

CONDICIONES PARTICULARES ACCIDENTES PERSONALES COLECTIVO

Póliza única (NUP):	16016258	Año renov.		Vigencia de la póliza	
Endoso:	2	Desde 0hs del:	01/10/2023	Hasta 0hs del:	ANUAL RENOVABLE
Tipo de endoso:	CAMBIOS POR CORRECCION		Vigencia de facturación		
Tipo de producto:	ACC.PERS.(C)	Desde 0hs del:	01/10/2023	Hasta 0hs del:	01/11/2023
Contratante / Tomador:	2956531 COLEGIO DE MEDICOS VETERINARIOS DE ENTRE RIOS				
Domicilio:					
CUIT:	33595184199	Ramo o actividad:			
Condición ante el IVA:	INSCRIPTO	Teléfono:			
E-mail:	vetiso@gmail.com				
Grupo asegurable/asegurado:	VETERINARIO NO DOMESTICO				
Agente / Productor:	4517 - BATTAUZ MARINA DEL ROSARIO				
E-mail Agente/Productor:	marina.battauz.seguros@gmail.com	CUIT/N° de matrícula:	70317		

→ CONDICIONES DEL SEGURO

Pago de primas del seguro a cargo del tomador:	100.00 %	Pago de primas del seguro a cargo del asegurado:	0.00 %
Edad mínima de ingreso:	14 años	Edad máxima de ingreso:	85 años
Periodicidad de pago/envío de la información:	MENSUAL	Suma asegurada del período:	\$ 0.00
Tasa del premio:		Lugar de pago:	Marcelo T. de Alvear 1541, CABA
Tipo de conducto:	TRANS./DEPOSITO BANCARIO	N° de conducto:	0
Escala de capitales asegurados:	Mínimo: \$ 1,000,000.00	Máximo:	\$ 1,000,000.00

→ RIESGOS CUBIERTOS

Cobertura	Franquicia	Período no cubierto	Límite Máximo	Edad máxima de cobertura
GASTOS MEDICOS MIN: \$ 100,000.00 MAX: \$ 100,000.00	\$ 2000			75
ITP C MIN: \$ 1,000,000.00 MAX: \$ 1,000,000.00				75
MUERTE ACCIDENTAL (3) MIN: \$ 1,000,000.00 MAX: \$ 1,000,000.00				86
RENTA DIARIA POR INCAPACIDAD TEMPORAL MIN: \$ 8,000.00 MAX: \$ 8,000.00				75
RENTA DIARIA POR INTERNACION AP MIN: \$ 8,000.00 MAX: \$ 8,000.00				75

Alcance/radio de la cobertura:	24 horas	Cantidad mínima de asegurados:	1
--------------------------------	----------	--------------------------------	---

CONDICIONES CONTRACTUALES: La póliza de seguro de accidentes personales se encuentra integrada por las Condiciones Generales, Condiciones Generales Específicas, Condiciones Específicas correspondientes a las coberturas contratadas que se indican en el cuadro de riesgos cubiertos. Asimismo la integran la Cláusula de Ajuste de la suma asegurada y endosos de póliza. Las exclusiones comunes de cobertura se encuentran detalladas en el Anexo 1, parte integrante de la póliza.

Póliza:	16016258	Endoso:	2
---------	----------	---------	---

→ DISCRIMINACIÓN DEL PREMIO INICIAL

Prima pura:	\$ 0.00	Gastos de administración:	\$ 0.00	Gastos de adquisición:	\$ 0.00
Prima de tarifa:	\$ 0.00	Tasas, impuestos y sellados:	\$ 0.00	Derecho de emisión:	\$ 0.00
IVA:	\$ 0.00	Premio total:	\$ 0.00		

La entidad aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado. Por reclamos, que no hayan sido solucionados previamente por las vías de atención al público de la entidad, podrán comunicarse con este Servicio al teléfono 5811-7900. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web cnp.com.ar. En caso de que existiera un reclamo ante la entidad aseguradora y que el mismo no haya sido resuelto o haya sido desestimado, total o parcialmente, o que haya sido denegada su admisión, podrá comunicarse con la Superintendencia de Seguros de la Nación por teléfono al 0800-666-8400 o por correo electrónico a consultas@ssn.gov.ar.

