

SEGURO DE SALUD
CONDICIONES GENERALES

Artículo 1º - Ley de las Partes Contratantes

Las partes contratantes se someten a las disposiciones de la Ley de Seguros (Nº17.418) y a las de la presente póliza que la complementan o modifican, cuando ello es admisible.

Esta póliza consta de Condiciones Generales, Cláusulas Anexas y Condiciones Particulares.

En caso de no coincidir las Condiciones Generales y Cláusulas Anexas con las Condiciones Particulares se estará a lo que dispongan estas últimas.

Los derechos y obligaciones del Contratante, Tomador y/o Asegurado y de la Compañía, que se mencionan con indicación de los respectivos artículos de la Ley de Seguros, deben entenderse como simples enunciaciones informativas del contenido esencial de la Ley, la que rige en su integridad con las modalidades convenidas por las partes.

Artículo 2º - Reticencia o Falsa Declaración

Esta póliza ha sido extendida por la Compañía sobre la base de las declaraciones suscriptas por el Contratante o el Tomador y por los Asegurados Principales en sus respectivas solicitudes. Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Contratante o el Tomador o por los Asegurados Principales, aún hechas de buena fe, que a juicio de los peritos hubiera impedido el Contrato o la aceptación de los Seguros y/o Certificados Individuales respectivamente, o que hubiera modificado las condiciones de los mismos, si la Compañía hubiese sido cerciorada del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato o los Certificados de los Asegurados Principales, según el caso.

Artículo 3º - Riesgo Cubierto

El Asegurador se compromete al pago de los beneficios estipulados en las Cláusulas Adicionales correspondientes a cada póliza o certificado individual, en ocasión de que la persona designada en la misma como Asegurado sufra, durante la vigencia del seguro, alguna de las contingencias previstas en dichas Cláusulas.

Artículo 4º - Definiciones

Se entiende por:

- a) **Contratante o Tomador:** A la persona física o jurídica tomador de la póliza que suscribe el contrato de Seguro.
- b) **Asegurado Principal:** 1- A los empleados del Contratante, cuando se trate de una póliza colectiva cerrada, comprendiendo a los empleados, obreros, dueños, socios y directores de la Empresa o adherentes vinculados.
2- También serán Asegurados Titulares o Principales quienes tomen parte de una póliza, denominada en adelante para participantes de sistemas agrupados unidos por un interés común distinto al de contratar el seguro y que hayan aprobado los requisitos de selección determinados por el Asegurador y que a la fecha de inicio de vigencia de cada certificado no hubieran superado la edad máxima de ingreso indicada en las Condiciones Particulares.
3- Asegurados Individuales cuando se contrate bajo la modalidad de un seguro individual.
- c) **Asegurado Familiar:** A los miembros primarios de la familia del Asegurado Principal.
- d) **Miembros de Familia:** 1- Al cónyuge o conviviente del Asegurado Principal, quienes podrán incorporarse a los beneficios de la póliza hasta la edad máxima de ingreso indicada en las Condiciones Particulares. 2- A los hijos del Asegurado Principal, siempre y cuando sean solteros, no estén emancipados y se encuentren dentro de los rangos de edades indicadas en las Condiciones Particulares.
Se entiende por conviviente a la persona que no se encuentre unida al Asegurado Titular en matrimonio, pero que ha convivido con él en una relación de afectividad estable y pública por un período mínimo de dos años anteriores a su inclusión en el seguro, con excepción de los casos en que hubiera descendencia en común en los que no será exigido un período mínimo de convivencia.
- e) **Asegurado:** A los Asegurados Titulares o Principales y a los Asegurados Familiares.
- f) **Carencia:** Se define el concepto de carencia como el período de tiempo inicial, contado desde la fecha de inicio de vigencia de la póliza o del certificado individual, o de la fecha de incorporación al seguro según corresponda, durante el cual el Asegurado Principal y/o los Asegurados Familiares no poseen cobertura, pero sí la obligación de abonar primas.
Los períodos de carencia se establecen para cada enfermedad, práctica y/o Intervención Quirúrgica en las Condiciones Particulares correspondientes, los cuales no serán de aplicación para el caso de accidente.
- g) **Premio:** Es el importe a pagar por el Contratante, Tomador y/o Asegurado por la cobertura otorgada por la presente póliza a todos aquellos asegurados que la misma designe a tal efecto.
Para el caso de pólizas grupales y colectivas el mismo resultará de sumar los premios individuales, insertos en los Certificados Individuales que componen la póliza, y la suma de ellos figurará en las Condiciones Particulares de la misma, que correspondan según las edades de los Asegurados.
Para los seguros individuales, el premio que corresponda también según las edades de los Asegurados, figurará en las Condiciones Particulares.

Artículo 5º - Personas Asegurables

1. Pólizas Colectivas

Se consideran asegurables a todos los empleados del Contratante que a la fecha de emisión de esta póliza se encontraren en servicio activo.

Aquellos que a la iniciación del seguro no se encontraren en servicio activo, se considerarán asegurables a partir del día primero del mes siguiente a aquel en que reanuden su trabajo, previo cumplimiento de los requisitos de selección que determine la Compañía para su aceptación.

La Compañía se reserva el derecho de solicitar pruebas adicionales a la Declaración de Salud – completamente a su cargo – si de dicha declaración surgieran dudas acerca de la asegurabilidad del solicitante.

Los empleados que en el futuro ingresen al servicio del Contratante, adquirirán la calidad de asegurables desde el día primero del mes siguiente a la fecha en que cumplan tres meses de servicio activo y continuo, período que se considera como período de espera en el que no corresponde el pago de primas.

Se entiende por servicio activo el desempeño normal de tareas al servicio del Contratante por parte de los empleados que, en la fecha de emisión de la póliza, figuren en la lista de personal activo.

A los efectos del presente seguro serán asimilados a los empleados del Contratante los dueños únicos y/o socios y/o directores del Contratante. En tal caso, les serán aplicables todas las disposiciones que para ingreso o reingreso de los empleados se establece en el presente Artículo.

También se considerarán asegurables a los miembros de familia, según la definición del artículo anterior, siempre y cuando no pertenezcan al grupo formado por el Tomador.

Los empleados asegurados deberán notificar al Contratante, dentro de los quince (15) días de producida, cualquier circunstancia que origine variaciones en los asegurados miembros de la familia, cubiertos en la póliza.

2. Pólizas Grupales

Se consideran asegurables a la fecha de emisión de esta póliza, todas las personas integrantes del grupo regido por el Tomador, que cumplan con los requisitos de selección que determine la Compañía.

Las personas que en el futuro entren a formar parte del grupo, así como las que reingresen al mismo, también serán asegurables desde el momento en que cumplan los requisitos de selección que determine la Compañía para estos casos.

Asimismo, se consideran asegurables a los miembros de familia definidos en el artículo anterior, siempre y cuando no pertenezcan al grupo formado por el Tomador.

Los Asegurados Principales deberán notificar al Tomador, dentro de los quince (15) días de producida, cualquier circunstancia que origine variaciones en los asegurados miembros de la familia, cubiertos en la póliza.

3. Pólizas Individuales

Se consideran asegurables las personas que cumplimenten los requisitos de selección que determine la Compañía para estos casos, incluyendo al asegurado principal y a los miembros de familia.

Los Asegurados Principales deberán notificar a la Compañía, dentro de los quince (15) días de producida, cualquier circunstancia que origine variaciones en los asegurados miembros de la familia, cubiertos en la póliza.

Artículo 6º - Personas No Asegurables

No serán asegurables las personas que superen los 65 años de edad a la fecha de contratación del seguro, salvo pacto en contrario.

La restricción de edad establecida en el párrafo anterior, es aplicable tanto al Asegurado Principal, como a la persona a ser incorporada bajo la presente cobertura en calidad de cónyuge.

Artículo 7º - Inicio de Vigencia de la Póliza

Esta póliza adquiere fuerza legal desde las doce horas de la fecha de inicio de vigencia consignada en las Condiciones Particulares. Es de término anual, renovable automáticamente, de no mediar indicación contraria, la que deberá tenerse por comunicada 30 días antes de la fecha de renovación automática.

En el caso de pólizas individuales y de haberse diagnosticado al Asegurado alguno de los riesgos cubiertos, el Asegurador no podrá optar por la no renovación de la póliza.

