



SUPERVIELLE

SEGUROS

CONDICIONES GENERALES, ESPECIFICAS Y PARTICULARES DE SALUD MODULAR

ANEXO A

Cláusulas y/o Anexos que forman parte de esta póliza

Anexo A; CP-2203-SALUD; CG-2020-SALUD; CE-2020-IQ, CE-2020-TO, CE-2020-GP, CE-2020-CD, CE-2020-IM, CE-2020-ACV, CE-2020-GO

EN CASO DE SINIESTRO: por favor, comuníquese con el Centro de Atención al Asegurado de Supervielle Seguros al 0800-345-1599 de lunes a viernes de 9:00 a 21:00 horas o vía correo electrónico a atencionalasegurado@supervielleseguros.com

Conste que la emisión de cualquier suplemento sobre esta póliza no implica inhabilitación de cobertura si la misma se halla suspendida por falta de pago en término, a la fecha de emisión del suplemento.

MEDIOS DE PAGO

Advertencia: Medios de Pago (Artículo 1° de la Resolución ME N° 429/00 (modificado por la Resolución ME N° 407/01))

Los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros son los siguientes:

- Entidades especializadas en cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION.
- Entidades financieras sometidas al régimen de la Ley N° 21.526.
- Tarjetas de crédito, débito o compras emitidas en el marco de la Ley N° 25.065.
- 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.

Los productores asesores de seguros Ley N° 22.400 deberán ingresar el producido de la cobranza de premios a través de los medios detallados en el Artículo 1° de la presente resolución.

Supervielle Seguros pone a disposición de sus clientes la Línea Ética, un servicio de información confidencial e independiente, para comunicar todo hecho o situación irregular que afecte los intereses del Grupo Supervielle, cumplimentando asimismo los lineamientos de la Resolución N° 38.477 de la SSN. Los medios de contacto son: 0800-777-7813 y/o www.eticagruposupervielle.kpmg.com.ar

CP-2203-SALUD

CONDICIONES PARTICULARES SALUD

Edad mínima de incorporación:

Titular: Desde los 18 (dieciocho) años de edad inclusive.

Cónyuge: Desde los 18 (dieciocho) años de edad inclusive.

Hijos: Desde los 9 (nueve) días de edad inclusive.

Edad máxima de incorporación:

Titular: Hasta los 70 (setenta) años de edad inclusive.

Cónyuge: Hasta los 70 (setenta) años de edad inclusive.

Hijos: Hasta los 18 (dieciocho) años de edad inclusive.

Edad máxima de permanencia:

Titular: No Aplica

Cónyuge: No Aplica

Hijos: Hasta los 21 (veintiuno) años de edad inclusive o hasta los 25 (veinticinco) años de edad inclusive si se encuentran estudiando y a cargo del titular.

SUMA ASEGURADA:

La Suma Asegurada establecida para cada cobertura es de aplicación individual por cada Asegurado. En caso de pólizas que incluyan más de un Asegurado (Cónyuge o Grupo Familiar), dicha Suma Asegurada corresponde íntegramente a cada uno de ellos en forma independiente.

REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD:

Periodo de Carencia: contrariamente a lo establecido en las condiciones específicas, se establece una carencia de 60 días para todas las coberturas salvo para la cobertura Reintegro de Gastos Odontológicos que se mantiene en 30 días.

COBERTURA DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

Independientemente del Nivel de Beneficio definido en el Listado I: Beneficios para intervenciones quirúrgicas, la Suma Asegurada aplicable para las intervenciones quirúrgicas será única, correspondiendo a la establecida en las presentes Condiciones Particulares.

TRASPLANTE DE ORGANOS

Contrariamente a lo establecido en las condiciones específicas el beneficio se abonará dentro de los 15 (quince) días de notificado el diagnóstico del mismo o de recibidas las constancias y pruebas requeridas por la Asegurador.

SINIESTRO: ACREDITACIÓN DE VINCULO FAMILIAR

Cuando el plan contratado contemple cobertura para cónyuge y/o grupo familiar, el Asegurado Titular deberá acreditar el vínculo correspondiente con la documentación que la Aseguradora requiera al momento de la ocurrencia de un siniestro. A tales efectos, podrá solicitarse la siguiente documentación, según corresponda:

a) **Cónyuge:** Partida o certificado de matrimonio emitido por autoridad competente. En caso de unión convivencial, podrá requerirse constancia de unión convivencial registrada o documentación equivalente que acredite la convivencia conforme la normativa vigente.

b) Hijos: Partida o certificado de nacimiento que acredite el vínculo filial con el Asegurado Titular. En caso de hijos adoptivos, la documentación judicial o registral correspondiente que acredite la adopción. Para los hijos mayores de veintiún (21) años y hasta los veinticinco (25) años de edad inclusive, cuando el plan contemple su cobertura en condición de estudiantes, la Aseguradora podrá requerir adicionalmente certificado de alumno regular emitido por institución educativa oficialmente reconocida.

CG-2020-SALUD

CONDICIONES GENERALES

Artículo 1º - Prelación

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 Anexas 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:** A quienes tomen parte de póliza como 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.

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.