IMPORTANTE: Cuando el texto de la presente póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considera aprobada por el Tomador si no reclamara dentro de un mes de haber recibido la póliza. La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8 del Reglamento General de la Actividad Aseguradora. Esta póliza ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación por Proveídos N° 101.273, 119.760 y 109.102

Los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros son: Transferencias bancarias, Débitos directos, Depósitos, Tarjetas prepagas no bancarias, Billetera virtual, Pagos electrónicos, Cheques cancelatorios, Cheques de terceros endosados por el asegurado o tomador de la póliza, Entidades especializadas en cobranza (cadenas de pagos de servicios), Efectivo con comprobante de pago emitido por un controlador fiscal homologado por AFIP y registrado por la SSN y hasta la suma de \$1000, cualquier medio electrónico de pago habilitado por el Banco Central de la República Argentina.

Los asegurados podrán solicitar información ante la SSN con relación a la Aseguradora, dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721(C.P.1067), Ciudad de Buenos Aires, o al teléfono 4338-4000 (líneas rotativas), en el horario de 10.30 a 17.30, o vía internet a la siguiente dirección: www.ssn.gov.ar

Para consultas o reclamos, comunicarse con CNP ASSURANCES COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A al 0800-7777-267

Buenos Aires, 31 de Octubre de 2023

Lugar y fecha de emisión



Rosana Techima
Directora General

COMPROBANTE DE ENTREGA DE PÓLIZA

Fecha de entrega:	31 de Octubre de 2023
-------------------	-----------------------

Apellido y nombre del Tomador:	COLEGIO DE MEDICOS VETERINARIOS DE ENTRE RIOS		
Domicilio:	SANTA FE N.111		
Agente / Productor:	4517 - BATTAUZ MARINA DEL ROSARIO		
Póliza N°:	16016258		
Vigencia desde:	01/10/2023	Vigencia hasta:	01/11/2023
Producto CNP:	ACCIDENTES PERSONALES COLECTIVO		

Dejo constancia de haber recibido la póliza de seguro que se detalla precedentemente.

Por la presente, presto conformidad a recibir toda información y documentación referida a este seguro, a través de la página web www.cnp.com.ar o del correo electrónico por mí declarado. Tomo conocimiento de que podré requerir a CNP un ejemplar en original de la documentación que me remitiera por medios electrónicos.

El Tomador del seguro colectivo se compromete a hacer entrega a los asegurados individuales los Certificados de Incorporación emitidos por CNP Assurances. La compañía podrá solicitar o acceder en cualquier momento a la información, documentación y registros en poder del Tomador relacionados con la ejecución de este contrato.

.....
Firma del Tomador



Rosana Techima
Directora General

Sr. Tomador:

Una vez completado este formulario, se ruega remitirlo a CNP Assurances Compañía de Seguros S.A. por el medio utilizado habitualmente. Por cualquier duda, puede contactarse en forma gratuita con nuestro Centro de Atención al Cliente, de lunes a viernes de 9 hs. a 18 hs. al 0800-7777-CNP(267). Le recordamos además, que puede consultar su póliza en nuestro espacio exclusivo para clientes en www.cnp.com.ar.
Gracias por elegirnos.