En el caso de pólizas individuales, los nuevos miembros del grupo familiar del Asegurado:

- Por matrimonio: se incorporarán al seguro desde la fecha de enlace, siempre y cuando presenten la Solicitud dentro de los quince (15) días del mismo y cumplan con los requisitos de asegurabilidad exigidos por la Compañía.
- Por nacimiento: quedarán incorporados al seguro desde que tengan mas de 9 días de vida, siempre y cuando sean nominados dentro de los 15 días de la fecha mencionada.

En caso de que no se solicite dentro de los 15 días, se incorporarán a partir de las 12 hs. del primer día del mes siguiente a la presentación de la solicitud y de que hayan cumplido los requisitos de asegurabilidad exigidos por la compañía.

Artículo 8º - Opción de continuidad en el Seguro (aplicable únicamente en pólizas individuales)

Esta opción se instrumentará bajo la modalidad de la emisión de una nueva póliza, con idénticas condiciones que la anterior.

➤ Cónyuge del Asegurado Principal

En caso de fallecimiento del Asegurado Principal, el cónyuge supérstite podrá continuar con la cobertura, en las mismas condiciones pactadas a su inicio, constituyéndose éste en Asegurado Principal.

➤ Hijos del Asegurado Principal

Los Asegurados incorporados a la póliza en calidad de hijos del Asegurado Principal, perderán su condición de Miembros de Familia, en las siguientes situaciones:

1. Al cumplir los 21 años de edad o a consecuencia de independencia económica
2. Al contraer matrimonio

En ambos casos, podrán continuar con la cobertura en las mismas condiciones pactadas a su inicio, constituyéndose el hijo en Asegurado Principal. El cónyuge deberá cumplimentar los requisitos de selección que a tal fin determine la Compañía y los respectivos períodos de carencia. Asimismo, deberá abonar la prima respectiva.

➤ En todos los casos

Se exime al Asegurado Principal y/o Titular Adherente de cumplir con los requisitos de selección exigidos por la Compañía y los respectivos períodos de carencia. La prima a abonar será la correspondiente al Asegurado Principal.

Las opciones tendrán validez, si son ejercidas dentro de los treinta y un (31) días de ocurridos los hechos mencionados (fallecimiento del Asegurado Principal, y para los hijos: al cumplir 21 años de edad, matrimonio o independencia económica) y de abonada la prima correspondiente.

A fines de comprobar los hechos mencionados, la Compañía podrá solicitar la remisión del certificado de defunción, certificado de matrimonio o recibo de haberes –según el caso de que se trate-, dentro del plazo de treinta y un (31) días de ocurridos tales hechos.

Artículo 9º - Plazo para solicitar la incorporación al Seguro (exclusivo para pólizas grupales y colectivas)

Todo asegurable que desee incorporarse a una póliza, deberá solicitarlo por escrito, a través de la solicitud individual que para tales efectos proveerá la Compañía, dentro de los treinta (30) días contados desde la fecha en que fuera asegurable. Una vez aprobada la solicitud por la Compañía, entrará en vigor según lo establecido en el artículo 10º.

Los asegurables que soliciten su incorporación a esta póliza, fuera del término indicado, como asimismo los que vuelvan a solicitar su cobertura individual después de haberlo rescindido, deberán previamente cumplimentar las pruebas médicas y/o los requisitos de asegurabilidad que determine la Compañía y pagar los gastos que se originen para obtenerlas, a fin de que ésta considere su solicitud. Cumplidos los requisitos que se establecieron y siempre que resultaren satisfactorios a juicio de la Compañía, el asegurable quedará incorporado al seguro desde la fecha que prevé el Artículo 10º.

Los Asegurados Principales deberán notificar a la Compañía, o al Contratante o al Tomador, según el caso, dentro de los quince (15) días de producida, cualquier circunstancia que origine variaciones en los asegurados miembros de la familia, cubiertos en la póliza. En caso de no solicitar su incorporación dentro del plazo referido, serán aplicables las disposiciones del párrafo precedente.

Artículo 10º - Fecha de Entrada en vigor de cada Certificado Individual (exclusivo para pólizas grupales y colectivas)

Los asegurables que hubieran solicitado su incorporación a una póliza colectiva o grupal hasta las doce (12) horas del día fijado como comienzo de vigencia y la misma hubiera

sido aprobada por la Compañía, quedarán comprendidos en la póliza desde dicha fecha y hora.

Los asegurables que soliciten su incorporación a esta póliza con posterioridad al inicio de vigencia, quedarán comprendidos en la misma a partir de las doce (12) horas del día fijado en su certificado individual como fecha de inicio de vigencia del mismo.

Los nuevos miembros del grupo familiar:

- Por matrimonio: se incorporarán desde la fecha de enlace, siempre y cuando presenten la Solicitud dentro de los quince (15) días del mismo y cumplan con los requisitos de asegurabilidad exigidos por la Compañía.
- Por nacimiento: quedarán incorporados al seguro desde que tengan mas de 9 días de vida, siempre y cuando sean nominados dentro de los 15 días de la fecha mencionada.

En caso de que no se solicite dentro de los 15 días, se incorporarán a partir de las 12 hs. del primer día del mes siguiente a la presentación de la solicitud y de que hayan cumplido los requisitos de asegurabilidad exigidos por la compañía.

Artículo 11° - Cantidad de Asegurados Principales y Porcentaje Mínimo de Adhesión (no aplicable a pólizas individuales)

Es requisito primordial para que este seguro pueda mantenerse en vigencia, en las condiciones pactadas en materia de capitales asegurados y tarifa de primas, que tanto la cantidad de Asegurados Principales, como el porcentaje de los mismos con relación a los que se hallen en condiciones de ser incorporados al seguro, alcancen por lo menos a los mínimos indicados en las Condiciones Particulares de ésta póliza.

Si en un determinado momento no se reunieran los mínimos antes mencionados, la Compañía se reserva el derecho de reducir los beneficios asegurados y/o modificar la tarifa de primas aplicada en el próximo aniversario de la póliza. La Compañía notificará la decisión por escrito al Contratante o al Tomador con una anticipación mínima de treinta y un (31) días.

Artículo 12° - Elección del Establecimiento Asistencial

La elección del Establecimiento Asistencial (Sanatorio, Hospital, Clínica, Instituto, Policlínico, etc.) queda librada a la voluntad del Asegurado.

Es requisito indispensable que dichos Establecimientos se hallen legalmente autorizados, posean servicios de enfermería durante las 24 horas del día y estén equipados para cirugía mayor.

La Compañía no será responsable por los daños y perjuicios producidos por las personas intervinientes con motivo de los tratamientos y servicios médicos, como así tampoco de las Intervenciones Quirúrgicas a las que debiera someterse el Asegurado.

Artículo 13° - Prima del Seguro

La prima es debida 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.

1. Pólizas Grupales y Colectivas

El importe a pagar por el Contratante o Tomador resultará de sumar las primas individuales insertas en los Certificados Individuales que correspondan según la edad del Asegurado con más los gastos, impuestos y tasas que correspondan; y que constituirá el premio.

2. Pólizas Individuales

Para los seguros individuales, el premio que corresponda según la edad, figurará en las Condiciones Particulares.

3. Todos los casos

Las Primas Individuales solo podrán ser ajustadas en cada aniversario de la póliza por la Compañía, a excepción de lo establecido en el artículo 11º, con el objeto de adecuar la prima al verdadero estado del riesgo sobre la base de la información que a tales efectos se requerirá del Asegurado.

Dichos ajustes no podrán ser realizados como consecuencia de un cambio del estado de salud del Asegurado.

Las modificaciones a las tarifas mencionadas sólo podrán realizarse si han sido previamente autorizadas por la Superintendencia de Seguros de la Nación.

La Compañía comunicará por escrito las nuevas primas individuales, con una anticipación no inferior a 31 días a la fecha en que comiencen a regir las mismas.

Artículo 14º - Pago de las primas

1. Pólizas Grupales y Colectivas

Las primas deberán ser abonadas por el Contratante o Tomador, según el caso.

2. Pólizas Individuales

Las primas deberán ser abonadas por el Asegurado.

3. Todos los casos

Las primas deberán ser abonadas por adelantado, en las oficinas de la Compañía, en sus agencias oficiales, en los Bancos que la misma determine o en el domicilio de Corresponsales debidamente autorizados por ella para dicho fin.