Conviviente es la persona comprendida en los supuestos previstos en los artículos 509 y 510 del Código Civil y Comercial (Ley 26.994).

e) **Asegurado:** A los Asegurados 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, los cuales no serán de aplicación para el caso de accidente o en caso de aplicarse otros requisitos de asegurabilidad como declaración de salud o cláusula de preexistencias.

g) **Premio:** Es el importe a pagar por la cobertura otorgada por la presente póliza a todos aquellos asegurados que la misma designe a tal efecto. El pago del premio estará a cargo de cada uno de los asegurados.

h) **Accidente:** es toda lesión corporal que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta, sufrida por el individuo independientemente de su voluntad por la acción repentina y/o violenta o con agente externo. Se considera también accidente a las asfixias en todos sus tipos, intoxicaciones por vapores y/o gases, envenenamiento y quemaduras, salvo las causadas por rayos X, insolación, enfriamientos y demás efectos de las condiciones atmosféricas.

Artículo 5º - Incorporación de asegurados a la póliza

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.

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.

Artículo 6º - 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 haberse diagnosticado al Asegurado alguno de los riesgos cubiertos, el Asegurador no podrá optar por la no renovación de la póliza.

Los nuevos miembros del grupo familiar del Asegurado se incorporarán al seguro:

□ Por matrimonio: 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: desde que tengan más 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 7º - Plazo para solicitar la incorporación al Seguro

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. La Compañía comunicará la aceptación o rechazo de la solicitud individual dentro de los treinta (30) días de recibida; en caso de silencio se considerará aprobada.

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.

Los Asegurados Principales deberán notificar a la Compañía 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 8º - Fecha de Entrada en vigor de cada Certificado Individual

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 más 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 9º - Elección del Establecimiento Asistencial

En aquellos casos en los cuales el Asegurado deba ser atendido por una afección cubierta por la póliza, 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 la atención de la afección sufrida por el Asegurado.

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 10º - 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.

Las primas solo podrán ser ajustadas en cada aniversario de la póliza por la Compañía; 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, con una anticipación no inferior a 30 días a la fecha en que comiencen a regir las mismas.

Artículo 11º - Plazo de Gracia

La Compañía concede un plazo de gracia de treinta (30) 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 Tomador y a los Asegurados nacen el mismo día y hora en que comienzan las obligaciones a su cargo establecidas precedentemente.

Artículo 12º - Falta de pago de las primas

Si cualquier prima no fuere abonada dentro del plazo de gracia, esta póliza caducará automáticamente, pero el 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.

Artículo 13° - Rescisión del certificado individual

El certificado individual cesa:

- 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 finalizar el período al que corresponde la frecuencia de primas en la cual el Asegurado alcanza la edad máxima de permanencia establecida en las Condiciones Particulares;
- e) Para los Asegurados familiares, al finalizar el período al que corresponde la frecuencia de primas en la cual el mismo pierde su condición de Miembros de Familia;
- f) Luego del análisis particular y teniendo cuenta el derecho aplicable, por comprobación de errores, simulación o fraudes referentes a un Asegurado o relacionado con sus reclamos de beneficio;
- g) Por fallecimiento del asegurado principal;
- h) Por impago de la prima en los términos convenidos.

En todos los casos planteados, 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, lo cual no afectará el compromiso de la Aseguradora para con el siniestrado, puesto que la obligación es anterior a dicha rescisión. El Asegurado Principal puede rescindir el contrato sin limitación alguna después del primer período de seguro.

Artículo 14° - 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, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo. Si la guerra comprendiera a la República Argentina, las obligaciones de la Aseguradora y del Asegurado se regirán por las normas que para tal emergencia dictara la autoridad competente,
- (e) Abuso de tóxicos, estupefacientes, drogas y psicotrópicos, salvo prescripción médica;
- (f) Abuso de alcohol,
- (g) Someterse a intervenciones quirúrgicas o médicas ilícitas o a tratamientos no autorizados legalmente o de carácter experimental o realizado 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,
- (k) Intervenir en pruebas de prototipos de aviones, automóviles u 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 alpinismo, andinismo, esquí acuático o de montaña, motonáutica y manipuleo de explosivos y/o armas o con exposición a radiaciones atómicas,
- (m) Acontecimientos catastróficos originados por reacciones nucleares o energía atómica,
- (n) Alteraciones mentales,
- (o) Epidemias, envenenamiento de carácter colectivo, enfermedades infectocontagiosas de denuncia internacional,
- (p) Temblor de tierra, erupción volcánica, inundación, fenómenos naturales, sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario,
- (q) De problemas relacionados con la esterilización masculina o femenina, cambio de sexo o mal funcionamiento sexual o esterilidad,
- (r) 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,
- (s) Cirugía estética o cosmetológica y tratamiento relacionado, con excepción de la cirugía reparadora,
- (t) Heridas autoinflingidas por el Asegurado aún las cometidas en estado de insania,
- (u) Curas de reposo.

Artículo 15° - Indemnizaciones - Pagos

Para acceder a las indemnizaciones a que hubiere lugar por la presente póliza, se deberá presentar la documentación que acredite el derecho de los reclamantes, de conformidad con lo establecido para cada caso, en las respectivas Condiciones Particulares y en el Certificado Individual, 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.

Artículo 16° - 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 17° - Beneficio

La Compañía abonará los beneficios previstos en las respectivas Condiciones Particulares y en el Certificado Individual, dentro de los quince (15) días de efectuada la denuncia o de acompañada, si procediera, la información complementaria establecida en el Artículo 15° - Indemnizaciones – Pagos.

Artículo 18° - 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 19° - 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 20° - Duplicado de póliza y de certificados – Copias

El Tomador o el Asegurado Principal, respectivamente, podrán obtener un duplicado de la póliza o Certificado Individual en cualquier momento de vigencia de la cobertura, sin cargo. 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 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.

Artículo 21° - 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 Tomador o de los Asegurados Principales, según el caso, salvo cuando la ley los declare expresamente a cargo de la Compañía.