FACTURA

Póliza única (NUP):	16016258	Endoso:	2	Vigencia de la póliza			
C.U.I.T.:	33595184199			Desde 0hs. del:	01/10/2023	Hasta 0hs. del:	ANUAL RENOVABI
IVA Póliza:	INSCRIPTO			Tipo de endoso:	CAMBIOS POR CORRECCION		
Contratante:	2956531 COLEGIO DE MEDICOS VETERINARIOS DE ENTRE RIOS						
Domicilio:	SANTA FE N.111 - (3100) PARANA - ENTRE RIOS						
Ramo o actividad:	OTRAS ACTIVIDADES NO DETALLADAS			Vigencia de facturación			
Grupo asegurable:	VETERINARIO NO DOMESTICO		Desde 0hs. del:	01/10/2023	Hasta 0hs. del:	01/11/2023	
Suma asegurada del período:	\$ 0.00		Vencimiento de pago:	01/10/2023			

Plan de cuotas:	
1 - 01/10/2023 - \$ 0.00	

→ DISCRIMINACIÓN DEL PREMIO INICIAL

Moneda:	Pesos	Prima pura:	\$ 0.00
Gastos de adquisición:	\$ 0.00	Gastos de administración:	\$ 0.00
Prima de tarifa:	\$ 0.00	Derecho de emisión:	\$ 0.00
Impuestos y tasas:	\$ 0.00	IVA:	\$ 0.00
Premio total:	\$ 0.00	Conducto de pago:	TRANS./DEPOSITO BANCARIO

→ CÓDIGO DE PAGO FÁCIL

Valor cuota 1 a abonar:	\$ 0.00
-------------------------	---------

Buenos Aires, 31 de Octubre de 2023

Lugar y fecha



Rosana Techima
Directora General

DOCUMENTO NO VÁLIDO COMO COMPROBANTE FISCAL I EXCEPTUADO CUMPLIMIENTO R.G. AFIP N° 1415/03 – ART 5°, 8° Y ANEXO 1 APARTADO A INC D)
IMPORTANTE: En la fecha indicada en "VENCIMIENTO DE PAGO" se deberá abonar el total del premio o la cuota del plan de pago que se hubiera acordado, según se detalle en la forma de pago y/o en el Art. "Pago de las Primas". De acuerdo a lo establecido en dicha cláusula, el riesgo asegurado por esta póliza quedará automáticamente sin cobertura por la simple mora en cualquiera de los pagos convenidos. Sólo se reconocerán los recibos emitidos en formularios de la Compañía.

CLAUSULA DE COBRANZA DEL PREMIO

Artículo 1*

El premio de este seguro (anual, mensual, bimestral, trimestral, cuatrimestral o semestral), **deberá** ser abonado total o parcialmente, como **condición** imprescindible y excluyente para que **dé** comienzo la cobertura, la que **operará** a partir del momento de la **recepción** del pago por parte del Asegurador, circunstancia que **quedará acreditada mediante extensión del recibo oficial correspondiente**.

Si el Asegurador aceptase financiar el premio, el primer pago que **dará** comienzo a la cobertura **según** se indica en el **párrafo** anterior, **deberá** contener **además** el Impuesto al Valor Agregado correspondiente al contrato.

Para el caso de pago en cuotas, el Asegurador **podrá** aplicar un componente financiero, que se **determinará** de acuerdo a lo dispuesto en el Art. 4* de la **Resolución N° 21.523** de la Superintendencia de Seguros de la Nación.

Se entiende por premio, la prima **más** los impuestos, tasas, **gravámenes** y todo otro recargo adicional de la misma.

Artículo 2*

Para los pagos del premio siguientes al inicial, el Asegurador concede un plazo de gracia de treinta (30) días para el pago, sin recargo ni intereses, el que se **contará** desde las cero (0) horas del día de vencimiento del premio. Durante dicho plazo la **póliza continuará** en vigor, y si dentro de **él** se produjera un siniestro, se **deducirá** de la suma a abonarse por tal concepto la prima o **fracción** de prima impaga vencida. Si el premio no fuera abonado dentro del plazo de gracia, la cobertura **quedará automáticamente** rescindida desde la cero (0) horas del vencimiento impago, sin necesidad de **interpelación** judicial o extrajudicial alguna, ni **constitución** en mora, la que se **producirá** por el solo vencimiento del plazo.

