03
 Escisión de Lipoma gigante (con anatomía patológica) - SA 6 - 13.01.13
 Prestaciones No Nomencladas - -
 Litotricia extracorpórea (máximo de 3 por año) - SA 4 - 50.01.00
 Extracción de cuerpo extraño por vía endoscópica alta o baja (pólipo, biopsia) - SA 6 - 50.01.01
 Extracción de cálculos urinarios por endoscopia o microcirugía o vía Percutánea ureterales o pélvicos - SA 4 - 50.01.02
 Extracción de cálculos vesicales por endoscopia o microcirugía o vía percutánea - SA 5 - 50.01.03
 Polipectomía endoscópica - SA 6 - 50.01.04
 Colocación de Stent (esófago, vía biliar, várices o esclerosis) - SA 5 - 50.01.05
 Colocación de catéter doble J ¿ ncluye extracción - SA 5 - 50.01.06
 Extracción de cálculos coledocianos por colangiografía retrógrada esdoscópica + papilotomía - SA 5 - 50.01.07
 Operaciones en el Sistema Cardiovascular - -
 Septostomía interauricular. Cardiotomía, Valvulotomía, Pericardiectomía. - SA 3 - 07.01.01
 Septostomía con balón. - SA 3 - 07.01.02
 Colocación marcapaso definitivo. Endocavitario. - SA 5 - 07.01.03
 Colocación marcapaso definitivo. Epicárdico. - SA 5 - 07.01.04
 Cambio generador de marcapaso definitivo. - SA 5 - 07.01.05
 Cardiorrafia - SA 4 - 07.01.08
 Pericardiotomia, exploracion., drenaje, etc. - SA 4 - 07.01.09
 Biopsia de pericardio - SA 5 - 07.01.10
 Cardiopatía congénita - SA 1 - 07.02.01
 Trat.Quirurgico cardiopatías con hipotermia - SA 1 - 07.02.02

Reemplazo válvula cardíaca - SA 1 - 07.02.03
Doble reemplazo valvular - SA 1 - 07.02.04
Reemplazo valvular y plástica de otra - SA 1 - 07.02.05
Cierre de defectos septales - SA 1 - 07.02.06
Trat. Quirurgico. de aneurismas de aorta abdominal ;
endoprótesis de aorta - SA 1 - 07.02.07
Aneurismas de aorta descendente - SA 1 - 07.02.08
Revascularizacion Coronaria - SA 1 - 07.02.09/10
Resección de aneurisma ventricular - SA 1 - 07.02.11
Resección de aneurisma con cirugía de revascularización - SA 1 - 07.02.12
Safenectomía Interna y/o Externa - SA 5 - 07.06.12
Safenectomía Interna - Tratamiento - SA 5 - 07.06.13
Operación de Linton, Gockett - SA 5 - 07.06.14
Flebotomía segmentaria - SA 6 - 07.06.16
Angioplastía transluminal coronaria - SA 3 - 07.08.01
Angioplastía transluminal periférica o renal - SA 3 - 07.08.02
Artroplastía - -
Artroplastía de cadera - SA 3 - 12.10.01
Artroplastía de rodilla - SA 4 - 12.10.02
Operaciones del Cristalino - -
Extracción del cristalino - SA 5 - 02.07.01
Extracción masas cristaliniánas - SA 5 - 02.07.02
Operaciones Endovasculares - -
Angioplastía de arteria pulmonar: - SA 3 - 50.01.10
Angioplastía de coartación de aorta: - SA 3 - 50.01.11
Angioplastía Carotídea: - SA 3 - 50.01.12
Angioplastía Cerebral: - SA 2 - 50.01.13
Embolizaciones u oclusiones de fístulas coronarias, Pulmonares
o sistémicas arteriales o venosas. - SA 3 - 50.01.14
Embolizaciones Cerebrales: - SA 1 - 50.01.15
Embolizaciones Renales - SA 3 - 50.01.16
Embolizaciones de aneurismas cerebrales con balón o coils: -
SA 1 - 50.01.17
Embolizaciones de cara ,cráneo o cuello fístulas o angiomas: -
SA 3 - 50.01.18
Oclusión de ductus por cateterismo: - SA 2 - 50.01.19
Oclusión de ductus con ocluser (amplatzer) : - SA 1 - 50.01.20
Colocación de Stent arteriales o venosos *: - SA 3 - 50.01.21
Colocación de Stent en aneurisma de aorta *: - SA 2 - 50.01.22
Colocación de Stent en aneurismas iliacos o
arteriales periféricos *: - SA 3 - 50.01.23
Colocación de filtro en la vena cava * - SA 4 - 50.01.24
Ablación del Haz de Hiss por cateterismo - SA 3 - 50.01.25
*La colocación de stent incluye angioplastias del vaso o vasos.

SEGURO MODULAR DE SALUD ANUAL RENOVABLE
MÓDULO INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS
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 siniestros que se produzcan como consecuencia de:

- a) Toda intervención que no se encuentre incluida en el Listado Beneficios Previstos para Intervenciones Quirúrgicas.
- b) Cirugías cosméticas y/o plásticas, excepto aquellas para las que se compruebe que poseen finalidad reparadora de una función afectada por eventos cubiertos por esta póliza.
- c) Tratamientos de obesidad y/o rejuvenecimiento, en sus diversas modalidades.
- d) Intervenciones quirúrgicas ilícitas o de carácter experimental o realizadas en instituciones o por personal no habilitados legalmente, teniendo conocimiento de tales circunstancias.
- e) Embarazo, parto natural o cesárea, aborto, esterilización y procedimientos anticonceptivos, así como consecuencia que se deriven de ellos. Tratamientos de fertilidad, impotencia y frigidez.

- f) Toda intervención con fines diagnósticos.
- g) Toda intervención que no sea realizada bajo la aplicación de anestesia general o peridural.
- h) Toda intervención que no requiera la confección de parte quirúrgico y parte anestésico dentro de una historia clínica.

SEGURO MODULAR DE SALUD ANUAL RENOVABLE

MÓDULO INSUFICIENCIA RENAL

Artículo 1) Riesgo Cubierto

La Compañía pagará la Suma Asegurada consignada en las Condiciones Particulares cuando el Asegurado deba someterse a una terapia con o Diálisis Peritoneal como consecuencia de una Insuficiencia Renal Crónica, Terminal e Irreversible causada por una enfermedad o un accidente cubiertos.

Este beneficio será concedido a los Asegurados que se encuentren en condiciones de recibir tratamiento por Diálisis y siempre y cuando la indicación haya sido realizada por un profesional médico legalmente habilitado como tal, dentro de la especialidad Nefrología.

Artículo 2) Definición del Riesgo Cubierto

A los efectos de otorgar la indemnización bajo la presente póliza, se entenderá que Insuficiencia Renal Crónica Terminal es el fallo total permanente e irreversible de ambos riñones en su función específica, que hace necesario efectuar un tratamiento con diálisis por lo menos una vez por semana.

En todos los casos el diagnóstico deberá ser fehaciente y confirmado por un informe clínico, de laboratorio y anatomopatológico emanado de un médico legalmente habilitado para el ejercicio de la especialidad.

Artículo 3) 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:

Encontrarse el Asegurado con indicación formal de trasplante al momento de su ingreso o reingreso en la póliza, 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;

Hemodiálisis en casos agudos de Insuficiencia Renal de cualquier tipo no permanente.

Trasplante Renal, excepto que se hubiera incluido específicamente el Módulo respectivo.

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."