La Compañía podrá establecer mecanismos y/o lugares alternativos para el pago de las primas, distintos de los enunciados en el párrafo anterior.

Artículo 15º - Plazo de Gracia

La Compañía concede un plazo de gracia de treinta y un (31) días para el pago, sin recargo de intereses de todas las primas, plazo durante el cual 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 las doce (12) horas del día en que venzan cada una de ellas.

Vencido el plazo de gracia y no abonada la prima, caducarán todos los derechos emergentes de esta póliza, salvo las obligaciones pendientes a cargo de la Compañía.

En caso de fallecimiento de algún Asegurado, la obligación del pago de primas cesará en la fecha de exigibilidad de la prima correspondiente al mes de su fallecimiento.

Los derechos que esta póliza acuerda al Contratante o al Tomador y a los Asegurados nacen el mismo día y hora en que comienzan las obligaciones a su cargo establecidas precedentemente.

Artículo 16º - Falta de pago de las primas

1. Pólizas Grupales y Colectivas

Si cualquier prima no fuere abonada dentro del plazo de gracia, esta póliza caducará automáticamente, pero el Contratante o Tomador adeudará a la Compañía la prima correspondiente al mes de gracia, salvo que dentro de dicho plazo hubiese solicitado por escrito su rescisión, en cuyo caso deberá pagar la prima calculada a prorrata por los días transcurridos desde el vencimiento de la prima impaga hasta la fecha de envío de la solicitud de rescisión.

2. Pólizas individuales

Para el Asegurado en forma individual vale lo enunciado en el punto 1 de este artículo.

Artículo 17º - Certificados Individuales (exclusivo para pólizas grupales y colectivas)

La Compañía proporcionará a cada Asegurado Principal, por intermedio del Contratante o del Tomador, un certificado individual en el que se establecen los derechos y obligaciones de las partes, así como también los beneficios que otorga la presente póliza y la fecha de entrada en vigor del correspondiente certificado individual.

Artículo 18º - Rescisión de la cobertura individual

1. Pólizas Individuales

El seguro de cada Asegurado quedará rescindido o caducará en los siguientes casos:

- a) Por su renuncia a continuar con el seguro;
- b) Por rescisión o caducidad de la póliza;
- c) Al alcanzar el Asegurado la edad máxima de permanencia establecida en las Condiciones Particulares;
- d) Para los Asegurados familiares cuando pierdan su condición de Miembros de Familia;
- e) Por comprobación de errores, simulación o fraudes referentes a un Asegurado o relacionado con sus reclamos de beneficio;
- f) Por fallecimiento del asegurado principal.

En todos los casos la rescisión o caducidad de la cobertura para el Asegurado Principal implica la terminación automática del Seguro para los Asegurados Familiares.

La rescisión de la póliza será comunicada por la Compañía al Asegurado.

2. Para el caso de pólizas grupales

- a) Por su renuncia a continuar con el seguro;
- b) Por dejar de pertenecer al grupo regido por el Tomador;
- c) Por rescisión o caducidad de la póliza;
- d) Al alcanzar el Asegurado la edad máxima de permanencia establecida en las Condiciones Particulares;

- e) Para los Asegurados familiares cuando pierdan su condición de Miembros de Familia;
- f) Por comprobación de errores, simulación o fraudes referentes a un Asegurado o relacionado con sus reclamos de beneficio;
- g) Por fallecimiento del asegurado principal.

Tanto la renuncia a que se refiere el punto a) como el retiro del grupo previsto en el punto b) del inciso precedente, serán comunicadas a la Compañía por intermedio del Contratante o el Tomador, y el certificado individual quedará rescindido a la hora veinticuatro (24) del último día del mes en que se haya producido la renuncia o retiro del grupo o el Asegurado haya cumplido 66 años de edad.

3. Para el caso de pólizas colectivas

- a) Por su renuncia a continuar con el seguro;
- b) Por cesantía o retiro voluntario del empleo
- c) Por rescisión o caducidad de la póliza;
- d) Al alcanzar el Asegurado la edad máxima de permanencia establecida en las Condiciones Particulares;
- e) Para los Asegurados familiares cuando pierdan su condición de Miembros de Familia;
- f) Por comprobación de errores, simulación o fraudes referentes a un Asegurado o relacionado con sus reclamos de beneficio;
- g) Por fallecimiento del asegurado principal.

No se considerará terminación del empleo a los efectos de la caducidad de los certificados individuales:

- La suspensión en el servicio activo a causa de enfermedad;
- La suspensión temporaria en el trabajo por otros motivos, cuando no exceda de tres (3) meses

Tanto la renuncia a que se refiere el punto a) como la cesantía prevista en el punto b) del inciso precedente, serán comunicadas a la Compañía por intermedio del Contratante, y el certificado individual quedará rescindido a la hora veinticuatro (24) del último día del mes en que se haya producido la renuncia o retiro del grupo o el Asegurado haya cumplido 66 años de edad.

Se presumirá que un Asegurado ha renunciado a continuar con el Seguro, sin admitirse prueba en contrario, cuando al mismo no se le efectúe el descuento correspondiente a la prima de este seguro y no se ingrese a la Compañía dicho importe en la forma y plazo previstos en los artículos 13° y 14° (Prima del Seguro y Pago de las Primas) de estas Condiciones Generales.

4. Pólizas Grupales y Colectivas:

En todos los casos planteados tanto para pólizas colectivas como grupales, la rescisión o caducidad de la cobertura para el Asegurado Principal implica la terminación automática del Seguro para los Asegurados Familiares.

En cualquier caso de rescisión o caducidad de esta póliza, caducarán simultáneamente todos los certificados individuales cubiertos por ella, salvo las obligaciones pendientes a cargo de la Compañía. Se dará cobertura, a los siniestros ocurridos a los asegurados siempre que los mismos hayan acontecido antes de la rescisión del certificado del asegurado titular, lo cual no afectará el compromiso de la Aseguradora para con el siniestrado, puesto que la obligación es anterior a dicha rescisión.

Artículo 19º - Enfermedades Preexistentes

A los efectos de esta póliza, se entiende por Enfermedad Preexistente a cualquier enfermedad o enfermedades que haya/n evidenciado síntomas o signos anteriores a la fecha de inicio de vigencia de la póliza y/o de los Certificados Individuales, según corresponda. Se incluyen los estudios de catastro (rutinas) con hallazgos que luego se correspondan al finalizar los exámenes complementarios con el diagnóstico de la enfermedad.

La Compañía no indemnizará las Sumas Aseguradas de las coberturas amparadas por esta póliza, cuando se trate de Enfermedades Preexistentes o de Cirugías practicadas con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la póliza y/o de los Certificados Individuales, según corresponda.

Artículo 20º - Riesgos no cubiertos

La Compañía no pagará la indemnización prevista en esta póliza cuando el hecho desencadenante de la patología a tratar sea consecuencia directa de alguna de las siguientes causas:

- (a) tentativa de suicidio,
- (b) si es provocada deliberadamente por acto ilícito del Contratante o del Tomador del presente seguro, excepto que el pago de prima esté a cargo del Asegurado; o en caso de accidente si es provocado por dolo o culpa grave del Asegurado,
- (c) por duelo o riña, salvo que se tratase de legítima defensa; empresa o acto criminal o aplicación legítima de la pena de muerte,
- (d) acto de guerra civil o internacional, guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo,
- (e) consumo de sustancias psicoactivas tales como: tóxicos, estupefacientes, drogas y psicotrópicos, salvo prescripción médica,
- (f) consumo abusivo de alcohol,
- (g) someterse a intervenciones quirúrgicas o médicas ilícitas o a tratamientos no autorizados legalmente o de carácter experimental o realizados en instituciones o por personal legalmente no habilitado, teniendo conocimiento de tal circunstancia,
- (h) por la práctica o el uso de la navegación aérea, salvo como pasajero en líneas regulares, o por ascensiones aéreas o aladeltismo,
- (i) por la participación en viajes o excursiones a zonas o regiones inexploradas o prácticas deportivas submarinas o subacuáticas o escalamiento de montaña,
- (j) competir en pruebas de pericia y/o velocidad con vehículos mecánicos o de tracción a sangre o en justas hípicas, o cualquier otra prueba análoga,
- (k) intervenir en pruebas de prototipos de aviones, automóviles y otros vehículos de propulsión mecánica,

- (l) 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, motonáutica u otras actividades análogas y manipuleo de explosivos y/o armas o con exposición a radiaciones atómicas,
- (m) acontecimientos catastróficos originados por reacciones nucleares o energía atómica,
- (n) enfermedades preexistentes del Asegurado a la fecha de inicio de vigencia de la póliza o del certificado individual, según corresponda,
- (o) alteraciones mentales,
- (p) epidemias, envenenamiento de carácter colectivo, enfermedades infectocontagiosas de denuncia internacional (fiebre amarilla, peste, cólera, viruela, tifus, etc.),
- (q) temblor de tierra, erupción volcánica, inundación u otros fenómenos naturales, sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario,
- (r) de problemas relacionados con la esterilización masculina o femenina, cambio de sexo o mal funcionamiento sexual o esterilidad,
- (s) de cualquier forma de suplemento alimenticio o cualquier programa para controlar el peso, salvo que sea para mantener con vida a un paciente gravemente enfermo,
- (t) cirugía estética o cosmetológica y tratamiento relacionado, con excepción de la cirugía reparadora,
- (u) heridas autoinflingidas por el Asegurado aún las cometidas en estado de insanía,
- (v) curas de reposo o similares.