Artículo 3*

El plazo de pago no podrá exceder el plazo de la facturación, disminuido en treinta (30) días.

Artículo 4*

Las disposiciones de la presente **Cláusula** son **también** aplicables a los premios de los seguros de **período** menor de un (1) año, y a los adicionales por endosos o suplementos de la póliza.

Artículo 5*

Cuando la prima quede sujeta a **liquidación** definitiva sobre la base de las declaraciones que deba efectuar el Asegurado, el premio adicional **deberá** ser abonado dentro de los dos (2) meses desde el vencimiento del contrato.

Artículo 6*

Todos los pagos que resulten de la **aplicación** de esta **Cláusula** se **efectuarán** de acuerdo a los medios de cobranza autorizados que se indican en las Condiciones Particulares.

Artículo 7*

Aprobada la **liquidación** de un siniestro, el Asegurador **podrá** descontar de la indemnización cualquier saldo o deuda vencido de este contrato.

CONDICIONES GENERALES

Artículo 1 - PREEMINENCIA NORMATIVA

Esta póliza consta de Condiciones Generales, Condiciones Generales Específicas, Condiciones Específicas y Condiciones Particulares. En caso de discordancia entre las mismas, registrá el siguiente orden de prelación:

Condiciones Particulares

Condiciones Específicas

Condiciones Generales Específicas

Condiciones Generales

Artículo 2 - VIGENCIA

Esta póliza adquiere fuerza legal desde la fecha de inicio de vigencia indicada en las Condiciones Particulares de póliza, renovándose anualmente en forma automática.

Artículo 3 - COBERTURA

El Asegurador se compromete al pago de los beneficios estipulados en las Condiciones Específicas de las coberturas que se indican en las Condiciones Particulares de póliza, cuando el Asegurado sufra durante la vigencia del seguro alguna de las contingencias previstas en las coberturas contratadas a causa de un accidente cubierto, siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha de ocurrencia del mismo, sujeto a los términos y condiciones establecidos en las Condiciones Particulares, Condiciones Generales y Condiciones Específicas que integran el presente contrato.

Los beneficios previstos para las distintas coberturas son independientes entre sí, a excepción de los importes abonados en concepto de Incapacidad Permanente, los que se deducen del beneficio a abonar en caso de fallecimiento del Asegurado.

La cobertura se extiende al tránsito y/o permanencia del Asegurado en el extranjero, salvo en países que no mantengan relaciones diplomáticas con la República Argentina.

Artículo 4 - DEFINICION DE ACCIDENTE

A los efectos de este seguro, se entiende por accidente a toda lesión corporal sufrida por el Asegurado independientemente de su voluntad, por una causa fortuita, exterior, súbita y violenta, y que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta. Se excluyen todas las lesiones que sean consecuencias de enfermedades o desórdenes físicos.

Artículo 5 - TIPOS DE ACCIDENTE

Se podrán cubrir las contingencias previstas a causa de los tipos de accidente que se definen a continuación, conforme las limitaciones o exclusiones estipuladas en la presente póliza:

- **Todo Accidente**

Son todos los accidentes que puedan ocurrir al Asegurado, ya sea en el ejercicio de la profesión declarada, o mientras se halle prestando servicio militar en tiempo de paz, o en su vida particular, o mientras esté circulando o viajando en vehículos particulares terrestres o acuáticos, propios o ajenos, conduciéndolos o no, o haciendo uso de cualquier medio habitual de transporte público de personas, ya sea terrestre, fluvial, lacustre, marítimo o en líneas de transporte aéreo regular, o mientras se halle practicando los deportes declarados en la solicitud de seguro, ya sea en calidad de profesional o aficionado.

- **Accidente de Tránsito**

Es el accidente que se produce:

- Al encontrarse el Asegurado como conductor o pasajero en un **automóvil** particular o en un **automóvil de alquiler, entendiéndose por tal a taxis, remises o similares.**
- Al ser atropellado el Asegurado por cualquier clase de **vehículo** al transitar como **peatón** en la **vía pública** o al utilizar un **vehículo no motorizado**, como por ejemplo: bicicletas, patines o similares.