Artículo 22° - 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 23° - Cómputo de los Plazos

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

Artículo 24° - Prórroga de 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.

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, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo. Si la guerra comprendiera a la República Argentina, las obligaciones de la Aseguradora y del Asegurado se regirán por las normas que para tal emergencia dictara la autoridad competente,
- (e) Abuso de tóxicos, estupefacientes, drogas y psicotrópicos, salvo prescripción médica;
- (f) Abuso de alcohol,
- (g) Someterse a intervenciones quirúrgicas o médicas ilícitas o a tratamientos no autorizados legalmente o de carácter experimental o realizado 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,
- (k) Intervenir en pruebas de prototipos de aviones, automóviles u 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 alpinismo, andinismo, esquí acuático o de montaña, motonáutica y manipuleo de explosivos y/o armas o con exposición a radiaciones atómicas,
- (m) Acontecimientos catastróficos originados por reacciones nucleares o energía atómica,
- (n) Alteraciones mentales,
- (o) Epidemias, envenenamiento de carácter colectivo, enfermedades infectocontagiosas de denuncia internacional,
- (p) Temblor de tierra, erupción volcánica, inundación, fenómenos naturales, sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario,
- (q) De problemas relacionados con la esterilización masculina o femenina, cambio de sexo o mal funcionamiento sexual o esterilidad,
- (r) 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,
- (s) Cirugía estética o cosmetológica y tratamiento relacionado, con excepción de la cirugía reparadora,
- (t) Heridas autoinflingidas por el Asegurado aún las cometidas en estado de insania,
- (u) Curas de reposo.

CE-2020-IQ

COBERTURA DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

Artículo 1º - 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 2º - 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.

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 o se hayan aplicado otros requisitos de asegurabilidad como Declaración de Salud o Cláusula de Enfermedades Preexistentes, según corresponda.

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 3º - 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 4º - 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, acompañado de documentación respaldatoria originada en certificaciones y resultados de estudios practicados.

Artículo 5º - 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) 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.
- (b) Tratamientos por obesidad y/o rejuvenecimiento, en sus diversas modalidades.
- (c) Intervenciones quirúrgicas ilícitas o de carácter experimental o realizadas en instituciones o por personal no habilitado legalmente, teniendo conocimiento de tales circunstancias.

- (d) Toda práctica endovascular y técnicas que no requieran apertura de tórax.

Artículo 6° - Pago de las Indemnizaciones

Las indemnizaciones a que hubiere lugar por la presente Póliza, se abonarán en base a 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 ser efectiva la indemnización correspondiente, el Asegurado Principal deberá formular su derecho por escrito, adjuntando los recaudos señalados y dentro de los quince (15) días posteriores a la terminación de la intervención quirúrgica, en los formularios provistos por la Compañía. Dicho plazo no aplicará en caso fortuito, fuerza mayor, o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia del Asegurado Principal.

La Compañía queda facultada a solicitar al Asegurado, y este se obliga a proporcionar, toda información médica adicional que esta necesite con relación a al indemnización a abonar.

El Asegurado 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 incorporado a tales efectos.

El no cumplimiento de cualquiera de las disposiciones descriptas más arriba harán perder el derecho a la indemnización.

ANEXO I – EXCLUSIONES

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) 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.
- (b) Tratamientos por obesidad y/o rejuvenecimiento, en sus diversas modalidades.
- (c) Intervenciones quirúrgicas ilícitas o de carácter experimental o realizadas en instituciones o por personal no habilitado legalmente, teniendo conocimiento de tales circunstancias.
- (d) Toda práctica endovascular y técnicas que no requieran apertura de tórax.

LISTADO I
BENEFICIOS PREVISTOS PARA INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

PRÁCTICA O PROCEDIMIENTO	CÓDIGO PMO	NIVEL DE BENEFICIO
<u>OPERACIONES DEL CRÁNEO Y SISTEMA NERVIOSO</u>		
OPERACIONES INTRACRANEANAS		
Ventriculocisternostomías	01.02.01	1
Lobectomía parcial o total	01.02.04	2
Tractotomía espinalmérica	01.02.05	1
Tratam. Quir. Aneurisma 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
CIRUGÍA VERTEBROMEDULAR		
Ligadura aneurismas medulares	01.03.03	2
Cordotomía espinalmérica	01.03.04	2
INTERVENCIONES SOBRE LOS PARES CRANEALES		
Neurotomía retrogaseriana trigeminal	01.04.01	2
Neurotomía intermediaria vestibular	01.04.03	2
Intervenciones nervios ópticos	01.04.04	2
<u>OPERACIONES OTORRINOLARINGOLÓGICAS</u>		
OPERACIONES EN EL OÍDO MEDIO		
Cirugía de glomus yugularis	03.02.10	2
Cirugía 2° y 3° nervio facial	03.02.11	2
OPERACIONES EN EL OÍDO INTERNO Y CONDUCTO AUDITIVO INTERNO		
Cirugía del saco endolinfático	03.03.03	2
Cirugía conducto auditivo interno	03.03.04	1
Tratamiento quirúrgico neurinoma acústico	03.03.06	2
OPERACIONES EN LA LARINGE		
Operación comando de laringe	03.06.01	2
OPERACIONES EN LA GLÁNDULA 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 ÚVULA
Operación comando de paladar 03.12.05 1

OPERACIONES EN AMÍGDALAS, ADENOIDES Y FARINGE
Operación comando de faringe 03.13.04 2