Artículo 21º - Indemnizaciones - Pagos

Las indemnizaciones a que hubiere lugar por la presente póliza, se abonarán luego de presentada y aprobada la documentación que acredite el derecho de los reclamantes, de conformidad con lo establecido para cada caso, en las respectivas Condiciones Particulares, sobre la base de las Certificaciones Médicas de diagnóstico y tratamiento efectuado, informaciones de Instituciones Hospitalarias legalmente autorizadas, documentos y facturas originales concernientes a servicios dispensados al Asegurado (para aquellas cláusulas en las que se reintegre los gastos).

Las indemnizaciones a que hubiere lugar, serán abonadas al Asegurado Principal. En caso de fallecimiento o de encontrarse imposibilitado para el cobro, se abonará a su cónyuge y en caso de fallecimiento de éstos, a sus herederos legales.

Las indemnizaciones correspondientes al cónyuge serán abonadas a éste. En caso de fallecimiento antes del cobro, a sus herederos legales.

Las indemnizaciones correspondientes a los restantes miembros de familia, serán abonadas al Asegurado Principal.

La Compañía queda facultada a solicitar al Asegurado, y éste se obliga a proporcionar, toda

información médica adicional que ésta necesite con relación a la indemnización a abonar.

El Asegurado Principal se obliga a relevar del secreto médico a todos los profesionales o Instituciones Hospitalarias que lo atienden o hubiesen atendido tanto a él como a los asegurados que componen el grupo familiar amparados bajo esta cobertura.

El no cumplimiento de cualquiera de las disposiciones descriptas precedentemente, harán perder el derecho a la indemnización, salvo que el Asegurado acredite fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa ni negligencia.

Será requisito indispensable para la obtención del pago de la o las indemnizaciones previstas en esta póliza que las mismas cuenten con la autorización del médico auditor de la Compañía.

Artículo 22º - Plazo de Prueba

La Compañía, dentro de los quince (15) días de recibida la denuncia del diagnóstico de la enfermedad, de la práctica y/o Intervención Quirúrgica realizada y las constancias o comprobaciones que se establezcan en las Cláusulas Adicionales de cada cobertura, deberá hacer saber al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio.

Si las comprobaciones exigidas en cada caso, no resultaren concluyentes en cuanto al diagnóstico o existencia de la enfermedad, de la práctica y/o Intervención Quirúrgica, la Compañía podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor de treinta y un (31) días, a fin de confirmar el diagnóstico. La no contestación, por parte de la Compañía dentro del plazo establecido, significará automáticamente el reconocimiento del beneficio reclamado.

Artículo 23º - Beneficio

La Compañía abonará los beneficios previstos en las respectivas Condiciones Particulares, dentro de los quince (15) días de cumplimentada la documentación necesaria para acreditar el derecho a la indemnización reclamada.

Artículo 24º - Beneficio Adicional: Anticipos

La Compañía podrá otorgar excepcionalmente anticipos de las indemnizaciones a las cuales el Asegurado tuviera derecho, no mayores al cincuenta por ciento de la suma asegurada, en función de las coberturas previstas en esta póliza, quedando supeditado el mismo a su criterio evaluativo.

Los anticipos serán otorgados en aquellos casos donde las indemnizaciones sean significativas y exista imposibilidad por parte del Asegurado de hacer frente a dichos gastos, sin recurrir a la financiación de la Compañía, y en las cláusulas en que la indemnización consiste únicamente en un pago único y no para los casos de reintegros de gastos.

Para otorgar dicho anticipo, la Compañía solicitará toda aquella documentación que estime necesaria para comprobar la efectiva necesidad del tratamiento médico, las prácticas y/o Intervenciones Quirúrgicas a indemnizar.

La Compañía deberá comunicar al Asegurado el otorgamiento o rechazo del anticipo solicitado, dentro de los quince (15) días desde la fecha en que el Asegurado hubiere cumplimentado la documentación requerida por la Compañía a tal fin.

Artículo 25º - Rehabilitación

1. Pólizas Grupales y Colectivas

Si por falta de pago de cualquier prima mensual durante el plazo de gracia esta póliza hubiera caducado, el Contratante o Tomador podrá obtener su rehabilitación,

restituyéndola a sus términos originarios, dentro de los tres (3) meses sucesivos al vencimiento del plazo de gracia, mediante el pago total de las primas mensuales impagas vencidas y la presentación por parte de los Asegurados de pruebas satisfactorias de asegurabilidad.

2. Pólizas individuales

Para el caso de los Asegurados en forma individual vale lo enunciado en el punto 1.

Artículo 26º - Rescisión de esta Póliza

1. Pólizas Grupales y Colectivas

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

2. Pólizas individuales

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

Excepción es el caso de haberse diagnosticado al Asegurado alguno de los riesgos cubiertos en que el Asegurador no podrá optar por la no renovación de la póliza.

Artículo 27º - Cesiones

Los derechos emergentes de esta póliza y de los Certificados respectivos, pueden ser transferidos solamente a favor de Establecimientos Asistenciales y/o Agentes del Seguro de Salud, debiendo dicha transferencia ser previamente aprobada por la Compañía. Toda otra cesión o transferencia se considerará nula y sin efecto alguno.

Artículo 28º - Valuación por peritos

Si no hubiere acuerdo entre las partes por las consecuencias indemnizables provenientes de los riesgos cubiertos por esta póliza, las mismas serán determinadas por los médicos designados uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los 8 días de su designación a un tercer facultativo en el 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 fuera 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 tercer médico serán pagados por la parte cuyas pretensiones se alejen más del dictamen definitivo, salvo en caso de equidistancia en que se pagarán por mitades entre las partes.

Artículo 29º - Ejecución del Contrato

Las relaciones (en las pólizas colectivas o grupales) entre la Compañía y los Asegurados se desarrollarán siempre por intermedio del Contratante o del Tomador. En consecuencia, el Contratante o el Tomador efectuará el pago del premio a la Compañía y cobrará a los Asegurados Principales, si correspondiera. Lo convenido precedentemente no excluye el derecho propio que contra la Compañía tienen los Asegurados desde que ocurriera alguno de los eventos previstos en esta póliza.

Artículo 30º - 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 31º - Pluralidad de Seguros

En el caso de que algún Asegurado tuviere vigente dos o más pólizas de idéntica cobertura contratadas con esta Compañía, deberá notificar por escrito a la misma, la que podrá aceptar esta situación o reducir la suma a asegurar. Si no fuera notificado, el Asegurador reconocerá sólo aquella póliza de mayor suma y reembolsará al Asegurado sin intereses, las primas correspondientes a todas las otras pólizas, las cuales se considerarán nulas y sin ningún efecto subsiguiente.

Artículo 32º - Duplicado de póliza y de certificados - Copias

En caso de robo, pérdida o destrucción de la póliza o de cualquier certificado individual, el Contratante o el Tomador o el Asegurado Principal, respectivamente, podrá obtener su sustitución por un duplicado. Las modificaciones o suplementos que se incluyan en el duplicado, a pedido del Contratante o del Tomador o a solicitud del Asegurado Principal según el caso, serán los únicos válidos.

El Contratante o el Tomador y los Asegurados Principales tienen derecho a que se les entregue copia de sus declaraciones efectuadas con motivo de este contrato y copia no negociable de la póliza o del correspondiente certificado individual.