- **Accidente en Transporte Público**

Es el accidente que se produce al encontrarse el Asegurado como pasajero en un transporte **público** legalmente autorizado para el servicio de transporte regular de pasajeros, subiendo o bajando de los mismos, y habiendo pagado su correspondiente boleto o pasaje. Se entiende por transporte **público** a todo **vehículo** terrestre, **acuático, marítimo o aéreo** autorizado para el transporte **público** de pasajeros, con ruta establecida y sujeto a itinerarios regulares. Se excluyen expresamente los taxis o cualquier otro medio de transporte privado.

- **Accidente en Transporte Privado**

Es el accidente que se produce al encontrarse el Asegurado como conductor o pasajero de un **automóvil particular**, siempre que **no realice actividades comerciales ni deportivas** con el mismo.

- **Accidente Aéreo**

Es el accidente que se produce al encontrarse el asegurado como pasajero en un servicio comercial **aéreo** regular destinado al transporte de personas, entre aeropuertos debidamente acondicionados para el **tráfico** de pasajeros, y habiendo pagado el asegurado su correspondiente boleto o pasaje.

Artículo 6 - RIESGOS NO CUBIERTOS PARA TODAS LAS COBERTURAS

Se excluyen expresamente de este seguro:

- a) Los accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de vigencia inicial de la cobertura de este seguro o las consecuencias de accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de vigencia inicial de la cobertura, **así** como las consecuencias o secuelas de un accidente cubierto que se manifiesten **después** de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha de su ocurrencia.
- b) Los tratamientos **psiquiátricos y/o psicológicos**, trastornos de **enajenación** mental, estados de **depresión psíquico** nerviosa, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.
- c) Los accidentes causados por **vértigos, vahídos**, lipotimias, convulsiones o **parálisis** y los que ocurran por estado de **perturbación** mental, sonambulismo, embriaguez, a causa del abuso de drogas **tóxicas**, estupefacientes o sustancias medicamentosas, no prescritos o no utilizados de acuerdo a las instrucciones médicas.
- d) Los accidentes que el Asegurado, el Tomador o los beneficiarios, por **acción u omisión** provoquen dolosamente o con culpa grave o el Asegurado los sufra en empresa criminal. No obstante quedan cubiertos los actos realizados para precaver el siniestro o atenuar sus consecuencias o por un deber de humanidad generalmente aceptado.
- e) Los accidentes causados por hechos de guerra, **invasión**, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones **bélicas**, sea que haya habido o no **declaración** de guerra civil, **insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín**, guerrilla, terrorismo, revoluciones, tumultos populares, lock-out, o hechos que las leyes califican como delitos contra la inseguridad interior del Estado.
- f) Los accidentes que guarden **relación directa con radiación o reacción nuclear o contaminación radiactiva** y otros **fenómenos sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario o catastrófico**.
- g) Los accidentes derivados del uso de **motocicletas o vehículos similares**.
- h) Los accidentes derivados de la **práctica profesional** o como aficionado de los siguientes deportes: deportes **aéreos** (paracaidismo u otros), salto con **elástico** (bungee, puenting), caza mayor, **montañismo**, escalada (con excepción de la escalada sobre bloque y/o muro artificial), excursiones en alta **montaña** a más de 3 000 metros de altura, **espeleología, equitación** (con excepción de la **excursión ecuestre y ejercicios de preparación**) y atalajes, boxeo, boxeo americano (o full contact), o **inglés**, o **tailandés**, catch, lucha en cualquiera de sus modalidades, artes marciales, deportes de nieve, con **excepción de esquí, monoesquí** y surf sobre pistas, deportes **mecánicos** (automovilismo, motociclismo), deportes **náuticos** sin vigilancia (con **excepción** del yatching a menos de 20 millas náuticas de las costas,