OPERACIONES DEL SISTEMA ENDÓCRINO

OPERACIONES EN LAS GLÁNDULAS TIROIDES Y PARATIROIDES
Operación comando de tiroides 04.01.01 1

OPERACIONES EN LAS GLÁNDULAS SUPRARRENALES
Adrenalectomía bilateral 04.02.01 1

OPERACIONES EN EL TÓRAX

OPERACIONES EN EL PULMÓN, PLEURA Y MEDIASTINO
Lobectomía, bilobectomía o neumonectomía 05.04.01 2
Resección enfisema buloso bilateral 05.04.15 2

OPERACIONES DEL SISTEMA CARDIOVASCULAR

CIRUGÍA CARDIOVASCULAR CON CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA
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 quirúrgico aneurisma de aorta 07.02.07 2
Aneurisma de aorta descendente 07.02.08 2
Cirugía de revascularización (bypass) 07.02.09/10 2
Resección de aneurisma ventricular 07.02.11 2
Resección de aneurisma c/revascularización 07.02.12 2

OPERACIONES EN ARTERIAS Y VENAS DE LA CAVIDAD TORÁCICA
Tratamiento quirúrgico aneurisma aorto-torácico 07.03.02 2

OPERACIONES EN ARTERIAS Y VENAS CAVIDAD ABDOMINO-PELVIANA
Tratamiento quirúrgico de aorta abdominal 07.04.01 2
Cirugía ramas viscerales aorta abdominal 07.04.02 2
Derivación aortobifemoral 07.04.04 2
Derivación aorto iliaca uni/bilateral 07.04.05 2
Anastomosis porto cava 07.04.07 2

OPERACIONES DEL APARATO DIGESTIVO Y ABDOMEN

OPERACIONES EN EL ESÓFAGO

Esofaguectomía total y reconstrucción	08.01.01	2
Reemplazo de esófago	08.01.04	2
OPERACIONES EN EL ESTÓMAGO		
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 para megacolon	08.05.06	2
Operaciones radicales para megacolon (2)	08.05.07	2
Colonoprotectomía total	08.05.08	2
Proctosigmoidectomía	08.05.09	2
OPERACIONES EN EL HÍGADO Y VÍAS BILIARES		
Lobectomía hepática	08.07.01	2
Segmentectomía	08.07.02	1
OPERACIONES EN EL PÁNCREAS		
Duodenopancreatectomía	08.08.01	2
<u>OPERACIONES DEL APARATO URINARIO Y GENITAL</u>		
OPERACIONES EN EL RIÑÓN Y URÉTER		
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 / ileocistoplastia	10.02.04	1
OPERACIONES EN EL ÚTERO		
Cirugía comando de útero y anexos	11.02.01	1
<u>OPERACIONES DEL SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO</u>		
ARTROPLASTÍAS		
Reemplazo de artroplastia cementada	12.10.07	1
AMPUTACIONES Y DESARTICULACIONES		
Amputación interileo abdominal	12.16.04	1
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO – PROCEDIMIENTOS COMBINADOS		
Discectomía cervical, dorsal o lumbar con artrodesis	12.17.02	1

Código PMO: corresponde al código con que se catalogan las prácticas en el Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas y Sanatoriales.

La suma asegurada según el Nivel de Beneficio se encuentra establecida en las Condiciones Particulares

CE-2020-TO
COBERTURA DE TRANSPLANTE DE ORGANOS

Artículo 1º - 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 2º – 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.

En caso de transplantes de médula ósea, se definen como tal a los que sean consecuencia de patologías primarias de la misma, no considerándose los realizados como esquema terapéutico de rescate de tumores sólidos de cualquier origen.

Artículo 3º - 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 o se apliquen otros requisitos de asegurabilidad como Declaración de Salud o Cláusula de Enfermedades Preexistentes, según corresponda.

El período de carencia deberá cumplimentarse para el caso de ingreso 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 4º - Beneficio

La compañía, una vez comprobada la realización del transplante por parte de su auditoría médica, abonará al asegurado la indemnización correspondiente al transplante que se haya efectuado, según los importes establecidos en las Condiciones Particulares.

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

Artículo 5º - 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 transplante 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 Transplantes de Órganos, sus modificatorias y reglamentaciones.

El Asegurado deberá informar directamente a la Compañía cualquier diagnóstico acerca de la necesidad de efectuarse un transplante 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.

Artículo 6° - Requisitos para el cobro del beneficio

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.

Artículo 7° - Exclusiones Específicas

Quedan excluidos:

- (a) Trasplantes ilícitos o de carácter experimental o realizados en instituciones o por personal no habilitado legalmente, teniendo conocimiento de tales circunstancias.
- (b) 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.
- (c) Los trasplantes que no sean realizados en establecimientos de la República Argentina, debidamente autorizados a tal fin por la autoridad nacional competente, y por profesionales habilitados a tal fin
- (d) Trasplantes 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 8° - 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
COBERTURA DE TRANSPLANTE DE ORGANOS

Quedan excluidos:

- (a) Transplantes ilícitos o de carácter experimental o realizados en instituciones o por personal no habilitado legalmente, teniendo conocimiento de tales circunstancias.
- (b) 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.
- (c) 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 a tal fin, quedando excluida cualquier indemnización por transplantes que no cumplan con los requisitos.
- (d) Trasnpantes 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.

CE-2020-GP

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 o reemplazo de una prótesis comprendida en el "Anexo Beneficios Previstos", dentro de las especialidades de: Traumatología y Ortopedia, Cardiovasculares, Neuroquirúrgicas, Auditivas u Oculares.

No están incluidas en esta definición las renovaciones de prótesis preexistentes al ingreso del Asegurado.