Serán por cuenta de los solicitantes los gastos que origine la extensión de duplicados y copias.

Artículo 33º - Impuestos, Tasas y Contribuciones

Los impuestos, tasas y contribuciones de cualquier índole y jurisdicción que se crearen en lo sucesivo o los aumentos eventuales de los existentes estarán a cargo del Contratante o del Tomador o de los Asegurados Principales, según el caso, salvo cuando la ley los declare expresamente a cargo de la Compañía.

Artículo 34° - Facultades del Productor o Agente

El productor o agente de Seguro, cualquiera sea su vinculación con la Compañía, autorizado por éste para la mediación, sólo está facultado con respecto a las operaciones en las cuales interviene para:

- a) Recibir propuestas de celebración y modificación de contratos de seguro;
- b) Entregar instrumentos emitidos por la Compañía, referentes a contratos o a sus prórrogas.
- c) Aceptar el pago de la prima si se halla en posesión de un recibo oficial de pago de la Compañía.

Artículo 35° - Domicilio para las Denuncias y Declaraciones

El domicilio en que las partes deben efectuar las denuncias y declaraciones previstas en la Ley de Seguros o en el presente contrato, es el último declarado.

Artículo 36° - Cómputo de los Plazos

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

Artículo 37° - Prescripción

Las acciones fundadas en el presente contrato prescriben en el plazo de un año, computado desde que la correspondiente obligación es exigible. Los actos del procedimiento establecido por la ley o el presente contrato para la liquidación del siniestro, interrumpen la prescripción para el cobro de la prima y de la indemnización.

Artículo 38° - Prórroga de Jurisdicción

Toda controversia judicial relativa a la presente póliza y a los certificados individuales, será dirimida ante los Tribunales ordinarios competentes del lugar de su emisión.

ANEXO I – EXCLUSIONES A LA COBERTURA

La Compañía no pagará la indemnización prevista en esta póliza cuando el hecho desencadenante de la patología a tratar sea consecuencia directa de alguna de las siguientes causas:

- a) tentativa de suicidio,
- b) si es provocada deliberadamente por acto ilícito del Contratante o del Tomador del presente seguro, excepto que el pago de prima esté a cargo del Asegurado; o en caso de accidente si es provocado por dolo o culpa grave del Asegurado,
- c) por duelo o riña, salvo que se tratase de legítima defensa; empresa o acto criminal o aplicación legítima de la pena de muerte,
- d) acto de guerra civil o internacional, guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo,
- e) consumo de sustancias psicoactivas tales como: tóxicos, estupefacientes, drogas y psicotrópicos, salvo prescripción médica,
- f) consumo abusivo de alcohol,
- g) someterse a intervenciones quirúrgicas o médicas ilícitas o a tratamientos no autorizados legalmente o de carácter experimental o realizados en instituciones o por personal legalmente no habilitado, teniendo conocimiento de tal circunstancia,
- h) por la práctica o el uso de la navegación aérea, salvo como pasajero en líneas regulares, o por ascensiones aéreas o aladeltismo,
- i) por la participación en viajes o excursiones a zonas o regiones inexploradas o prácticas deportivas submarinas o subacuáticas o escalamiento de montaña,
- j) competir en pruebas de pericia y/o velocidad con vehículos mecánicos o de tracción a sangre o en justas hípicas, o cualquier otra prueba análoga,
- k) intervenir en pruebas de prototipos de aviones, automóviles y otros vehículos de propulsión mecánica,
- l) 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, motonáutica u otras actividades análogas y manipuleo de explosivos y/o armas o con exposición a radiaciones atómicas,
- m) acontecimientos catastróficos originados por reacciones nucleares o energía atómica,
- n) enfermedades preexistentes del Asegurado a la fecha de inicio de vigencia de la póliza o del certificado individual, según corresponda,
- o) alteraciones mentales,
- p) epidemias, envenenamiento de carácter colectivo, enfermedades infectocontagiosas de denuncia internacional (fiebre amarilla, peste, cólera, viruela, tifus, etc.),
- q) temblor de tierra, erupción volcánica, inundación u otros fenómenos naturales, sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario,
- r) de problemas relacionados con la esterilización masculina o femenina, cambio de sexo o mal funcionamiento sexual o esterilidad,

- s) de cualquier forma de suplemento alimenticio o cualquier programa para controlar el peso, salvo que sea para mantener con vida a un paciente gravemente enfermo,
- t) cirugía estética o cosmetológica y tratamiento relacionado, con excepción de la cirugía reparadora,
- u) heridas autoinflingidas por el Asegurado aún las cometidas en estado de insanía,
- v) curas de reposo o similares.

CLÁUSULA A

COBERTURA DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

Artículo 1° - Riesgo Cubierto

La Compañía concederá el beneficio previsto cuando el Asegurado sea sometido a alguna de las intervenciones quirúrgicas que figuran en el Listado 1 – Beneficios Previstos para Intervenciones Quirúrgicas.

Artículo 2° - Período de Carencia

Se establece un período de carencia de 90 días, con pago de primas, contado desde la fecha de inicio de vigencia de la póliza o de la inclusión del Certificado Individual en la misma, según corresponda, para todas las intervenciones que figuran en el Listado 1 – Beneficios Previstos para Intervenciones Quirúrgicas salvo para las intervenciones específicas que se mencionan a continuación.

Ningún beneficio se otorgará si la necesidad de efectuar la intervención surge antes de la finalización del plazo de carencia mencionado en el párrafo anterior.

No existirá período de carencia en los casos que la intervención sea ocasionada por accidente ocurrido luego de la fecha de inicio de vigencia de la póliza o de la inclusión del Certificado Individual en la misma, según corresponda.

Para los casos de rehabilitación de las pólizas individuales (artículo 25 de las Condiciones Generales) se tendrá en cuenta el tiempo transcurrido desde el inicio de vigencia de la póliza original hasta la fecha en que haya caducado la misma, a los efectos del cómputo del período de carencia. Si quedara período pendiente, el mismo se considerará a partir de la fecha de rehabilitación de la póliza.

Para los casos de rehabilitación de las pólizas colectivas y grupales se tendrá en cuenta el tiempo transcurrido desde el inicio de vigencia de cada certificado hasta la fecha en que haya caducado la póliza.

El período de carencia deberá cumplimentarse para el caso de reingreso al seguro independientemente que el Asegurado lo hubiese cumplido en un ingreso anterior, siempre que dicho seguro haya estado interrumpido en su vigencia por un período mayor a seis (6) meses.

Artículo 3° - Beneficio

La Compañía, una vez comprobada la realización de la intervención por su auditoría médica, abonará el Capital Asegurado previsto para cada intervención en el Listado 1 – Beneficios Previstos para Intervenciones Quirúrgicas.

Los beneficios podrán utilizarse durante cada año póliza tantas veces como sea necesario por enfermedades o accidentes diferentes.

Si en el curso de una intervención quirúrgica se efectuaren dos o más operaciones por una o varias vías, se indemnizará, el cien por cien (100%) de la intervención de mayor valor y el cincuenta por ciento (50%) del mayor monto correspondiente a las demás.

Si una intervención hubiera podido efectuarse en el curso de una intervención quirúrgica inicial y no se efectuara antes de transcurridos treinta (30) días, esta última no estará cubierta por este módulo, salvo que comprobadas complicaciones de salud la hiciesen necesaria.

Este beneficio es adicional e independiente de los demás previstos en la póliza y en los certificados individuales.

Artículo 4° - Requisitos para la validez del diagnóstico

La Compañía debe contar, dentro de los treinta (30) días de realizada la intervención, salvo casos de fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia, con un informe escrito por un especialista con el diagnóstico y tratamiento efectuado, en formulario provisto por la Compañía, acompañado de documentación respaldatoria originada en certificaciones y resultados de estudios practicados.

Artículo 5° - Exclusiones Específicas

La Compañía no indemnizará las intervenciones que no se encuentren expresamente detalladas en el Listado 1 – Beneficios Previstos para Intervenciones Quirúrgicas.