- submarinismo a menos de 20 metros de profundidad y de la natación), motonáutica, jet-esqui o scooter de mar, y otros deportes notoriamente peligrosos.
- i) La participación en competiciones, ejercicios de acrobacia, pruebas de carácter excepcional o torneos organizados por federaciones deportivas.
 - j) La utilización, como pasajero o tripulante, de medios de navegación aérea no autorizados para el transporte público de pasajeros, así como de helicópteros.
 - k) Manipulación de explosivos
 - l) Las hernias, las rupturas musculares no tendinosas, los lumbagos agudos (dolor de cintura)
 - m) Afecciones no orgánicas, es decir, que no se traducen por signos objetivos revelados por examen clínico o por exámenes complementares que acaben por clasificarlos en la categoría de enfermedades.
 - n) La participación en duelo, crimen, delito intencional o riña, excepto en caso de legítima defensa.
 - o) Participación en acciones militares y/o policiales.”

Artículo 7 - PERSONAS NO ASEGURABLES

No son asegurables las personas menores a la edad mínima de ingreso, ni mayores a la edad máxima de ingreso, ambas previstas en las condiciones particulares de la póliza.

Artículo 8 - PAGO DE LA PRIMA

El importe de las primas del seguro y la periodicidad del pago de las mismas se estipulan en las Condiciones Particulares de póliza.

El pago de la prima queda sujeto a las condiciones y efectos establecidos en la “Cláusula de Cobranza del Premio” que forma parte del presente contrato.

Artículo 9 - CARGAS DEL ASEGURADO O BENEFICIARIOS EN CASO DE ACCIDENTE

El Asegurado o los beneficiarios comunicarán al Asegurador el acaecimiento del siniestro dentro de los tres (3) días de conocerlo, bajo pena de perder el derecho a ser indemnizado, salvo que acredite caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.

Desde el momento de hacerse aparentes las lesiones, el accidentado deberá someterse, a su cargo, a un tratamiento médico racional y seguir las indicaciones del facultativo que le asiste; deberá enviarse al Asegurador un certificado del médico que atiende al lesionado expresando la causa y naturaleza de las lesiones sufridas por el Asegurado, sus consecuencias conocidas o presuntas, y la constancia de que se encuentra sometido a un tratamiento médico racional. El Asegurado remitirá al Asegurador las certificaciones médicas que informen sobre la evolución de las lesiones y actualicen el pronóstico de curación, cuando le sea requerido por el Asegurador, con una frecuencia no inferior a quince (15) días. Asimismo, el Asegurado deberá someterse al examen de los médicos del Asegurador cada vez que éste lo solicite.

El Asegurado o los beneficiarios están obligados a suministrar al Asegurador, a su pedido, la información necesaria para verificar el siniestro o la extensión de la prestación a su cargo, la prueba instrumental en cuanto sea razonable que la suministre, constancias de intervención policial o diligencias judiciales si correspondiera, y a permitirle al Asegurador las indagaciones necesarias a tales fines sin perjuicio de la información a que se refiere el párrafo anterior.

En caso de fallecimiento del Asegurado, el Asegurador se reserva el derecho de exigir la autopsia o la exhumación del cadáver para establecer las causas de la muerte, debiendo los beneficiarios prestar su conformidad y su concurso para la obtención de las correspondientes autorizaciones para realizarlas.

La autopsia o la exhumación deberán efectuarse con citación de los beneficiarios, los que podrán designar un médico para representarlos. Todos los gastos que ellas motiven serán por cuenta del Asegurador, excepto los derivados del nombramiento del médico representante de los beneficiarios.

Artículo 10 - CUMPLIMIENTO DE LA PRESTACION DEL ASEGURADOR

El pago de los beneficios estipulados en esta **póliza** se **hará** dentro de los quince (15) **días** de notificado el siniestro o de cumplidos los requisitos a que se refiere el **Artículo 9** de estas Condiciones Generales, el que sea posterior.