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.

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 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 esta cobertura.
- (b) Quedan también excluidas:
 - Hemodiálisis, tratamientos de fertilización artificial y contracepción
 - Cirugía estética o plástica reparadora por accidente
 - Implantes electrónicos o transplantes 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 o se hayan aplicado otros métodos de suscripción como Declaración de Salud o Cláusula de Preexistencias, según corresponda.

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 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 I – EXCLUSIONES COBERTURA DE REINTEGRO DE GASTOS EN CASO DE PRÓTESIS

Exclusiones de esta cláusula

- (a) Quedan excluidas de esta cobertura toda ortesis y prótesis cuya finalidad no sea funcional; todos aquellos elementos protésico no incluidos específicamente en el listado adjunto por especialidad están excluidos de esta cobertura.
- (b) 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

ANEXO 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/Milwokat). 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.
- 1.12) Andadores y Sillas para patologías infantiles

2.- CARDIOVASCULARES

▪ Incluye:

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

▪ Excluye:

- 2.5) Desfibriladores
- 2.6) Elementos o insumos descartables para hemodinamia o cardiocirugía (oxigenador, tubuladuras, cánulas arteriales, transductores de presión)
- 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.

3.- NEUROQUIRÚRGICAS

- Incluye:

- 3.1) Válvulas para hidrocefalia, catéteres ventriculares, reservorios de Richman, catéteres peritoneales y arteriales, sistema de derivación de líquido cefalorraquídeo lumboperitoneal.
- 3.2) Clips para aneurismas.

- Excluye:

- 3.3) Estimuladores Epidurales
- 3.4) Stent Arteriales o Expansores Vasculares mecánicos de cualquier tipo.

4.- AUDITIVAS

- Incluye:

- 4.1) Audífonos según características audiométricas del asegurado. En caso de asegurados con trastornos de audición bilaterales se reconocerá un sólo audífono.

- Excluye:

- 4.2) Tubos de ventilación de oído
- 4.3) Prótesis de oídos medio huesecillos
- 4.4) Prótesis cocleares

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.

CE-2020-CD COBERTURA DE PAGO ÚNICO POR CÁNCER DIAGNOSTICADO

Artículo 1° - Definición del Riesgo Cubierto

La Compañía indemnizará el Capital Asegurado consignado en las Condiciones Particulares cuando al Asegurado se le diagnostique por primera vez Cáncer, con posterioridad a los períodos de carencia estipulados en la presente cláusula. A los fines de esta póliza se definirá como cáncer a la enfermedad producida por un tumor maligno caracterizado por el crecimiento y expansión incontrolados de células malignas, con invasión y destrucción del tejido normal. El cáncer debe ser diagnosticado y confirmado como tal por un profesional especializado, patólogo, a través de análisis histológicos. Se incluyen: leucemia, linfoma maligno, enfermedad de Hodgkin, enfermedades malignas de médula ósea y cáncer de piel metastásico.

Artículo 2° - Beneficio Previsto

En caso de que al Asegurado se le diagnostique por primera vez algún tipo de Cáncer cubierto por ésta Cláusula, la Compañía hará un pago único al momento de la comprobación del Siniestro. El Capital Asegurado es el que se consigna en las Condiciones Particulares.

El pago del beneficio se hará dentro de los 15 (quince) días de notificado el Siniestro o de cumplidos los requisitos estipulados en el Artículo 6°. El pago realizado por la Compañía conforme a los términos y condiciones de este artículo liberará totalmente a la Compañía de toda otra obligación con respecto al mismo

Artículo 3° - Exclusiones Específicas

Se excluyen expresamente:

- a) Tumores benignos.
- b) "Carcinoma in situ", displasia cervical, cáncer de cérvix CIN I, II y III y todas las situaciones de premalignidad o cánceres no invasivos.
- c) Cáncer de próstata temprano intraglandular diferenciado, sin contacto ni invasión de cápsula ni de uretra, focal o multifocal.
- d) Melanoma de piel menor a un milímetro sin ulceración y sin invasión de dermis reticular.
- e) Hiperqueratosis o carcinomas de células basales de piel.
- f) Carcinomas de células escamosas de piel salvo que exista metástasis.
- g) Carcinoma ductal "in situ" de mama.
- h) Sarcoma de Kaposi y todo tumor asociado a la condición de HIV positivo.

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 60 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 fue contraída u originada antes de la finalización del plazo de carencia.

No existirá período de carencia en los casos en que se hayan aplicado otros métodos de suscripción como Declaración de Salud o Cláusula de Preexistencias, según corresponda.

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 6° - Comprobación de la Enfermedad

Corresponde al Asegurado:

- a) Denunciar a la Compañía el diagnóstico de la enfermedad dentro de los 30 días de haber sido notificado del mismo, salvo casos de fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.
- b) Presentar a la Compañía el diagnóstico confirmado por un informe anatomopatológico suscripto por especialista legalmente autorizado para el ejercicio de la profesión. No será válida al respecto el sólo diagnóstico clínico oncológico.

c) Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta dos exámenes médicos por facultativos designados por la Compañía y con gasto a cargo de ésta.