Además, quedan excluidos:

- (a) intervenciones efectuadas como consecuencia del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), infecciones oportunistas y cualquier otra enfermedad provocada por el mismo.
- (b) cirugías cosméticas y/o plásticas, excepto aquellas para las que se compruebe que poseen una finalidad reparadora de una función afectada por eventos cubiertos por esta póliza.
- (c) tratamientos por obesidad y/o rejuvenecimiento, en sus diversas modalidades.
- (d) intervenciones quirúrgicas ilícitas o de carácter experimental o realizadas en instituciones o por personal no habilitado legalmente, teniendo conocimiento de tales circunstancias.
- (e) toda práctica endovascular como angioplastias y técnicas que no requieran apertura del tórax.

Artículo 6° - Actualizaciones de cobertura

En cada renovación, los valores de los beneficios detallados en el Listado 1 – Beneficios Previstos para Intervenciones Quirúrgicas y las primas correspondientes a este módulo podrán variar en la misma proporción que lo hayan hecho los servicios cubiertos por este módulo, correspondiente a los últimos 12 (doce) meses disponibles desde la fecha de inicio de vigencia de la cobertura, y siempre que no existan impedimentos legales.

La Compañía informará al Contratante, el Tomador y/o el Asegurado las nuevas condiciones con una anticipación no menor de 31 (treinta y un) días.

ANEXO I – EXCLUSIONES

CLÁUSULA A - COBERTURA DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

La Compañía no indemnizará las intervenciones que no se encuentren expresamente detalladas en el Listado 1 – Beneficios Previstos para Intervenciones Quirúrgicas.

Además, quedan excluidos:

- a. intervenciones efectuadas como consecuencia del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), infecciones oportunistas y cualquier otra enfermedad provocada por el mismo.
- b. cirugías cosméticas y/o plásticas, excepto aquellas para las que se compruebe que poseen una finalidad reparadora de una función afectada por eventos cubiertos por esta póliza.
- c. tratamientos por obesidad y/o rejuvenecimiento, en sus diversas modalidades.
- d. intervenciones quirúrgicas ilícitas o de carácter experimental o realizadas en instituciones o por personal no habilitado legalmente, teniendo conocimiento de tales circunstancias.
- e. toda práctica endovascular como angioplastias y técnicas que no requieran apertura del tórax.

LISTADO I
BENEFICIOS PREVISTOS PARA INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS
CLÁUSULA A

Prácticas y procedimientos	Código prestación PMO	Nivel
<u>OPERACIONES DEL CRANEO Y SISTEMA NERVIOSO</u>		
OPERACIONES INTRACRANEANAS		
Ventriculocisternostomías	01.02.01	1
Lobectomía parcial o total	01.02.04	2
Tractotomía espinotalámica	01.02.05	1
Tratam.Quir.Anerurisma Intracraneal	01.02.06	1
Reparación plástica senos craneales	01.02.09	2
Escisión neoplasia intracraneana	01.02.10	1
Intervenciones estereotáxicas	01.02.13	1
Hipofisectomía	01.02.16	2
CIRUGIA VERTEBROMEDULAR		
Ligadura aneurismas medulares	01.03.03	2
Cordotomía espinotalámica	01.03.04	2
INTERVENCIONES SOBRE LOS PARES CRANEALES		
Neurotomía retrogasariana trigeminal	01.04.01	2
Neurotomía intermediario vestibular	01.04.03	2
Intervenciones nervios ópticos	01.04.04	2
<u>OPERACIONES OTORRINOLARINGOLOGICAS</u>		
OPERACIONES EN EL OIDO MEDIO		
Cirugía de glomus yugularis	03.02.10	2
Cirugía 2° y 3° nervio facial	03.02.11	2
OPERACIONES EN EL OIDO INTERNO Y CONDUCTO AUDITIVO INTERNO		
Cirugía del saco endolinfático	03.03.03	2
Cirugía conducto auditivo interno	03.03.04	1
Tratamiento quir. neurinoma acústico	03.03.06	2
OPERACIONES EN LA LARINGE		
Operación comando de laringe	03.06.01	2
OPERACIONES EN GLANDULA Y CONDUCTOS SALIVALES		
Operación comando de parótida	03.08.02	1
OPERACIONES EN LA BOCA		
Operación comando piso de boca	03.09.01	2
OPERACIONES EN LA LENGUA		
Operación comando de lengua	03.11.01	2
OPERACIONES EN EL PALADAR Y UVULA		
Operación comando de paladar	03.12.05	1
OPERACIONES EN AMIGDALAS, ADENOIDES Y FARINGE		
Operación comando de faringe	03.13.04	2

<u>OPERACIONES DEL SISTEMA ENDOCRINO</u>		
OPERACIONES EN LAS GLANDULAS TIROIDES Y PARATIROIDES		
Operación comando de tiroides	04.01.01	1
OPERACIONES EN LAS GLANDULAS SUPRARRENALES		
Adrenalectomía bilateral	04.02.01	1
<u>OPERACIONES EN EL TÓRAX</u>		
OPERACIONES EN PULMON, PLEURA Y MEDIASTINO		
Lobectomía, bilobectomía o neumonectomía	05.04.01	2
Resección enfisema bulloso bilateral	05.04.15	2
<u>OPERACIONES DEL SISTEMA CARDIOVASCULAR</u>		
CIRUGIA CARDIOVASCULAR CON CIRCULACION EXTRACORPOREA		
Tratamiento quirúrgico cardiopatías con hipotermia	07.02.02	2
Reemplazo válvula cardíaca	07.02.03	2
Doble reemplazo valvular	07.02.04	2
Reemplazo valvular y plástica de otra	07.02.05	2
Cierre de defectos septales	07.02.06	2
Tratamiento quir. aneurisma de aorta	07.02.07	2
Aneurisma de aorta descendente	07.02.08	2
Cirugía de revascularización mediante puente aorto-coronario o puente mamario-coronario (by-pass)	07.02.09/10	2
Resección de aneurisma ventricular	07.02.11	2
Resección de aneurisma c/ cirugía de revascularización	07.02.12	2
OPERACIONES EN ARTERIAS Y VENAS DE LA CAVIDAD TORACICA		
Tratamiento quir. de aneurisma aorto-toracico	07.03.02	2
OPERAC.EN ARTERIAS Y VENAS CAVIDAD ABDOMINO-PELVIANA		
Tratamiento quir. de aorta abdominal	07.04.01	2
Cirugía ramas viscer. aorta abdominal y troncos iliácos (anastomosis)	07.04.02	2
Derivación aorto bifemoral	07.04.04	2
Derivación aorto iliáco uni o bilateral	07.04.05	2
Anastomosis porto cava	07.04.07	2
<u>OPERACIONES DEL APARATO DIGESTIVO Y ABDOMEN</u>		
OPERACIONES EN EL ESOFAGO		
Esofagectomía total y reconstrucción en un tiempo	08.01.01	2
Reemplazo de esófago	08.01.04	2
OPERACIONES EN EL ESTOMAGO		
Gastrectomía total	08.03.01	2
OPERACIONES EN EL COLON Y RECTO		
Colectomía total c/restitución tránsito	08.05.01	1
Colectomía total con ileostomía	08.05.02	1
Operaciones radicales p/megacolon	08.05.06	2
Operaciones radicales p/megacolon(2)	08.05.07	2
Colonproctectomía total	08.05.08	2
Proctosigmoidectomía	08.05.09	2

OPERACIONES EN EL HIGADO Y VIAS BILIARES		
Lobectomía hepática	08.07.01	2
Segmentectomía	08.07.02	1
OPERACIONES EN EL PANCREAS		
Duodenopancreatoclectomía	08.08.01	2
<u>OPERACIONES DEL APARATO URINARIO Y GENITAL</u>		
OPERACIONES EN EL RIÑÓN Y URETER		
Nefroureterectomía total c/ cistectomía parcial	10.01.03	1
Derivaciones ureterales	10.01.12	1
OPERACIONES EN LA VEJIGA		
Cistectomía total	10.02.01	1
Cistoplastia con colon o iliohistoplastia agrandamiento vesical	10.02.04	1
OPERACIONES EN EL UTERO		
Cirugía comando de útero y anexos	11.02.01	1
<u>OPERACIONES DEL SISTEMA MUSCULO-ESQUELETICO</u>		
ARTROPLASTIAS		
Reemplazo de artroplastía cementada	12.10.07	1
AMPUTACIONES Y DESARTICULACIONES		
Amputación interileoabdominal	12.16.04	1
TRATAM. QUIR. POR PROCEDIMIENTOS COMBINADOS. MISCELANEAS		
Discectomía cervical, dorsal o lumbar con artrodesis	12.17.02	1

El código de prestación PMO, corresponde al código con que se catalogan las prácticas en el Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas y Sanatorias.