Artículo 7º – Terminación de la cobertura

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

ANEXO I – EXCLUSIONES COBERTURA DE PAGO ÚNICO POR CÁNCER DIAGNOSTICADO

Se excluyen expresamente:

- a) Tumores benignos.
- b) “Carcinoma in situ”, displasia cervical, cáncer de cérvix CIN I, II y III y todas las situaciones de premalignidad o cánceres no invasivos.
- c) Cáncer de próstata temprano intraglandular diferenciado, sin contacto ni invasión de cápsula ni de uretra, focal o multifocal.
- d) Melanoma de piel menor a un milímetro sin ulceración y sin invasión de dermis reticular.
- e) Hiperqueratosis o carcinomas de células basales de piel.
- f) Carcinomas de células escamosas de piel salvo que exista metástasis.
- g) Carcinoma ductal “in situ” de mama.
- h) Sarcoma de Kaposi y todo tumor asociado a la condición de HIV positivo.

CE-2020-IM DIAGNÓSTICO DE INFARTO DE MIOCARDIO

Artículo 1º - Riesgo Cubierto

La Aseguradora concederá al Asegurado el beneficio que acuerdan las presentes Cláusulas cuando al mismo le haya sido diagnosticada la enfermedad definida en el artículo 3 - Beneficios, siempre que el diagnóstico ocurra durante la vigencia de las presentes Cláusulas.

Artículo 2º - Riesgos no Cubiertos

Quedan exceptuados del riesgo que asume la Aseguradora las enfermedades producidas como consecuencia de los riesgos no cubiertos previstos en las Condiciones Generales Comunes.

Artículo 3º - Beneficios

La Aseguradora, comprobado el diagnóstico de la enfermedad, abonará al Asegurado la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares.

La Compañía concederá el beneficio que acuerdan estas Cláusulas cuando el Asegurado padezca exclusivamente la siguiente enfermedad:

Infarto de Miocardio: Se entiende por esta enfermedad la primera ocurrencia de un infarto de miocardio definido como la muerte o necrosis de una parte del músculo cardíaco, como consecuencia de una interrupción brusca del aporte sanguíneo al miocardio. El diagnóstico deberá ser inequívoco y basado en todas y cada una de las siguientes condiciones:

- a) Historia de dolor torácico típico, indicativo de Cardiopatía Isquémica y
- b) Cambios nuevos detectados por Electrocardiograma, que confirmen el infarto y
- c) Aumento de las enzimas cardíacas por encima de los valores standard de laboratorio y
- d) Asistencia médica estando internado en un establecimiento legalmente autorizado, que opere bajo la supervisión permanente de un médico acreditado como tal durante las veinticuatro (24) horas del día.

Se excluyen expresamente los microinfartos con solo una elevación mínima de Troponina-T y sin anomalía diagnóstica en el trazo del Electrocardiograma o signos clínicos, y la angina de pecho.

Artículo 4º - Carácter del Beneficio

La indemnización por la enfermedad definida en el “Artículo 3º – Beneficios” es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la póliza y, en consecuencia, la Aseguradora no hará por tal concepto, deducción alguna de la suma asegurada a pagarse por cualquiera de ellos.

El beneficio previsto en estas Cláusulas se pagará una sola vez. Abonada la suma asegurada que concede esta cobertura, la misma cesará y no podrá volverse a otorgar en las futuras renovaciones.

Artículo 5º - Comprobación de la Enfermedad Cubierta

Corresponde al Asegurado o su representante:

- a) Denunciar la existencia de la enfermedad cubierta, conforme el plazo definido en Condiciones Particulares, el cual nunca será inferior a los TRES (3) días, contados desde la ocurrencia del mismo, o desde que el denunciante conozca la existencia del beneficio, lo que fuera posterior, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.
- b) Presentar las constancias médicas y/o testimoniales de su comienzo y causas;
- c) Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta DOS (2) exámenes médicos por facultativos designados por la Aseguradora y con gastos a cargo de ésta.

Artículo 6º - Finalización de la Cobertura

La cobertura que esta cláusula otorga terminará en la fecha en que se verifique alguno de los eventos previstos en el Artículo 13 de las Condiciones Generales o en los siguientes casos:

- a) Cuando el Asegurado cumpla la Edad Máxima de Permanencia establecida en las Condiciones Particulares para la presente cobertura.
La continuidad de cobro de prima, luego del arribo a tal edad máxima, se considerará como prórroga de vigencia hasta finalizado el período de riesgo cubierto amparado por dicha prima.
- b) Por la renuncia a continuar asegurado por la presente cobertura.
- d) A partir de haberse efectuado el pago de la suma asegurada en virtud de esta Cláusula.

La renuncia a que se refiere el punto b), deberá ser comunicada por medio fehaciente a la Aseguradora por el Asegurado Titular dentro de los TREINTA (30) días corridos desde la fecha en la cual se produjera dicho evento.

En todos los casos, la rescisión de la cobertura operará al término del mes por el cual se hubieren descontado primas, y se devolverá la prima no ganada, si la hubiere, correspondiente a la cobertura rescindida.

Artículo 7º - Período de Carencia

Se establece un período de carencia de 60 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 fue contraída u originada antes de la finalización del plazo de carencia.

No existirá período de carencia en los casos en que se hayan aplicado otros métodos de suscripción como Declaración de Salud o Cláusula de Preexistencias, según corresponda.

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.

ANEXO I - EXCLUSIONES

DIAGNÓSTICO DE INFARTO DE MIOCARDIO

Quedan exceptuados del riesgo que asume la Aseguradora las enfermedades producidas como consecuencia de los riesgos no cubiertos previstos en las Condiciones Generales Comunes.

CE-2020-ACV
DIAGNÓSTICO DE ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR (ACV)

Artículo 1º - Riesgo Cubierto

La Aseguradora concederá al Asegurado el beneficio que acuerdan las presentes Cláusulas cuando al mismo le haya sido diagnosticada la enfermedad definida en el artículo 3 - Beneficios, siempre que el diagnóstico ocurra durante la vigencia de las presentes Cláusulas.