Capital Asegurado para Intervenciones Quirúrgicas:

Nivel 1: \$ 5.000.-

Nivel 2: \$ 10.000.-

CLÁUSULA E

COBERTURA DE TRANSPLANTE DE ORGANOS

ARTÍCULO 1° - Riesgo Cubierto

La Compañía concederá el beneficio previsto cuando el Asegurado sea sometido a alguno de los siguientes transplantes:

- ✓ Transplante de Médula Ósea
- ✓ Transplante Hepático
- ✓ Transplante Cardiopulmonar
- ✓ Transplante Cardíaco
- ✓ Transplante Renal
- ✓ Transplante Renopancreático
- ✓ Transplante de Córnea

ARTÍCULO 2° – Definición de los Transplantes Cubiertos

Se define transplante como la transferencia de órganos que puede ser: desde un individuo vivo (aloinjertos), del mismo individuo (autoinjerto) o de un cadáver (cadavérico).

El diagnóstico y la recomendación del transplante correspondiente deberán ser efectuados al menos por dos médicos especialistas, uno de los cuales será designado por el Asegurador y con costos a su cargo.

ARTICULO 3° - Período de Carencia

Se establece un período de carencia de 120 días, con pago de primas, contado desde la fecha de inicio de vigencia de la póliza o de la inclusión del Certificado Individual en la misma, según corresponda. Ningún beneficio se otorgará si el diagnóstico acerca de la necesidad de efectuar el transplante de órganos surge antes de la finalización de este plazo de carencia.

No existirá período de carencia en los casos que el transplante sea ocasionado por accidente ocurrido luego de la fecha de inicio de vigencia de la póliza o de la inclusión del Certificado Individual en la misma, según corresponda.

Para los casos de rehabilitación de la póliza (artículo 25 de las Condiciones Generales) se tendrá en cuenta el tiempo transcurrido desde el inicio de vigencia de la póliza original hasta la fecha en que haya caducado la misma, a los efectos del cómputo del período de carencia. Si quedara período pendiente, el mismo se considerará a partir de la fecha de rehabilitación de la póliza.

Para el caso de reingreso al seguro, el período de carencia se aplicará en su totalidad a partir del inicio de vigencia del nuevo contrato.

ARTICULO 4° - Beneficio

La Compañía, una vez comprobada la realización del trasplante por parte de su auditoría médica, abonará al Asegurado la indemnización correspondiente al trasplante que se haya efectuado, según los siguientes importes:

TRANSPLANTE	CAPITAL ASEGURADO
Médula Ósea	\$ 120.000
Hepático	\$ 120.000
Cardiopulmonar	\$ 100.000
Cardíaco	\$ 100.000
Renal	\$ 40.000
Reno pancreático	\$ 100.000
De Córnea	\$ 12.000

Este beneficio es adicional e independiente de los demás previstos en la póliza y en los certificados individuales.

ARTICULO 5° - Requisitos para la validez del diagnóstico

La implantación de órganos se reconocerá cuando se hayan agotado todos los otros medios y recursos disponibles o sean inconvenientes o insuficientes como alternativa terapéutica de salud o conservación de la vida.

Para cualquier solicitud de indemnización por trasplante es condición ineludible e indispensable haberlo comunicado previamente al I.N.C.U.C.A.I. o a cualquier organismo que en el futuro lo reemplace.

Es indispensable, asimismo, que se cumplan en todas sus partes las disposiciones de la Ley de Trasplantes de Órganos, sus modificatorias y reglamentaciones.

El Asegurado deberá informar directamente a la Compañía cualquier diagnóstico acerca de la necesidad de efectuarse un trasplante dentro de los 5 (cinco) días de haber sido notificado del mismo, salvo casos de fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.

La Compañía debe contar, dentro de los 30 (treinta) días de realizado el trasplante, salvo casos de fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia, con un informe escrito por un especialista con el diagnóstico y tipo de trasplante efectuado en formulario provisto por la Compañía, acompañado de documentación respaldatoria originada en certificaciones y resultado de estudios practicados. Asimismo, el Asegurado deberá certificar la realización previa de los estudios de Histocompatibilidad.

ARTÍCULO 6° - Exclusiones Específicas

Quedan excluidos:

- (a) Trasplantes efectuados como consecuencia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), infecciones oportunistas y cualquier otra enfermedad provocada por el mismo.

- (b) Transplantes ilícitos o de carácter experimental o realizados en instituciones o por personal no habilitado legalmente, teniendo conocimiento de tales circunstancias.
- (c) Quedan excluidos del beneficio todas aquellas personas que a su ingreso o reingreso al seguro estén con indicación formal de trasplante, en tratamiento oncológico de cualquier naturaleza o en hemodiálisis crónica en cualquiera de sus formas, o se encuentren en lista de espera para trasplantes en el I.N.C.U.C.A.I.
- (d) Los trasplantes deberán ser realizados en establecimientos de la República Argentina, debidamente autorizados a tal fin por la autoridad nacional competente, y por profesionales habilitados para tal fin, quedando excluida cualquier indemnización por trasplantes que no cumpla con estos requisitos.
- (e) Transplantes de médula ósea realizados como esquema terapéutico de rescate de tumores sólidos de cualquier origen. Sólo están incluidos los trasplantes de médula ósea como consecuencia de patologías primarias de la misma.

Artículo 7° - Terminación de la cobertura

La cobertura terminará a partir del momento en que el Asegurado haya recibido el beneficio previsto, no teniendo vigencia en las futuras renovaciones, si las hubiere.

ANEXO I - EXCLUSIONES

CLÁUSULA E - COBERTURA DE REINTEGRO DE GASTOS EN CASO DE TRANSPLANTE DE ORGANOS

Quedan excluidos:

- a. transplantes efectuados como consecuencia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), infecciones oportunistas y cualquier otra enfermedad provocada por el mismo.
- b. transplantes ilícitos o de carácter experimental o realizados en instituciones o por personal no habilitado legalmente, teniendo conocimiento de tales circunstancias.
- c. Quedan excluidos del beneficio todas aquellas personas que a su ingreso o reingreso al seguro estén con indicación formal de transplante, en tratamiento oncológico de cualquier naturaleza o en hemodiálisis crónica en cualquiera de sus formas, o se encuentren en lista de espera para transplantes en el I.N.C.U.C.A.I.
- d. Los transplantes deberán ser realizados en establecimientos de la República Argentina, debidamente autorizados a tal fin por la autoridad nacional competente, y por profesionales habilitados para tal fin, quedando excluida cualquier indemnización por transplantes que no cumpla con estos requisitos.
- e. Transplantes de médula ósea realizados como esquema terapéutico de rescate de tumores sólidos de cualquier origen. Sólo están incluidos los transplantes de médula ósea como consecuencia de patologías primarias de la misma.

CLÁUSULA F

COBERTURA DE REINTEGRO DE GASTOS EN CASO DE PRÓTESIS

Artículo 1 - Definición del Riesgo Cubierto

La Compañía concederá el beneficio previsto, cuando a causa de un accidente o enfermedad, se prescriba al Asegurado la implantación de una prótesis comprendida en el "Anexo detallando Beneficios Previstos", dentro de las especialidades de: Traumatología y Ortopedia, Cardiovasculares, Neuroquirúrgicas, Auditivas u Oculares.

Artículo 2 - Beneficio Previsto

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

Se reconocerán beneficios por elementos convencionales con especificación genérica según características y función a cumplir, sin determinación de marca u origen.

No se reconocerán beneficios por elementos convencionales con especificaciones limitativas relativos a la tecnología del elemento, si tales especificaciones no determinan fundamentales diferencias de acción y función.

La Compañía se obliga exclusivamente a la indemnización por gastos incurridos por el Asegurado en prótesis que cumplan con las condiciones que se estipulan, considerándose a tal fin que todos los elementos protésicos no incluidos específicamente, están excluidos de la cobertura.