Artículo 2º - Riesgos no Cubiertos

Quedan exceptuados del riesgo que asume la Aseguradora las enfermedades producidas como consecuencia de los riesgos no cubiertos previstos en las Condiciones Generales Comunes.

Artículo 3º - Beneficios

La Aseguradora, comprobado el diagnóstico de la enfermedad, abonará al Asegurado la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares.

La Compañía concederá el beneficio que acuerdan estas Cláusulas cuando el Asegurado padezca exclusivamente la siguiente enfermedad:

Accidente Cerebro Vascular (ACV): Se entiende por esta enfermedad a un accidente cerebrovascular que produzca la necrosis del tejido cerebral como resultado de una interrupción brusca del suministro sanguíneo adecuado al área involucrada, ya sea por trombosis, embolia o hemorragia masiva intracerebral o dentro del espacio subaracnoideo, que cause deficiencia neurológica permanente y que en opinión de un especialista neurólogo genere una secuela que será definitiva. La evaluación del especialista mencionado no deberá ser practicada antes de los 60 días de iniciado el cuadro descripto. El diagnóstico debe estar confirmado por cambios nuevos detectados por medio de tomografía axial computarizada o resonancia magnética nuclear.

Se excluyen expresamente:

- a) Accidente isquémico transitorio.
- b) Infarto de tejido cerebral o hemorragia intracraneal como resultado de traumatismo externo o de enfermedades intracraneanas ocupantes e infecciones.

Artículo 4º - Carácter del Beneficio

La indemnización por la enfermedad definida en el "Artículo 3º – Beneficios" es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la póliza y, en consecuencia, la Aseguradora no hará por tal concepto, deducción alguna de la suma asegurada a pagarse por cualquiera de ellos.

El beneficio previsto en estas Cláusulas se pagará una sola vez. Abonada la suma asegurada que concede esta cobertura, la misma cesará y no podrá volverse a otorgar en las futuras renovaciones.

Artículo 5º - Comprobación de la Enfermedad Cubierta

Corresponde al Asegurado o su representante:

- a) Denunciar la existencia de la enfermedad cubierta, conforme el plazo definido en Condiciones Particulares, el cual nunca será inferior a los TRES (3) días, contados desde la ocurrencia del mismo, o desde que el denunciante conozca la existencia del beneficio, lo que fuera posterior, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.
- b) Presentar las constancias médicas y/o testimoniales de su comienzo y causas;
- c) Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta DOS (2) exámenes médicos por facultativos designados por la Aseguradora y con gastos a cargo de ésta.

Artículo 6º - Finalización de la Cobertura

La cobertura que esta cláusula otorga terminará en la fecha en que se verifique alguno de los eventos previstos en el Artículo 13 de las Condiciones Generales o en los siguientes casos:

a) Cuando el Asegurado cumpla la Edad Máxima de Permanencia establecida en las Condiciones Particulares para la presente cobertura.

La continuidad de cobro de prima, luego del arribo a tal edad máxima, se considerará como prórroga de vigencia hasta finalizado el período de riesgo cubierto amparado por dicha prima.

b) Por la renuncia a continuar asegurado por la presente cobertura.

d) A partir de haberse efectuado el pago de la suma asegurada en virtud de esta Cláusula.

La renuncia a que se refiere el punto b), deberá ser comunicada por medio fehaciente a la Aseguradora por el Asegurado Titular dentro de los TREINTA (30) días corridos desde la fecha en la cual se produjera dicho evento.

En todos los casos, la rescisión de la cobertura operará al término del mes por el cual se hubieren descontado primas, y se devolverá la prima no ganada, si la hubiere, correspondiente a la cobertura rescindida.

Artículo 7° - Período de Carencia

Se establece un período de carencia de 60 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 fue contraída u originada antes de la finalización del plazo de carencia.

No existirá período de carencia en los casos en que se hayan aplicado otros métodos de suscripción como Declaración de Salud o Cláusula de Preexistencias, según corresponda.

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.

ANEXO I - EXCLUSIONES

DIAGNÓSTICO DE ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR (ACV)

Quedan exceptuados del riesgo que asume la Aseguradora las enfermedades producidas como consecuencia de los riesgos no cubiertos previstos en las Condiciones Generales Comunes.

CE-2020-GO

REINTEGRO DE GASTOS ODONTOLÓGICOS (TAXATIVA)

Artículo 1° - Riesgo Cubierto

La compañía reembolsará los gastos dentales efectivamente incurridos por el asegurado a causa de una enfermedad o accidente de origen odontológico exclusivamente por las prestaciones indicadas taxativamente en el Artículo 3° "Escala de Beneficios"; sólo si las mismas son prescriptas y otorgadas por un odontólogo matriculado, y hasta el porcentaje de la Suma Máxima Asegurada establecida en las Condiciones Particulares, según la prestación recibida y siempre que haya transcurrido el período de carencia y que la póliza se encuentre vigente.

Artículo 2° - Beneficio

La Compañía una vez comprobado el hecho cubierto, reembolsará al Asegurado el gasto en que hubiere incurrido hasta el porcentaje de la Suma Asegurada establecido para la prestación que taxativamente se indican en el Artículo 3° "Escala de beneficios", dentro del plazo estipulado en el Artículo 49, 2° párrafo de la Ley N° 17.418.

Artículo 3° - Escala de Beneficios

Se detallan a continuación las prestaciones cubiertas:

Prestación	% de la Suma Asegurada	Período de Carencia
Consultas	40%	30 días

Preventiva	40%	30 días
Endodoncia	100%	30 días
Radiología	60%	30 días
Operatoria dental	100%	30 días
Cirugía	100%	30 días

Artículo 4º - Definiciones

Para los efectos de esta cobertura se entiende por:

- a) **ENFERMEDAD DE ORIGEN ODONTOLÓGICO:** Toda enfermedad que afecta al diente, encía periodonto y hueso alveolar, incluyéndose las afecciones de tipo esquelética.
- b) **ACCIDENTE:** Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del asegurado ocasionándole una o más lesiones físicas de carácter odontológico que se manifiesten por contusiones o heridas visibles, y también los casos de lesiones internas reveladas por los exámenes correspondientes.
- c) **ODONTOLOGO O DENTISTA:** Todo profesional habilitado y autorizado legalmente para practicar la odontología y que está calificada para efectuar el tratamiento requerido, según las normas legales vigentes.
- d) **GASTO DENTAL INCURRIDO POR EL ASEGURADO:** El costo de la prestación efectivamente abonado por el asegurado.

Artículo 5º - Exclusiones Específicas

Adicionalmente a las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales Comunes de esta póliza, quedan excluidas de esta cobertura y por lo tanto no se reembolsarán los gastos incurridos cuando ellos provengan o se originen por:

- a) Procedimientos dentales realizados por dentistas no habilitados ni autorizados legalmente para practicar la odontología humana.
- b) Cualquier gasto dental que tenga su origen en tratamientos no especificados en las coberturas que contemplan estas condiciones.
- c) Medicamentos.
- d) Procedimientos de profilaxis realizadas dentro de los 6 meses siguientes de efectuar un procedimiento similar

Artículo 6º - Monto Máximo de Reembolso

La Compañía sólo reembolsará el gasto incurrido por el Asegurado a consecuencia de una o más prestaciones derivadas de un siniestro, cubiertas en virtud de estas condiciones, con un máximo de acuerdo a los porcentajes señalados en el Artículo 3º según la prestación y hasta agotar la suma máxima anual para esta cobertura.

El reembolso anual por persona por la totalidad de los siniestros ocurridos durante la vigencia de la póliza, en ningún caso superará la Suma Asegurada

Máxima establecida en las Condiciones Particulares. A estos efectos el año se cuenta desde el día de inicio de vigencia de la póliza.

Artículo 7º - Requisitos para la denuncia del Siniestro

Efectuado un gasto dental reembolsable en virtud de la presente cobertura, el Asegurado deberá informarlo a La Compañía., dentro de los 15 (quince) días de haberse efectuado, salvo casos de fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.

El cumplimiento extemporáneo de esta obligación, hará perder los derechos del Asegurado, salvo caso fortuito o fuerza mayor, liberando a La Compañía del pago de la indemnización que habría correspondido. El Asegurado deberá:

- a) Entregar a La Compañía los originales extendidos a nombre del Asegurado de los recibos, boletas y facturas cuando corresponda, copia de órdenes de atención, copié de programas médicos u otros documentos que acrediten el gasto incurrido: y su cancelación.
- b) Los antecedentes médicos y exámenes radiológicos que obren en poder del Asegurado para efectos de determinar y verificar la efectividad de la prestación dental cuyo reembolso se solicita.

La compañía queda facultada para solicitar los documentos adicionales que estime del caso, a efectos de aclarar la ocurrencia de un siniestro y determinar su monto. Además, podrá practicar a su costo Exámenes médicos (hasta un máximo de dos) al Asegurado.

Artículo 8° - Finalización de la Cobertura

La cobertura que esta cláusula otorga terminará en la fecha en que se verifique alguno de los eventos previstos en el Artículo 13 de las Condiciones Generales o en los siguientes casos:

- a) Cuando el Asegurado cumpla la Edad Máxima de Permanencia establecida en las Condiciones Particulares para la presente cobertura.

La continuidad de cobro de prima, luego del arribo a tal edad máxima, se considerará como prórroga de vigencia hasta finalizado el período de riesgo cubierto amparado por dicha prima.

- b) Por la renuncia a continuar asegurado por la presente cobertura.

- d) A partir de haberse efectuado pagos en virtud de esta Cláusula que alcancen el Monto Máximo de Reembolso establecido en las Condiciones Particulares. Sin perjuicio de la presente causal de finalización de cobertura, la misma podrá ser contratada nuevamente, previo consentimiento de la Aseguradora.

La renuncia a que se refiere el punto b), deberá ser comunicada por medio fehaciente a la Aseguradora por el Asegurado Titular dentro de los TREINTA (30) días corridos desde la fecha en la cual se produjera dicho evento.

En todos los casos, la rescisión de la cobertura operará al término del mes por el cual se hubieren descontado primas, y se devolverá la prima no ganada, si la hubiere, correspondiente a la cobertura rescindida

ANEXO I - EXCLUSIONES

REINTEGRO DE GASTOS ODONTOLÓGICOS (TAXATIVA)

Adicionalmente a las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales Comunes de esta póliza, quedan excluidas de esta cobertura y por lo tanto no se reembolsarán los gastos incurridos cuando ellos provengan o se originen por:

- a) Procedimientos dentales realizados por dentistas no habilitados ni autorizados legalmente para practicar la odontología humana.
- b) Cualquier gasto dental que tenga su origen en tratamientos no especificados en las coberturas que contemplan estas condiciones.
- c) Medicamentos.
- d) Procedimientos de profilaxis realizadas dentro de los 6 meses siguientes de efectuar un procedimiento similar