Artículo 3 – Exclusiones Específicas

- a) Quedan excluidas aquellas prótesis que se requieran como consecuencia directa o indirecta del virus HIV "HUMAN INMUNE VIRUS" (Virus inmuno deficiencia humana) o de una infección oportunista y/o neoplasma maligno (tumor) y/o cualquier condición de enfermedad, si al momento de producirse el Asegurado tiene Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) o es sero-positivo al HIV (Virus inmuno deficiencia humana). A los fines de esta exclusión, el término "Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida" tendrá el significado asignado al mismo por la Organización Mundial de la Salud, según fue dado en su publicidad anual. El Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida incluirá HIV (Virus inmuno deficiencia humana), encefalopatía (demencia), HIV Síndrome Devastador y ARC "Aids Related Condition" (Condición Relacionada con el SIDA). Las infecciones oportunistas incluirán entre otras a la neumonía pneumocystis carinii, organismo del virus de enteritis crónica y/o infección diseminada de hongos. El neoplasma maligno incluirá, entre otros, al Sarcoma de Kaposi, al linfoma del sistema nervioso central y/u otras tumoraciones o neoformaciones malignas conocidas en la

actualidad o que se conozcan, como consecuencia de enfermedad en presencia del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida,

- b) Quedan excluidas de esta cobertura toda ortesis y prótesis cuya finalidad no sea funcional; todos aquéllos elementos protésicos no incluidos específicamente en el listado adjunto por especialidad, están excluidos de la cobertura,
- c) Quedan también excluidas:
 - Hemodiálisis, tratamientos de fertilización artificial y contracepción
 - Cirugía estética o plástica reparadora por accidente
 - Implantes electrónicos o trasplantes de tejidos u órganos
 - Tratamientos con elementos radioactivos
 - Renovaciones de prótesis preexistentes al ingreso del Asegurado.

Artículo 4 - Carácter del Beneficio

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

Artículo 5 - Plazo de Carencia para la Cobertura

Se establece un período de carencia de 90 días, con pago de primas, contado desde la fecha de inicio de vigencia de la póliza o de la inclusión del certificado Individual en la misma, según corresponda.

Ningún beneficio se otorgará si la enfermedad que origina la necesidad de implantación de prótesis, fue contraída u originada antes de la finalización del plazo de carencia.

No existirá período de carencia en los casos en que la necesidad de la implantación de una prótesis sea ocasionada por accidente ocurrido luego de la fecha de inicio de vigencia de la póliza o de la inclusión del certificado individual en la misma, según corresponda.

Para los casos de rehabilitación de la póliza (artículo 25 de las Condiciones Generales) se tendrá en cuenta el tiempo transcurrido desde el inicio de vigencia de la póliza original hasta la fecha en que haya caducado la misma, a los efectos del cómputo del período de carencia. Si quedara período pendiente, el mismo se considerará a partir de la fecha de rehabilitación de la póliza.

Para el caso de reingreso al seguro, el período de carencia se aplicará en su totalidad a partir del inicio de vigencia del nuevo contrato.

Artículo 6 - Comprobación de la Enfermedad o Accidente

Corresponde al Asegurado:

- a) Denunciar la existencia de la enfermedad o accidente;
- b) Presentar a la Compañía certificaciones médicas de diagnóstico y tratamiento efectuado, informaciones de instituciones intervinientes, documentos, historia

- clínica y facturas originales de los gastos realizados para la adquisición de la prótesis;
- c) Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta dos exámenes médicos por facultativos designados por la Compañía y con gasto a cargo de ésta.

Artículo 7 - Requisitos para la validez del diagnóstico

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

La Compañía debe contar, dentro de los treinta (30) días de realizada la implantación de la prótesis, con la información detallada en el artículo anterior, salvo casos de fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.

Artículo 8 – Terminación de la cobertura

A partir del momento en que el Asegurado haya percibido la totalidad del beneficio que concede esta cláusula, consistente en la suma asegurada máxima por cada especialidad cubierta, la cobertura que otorga la misma cesará, no teniendo vigencia en las futuras renovaciones, si hubiere, de la póliza o del certificado individual.

ANEXO DETALLANDO BENEFICIOS PREVISTOS

1.- TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

- Incluye:

- 1.1) Prótesis para reemplazo de cadera, total y parcial, de rodilla y de otras articulaciones menores, incluyendo el cemento si fuere necesario para su colocación.
- 1.2) Clavos, placas, tornillos, alambres y otros elementos de síntesis.
- 1.3) Prótesis para Amputación.
- 1.4) Cors (Tipo Taylor/Milwoker). Se indemnizarán cuando sea la última alternativa terapéutica o en caso de destrucción vertebral.

- Excluye:

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

La suma máxima para indemnizar elementos traumatológicos será de \$ 3.500,--

2.- CARDIOVASCULARES

- Incluye:

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

- Excluye:

- 2.5) Desfibriladores
- 2.6) Elementos o insumos descartables para hemodinamia o cardiocirugía (oxigenador, tubuladuras, cánulas arteriales, transductores de presión y otros similares)
- 2.7) Prótesis Vasculares para tratamiento de Hemodiálisis
- 2.8) Filtros o Hemoconcentradores. Computadoras de volumen minuto.
- 2.9) Stent Arteriales o Expansores Vasculares mecánicos de cualquier tipo.

La suma máxima para indemnizar elementos cardiológicos será de \$ 3.500,--.

3.- NEUROQUIRÚRGICAS

- Incluye:

- 3.1) Válvulas para hidrocefalia, catéteres ventriculares, reservorios de Richman, catéteres peritoneales y arteriales, sistema de derivación de líquido cefalorraquídeo lumboperitoneal.
 - 3.2) Clips para aneurismas.
- Excluye:
 - 3.3) Estimuladores Epidurales
 - 3.4) Stent Arteriales o Expansores Vasculares mecánicos de cualquier tipo.

La suma máxima para indemnizar elementos neuroquirúrgicos será de \$ 3.500,--.

4.- AUDITIVAS

- Incluye:
 - 4.1) Audífonos según características audiométricas del asegurado. En caso de asegurados con trastornos de audición bilaterales se reconocerá un sólo audífono.
- Excluye:
 - 4.2) Tubos de ventilación de oído
 - 4.3) Prótesis de oídos medio huesecillos
 - 4.4) Prótesis cocleares

La suma máxima para indemnizar en prótesis audiológicas será de \$ 3.500,--.

5.- OCULARES

- Incluye:
 - 5.1) Lentes intraoculares y set de colocación
 - 5.2) Banda de silicona (para retina)
 - 5.3) Prótesis oculares no funcionales
- Excluye:

Lentes y anteojos de cualquier tipo salvo los arriba incluidos.

La suma máxima para indemnizar en prótesis oculares será de \$ 3.500,--.

ANEXO I – EXCLUSIONES

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

Exclusiones de esta Cláusula, además de lo previsto en las Condiciones Generales

- a) Quedan excluidas aquellas prótesis que se requieran como consecuencia directa o indirecta del virus HIV "HUMAN INMUNE VIRUS" (Virus inmunodeficiencia humana) o de una infección oportunista y/o neoplasma maligno (tumor) y/o cualquier condición de enfermedad, si al momento de producirse el Asegurado tiene Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o es seropositivo al HIV (Virus inmunodeficiencia humana). A los fines de esta exclusión, el término "Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida" tendrá el significado asignado al mismo por la Organización Mundial de la Salud, según fue dado en su publicidad anual. El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida incluirá HIV (Virus inmunodeficiencia humana), encefalopatía (demencia), HIV Síndrome Devastador y ARC "Aids Related Condition" (Condición Relacionada con el SIDA). Las infecciones oportunistas incluirán entre otras a la neumonía pneumocistis carinii, organismo del virus de enteritis crónica y/o infección diseminada de hongos. El neoplasma maligno incluirá, entre otros, al Sarcoma de Kaposi, al linfoma del sistema nervioso central y/u otras tumoraciones o neoformaciones malignas conocidas en la actualidad o que se conozcan, como consecuencia de enfermedad en presencia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida,
- b) Quedan excluidas de esta cobertura toda ortesis y prótesis cuya finalidad no sea funcional; todos aquellos elementos protésicos no incluidos específicamente en el listado adjunto por especialidad, están excluidos de la cobertura,
- c) Quedan también excluidas:
 - Hemodiálisis, tratamientos de fertilización artificial y contracepción
 - Cirugía estética o plástica reparadora por accidente
 - Implantes electrónicos o trasplantes de tejidos u órganos
 - Tratamientos con elementos radioactivos
 - Renovaciones de prótesis preexistentes al ingreso del Asegurado.