Artículo 11 - VALUACION POR PERITOS

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

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

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

Los honorarios y gastos de los **médicos** de las partes **serán** a su respectivo cargo y los del tercero **serán** pagados por la parte cuyas pretensiones se alejen **más** del dictamen definitivo, salvo en caso de equidistancia en que **se pagarán** por mitades entre las partes.

Artículo 12 - PLURALIDAD DE SEGUROS

El Asegurado **deberá** notificar sin **dilación** a cada asegurador los seguros de Accidentes Personales que tenga contratados o contrate en lo sucesivo, cuando en conjunto excedan la suma que a tal efecto conste en las Condiciones Particulares.

En caso de hallarse el Asegurado cubierto por un importe superior a dicha suma, sin conocimiento y **aceptación** expresa de los aseguradores, estos **indemnizarán** a prorrata de sus respectivas sumas aseguradas solamente hasta la suma a que se refiere el **párrafo** anterior, sin derecho del Asegurado a restitución de primas.

Artículo 13 - RETICENCIA

Toda **declaración** falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Asegurado, **aún** hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones, si el Asegurador hubiese sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato.

El Asegurador debe impugnar el contrato dentro de los tres meses de haber conocido la reticencia o falsedad. Cuando la reticencia no dolosa es alegada dentro del plazo citado precedentemente, el Asegurador, a su exclusivo juicio, puede anular el contrato restituyendo la prima percibida con **deducción** de los gastos, o reajustarla con la conformidad del Asegurado al verdadero estado del riesgo. Si la reticencia fuese dolosa o de mala fe, el Asegurador tiene derecho a las primas de los **períodos** transcurridos y del **período** en cuyo transcurso invoque la reticencia o falsa **declaración**. En todos los casos, si el siniestro ocurre durante el plazo para impugnar, el Asegurador no adeuda prestación alguna.

Artículo 14 - AGRAVACION DEL RIESGO

El Asegurado debe denunciar al Asegurador toda **agravación** del riesgo asumido, que de haber existido al tiempo de la **celebración** del contrato lo hubiera impedido o hubiera modificado sus condiciones. Se consideran agravaciones del riesgo únicamente las que provengan de las siguientes circunstancias:

- a) **Modificación** del estado físico o mental del Asegurado.
- b) **Modificación** de su profesión o actividad.
- c) **Fijación** de residencia fuera del país.

La **agravación** del riesgo **producirá** la **suspensión** de la cobertura o la **rescisión** del contrato de conformidad con los **Artículos 37** y correlativos de la Ley de Seguros.

No obstante, cuando la **agravación** provenga del cambio de la **profesión** o actividad del Asegurado y si de haber existido ese cambio al tiempo de la **celebración**, el Asegurador hubiera **concluido** el contrato por una prima mayor, la suma asegurada **se reducirá** en proporción a la prima pagada.

Artículo 15 - RESIDENCIA EN EL EXTRANJERO

El Asegurado debe comunicar al Asegurador en forma fehaciente e inmediata, cuando fije su residencia en el extranjero.

Artículo 16 - REDUCCION DE LAS CONSECUENCIAS

El Asegurado en cuanto le sea posible, debe impedir o reducir las consecuencias del siniestro, y observar las instrucciones del Asegurador al respecto, en cuanto sean razonables.

Artículo 17 - DESIGNACION DE BENEFICIARIO

La designación de beneficiario se hará por escrito y es válida aunque se notifique al Asegurador después del evento previsto.

Designadas varias personas sin indicación de cuota parte, se entiende que el beneficio es por partes iguales. Cuando se designe a los hijos se entiende los concebidos y los sobrevivientes al tiempo de ocurrir el evento previsto. Cuando se designe a los herederos, se entiende a los que por Ley suceden al Asegurado, si no hubiere otorgado testamento; si lo hubiere otorgado, se tendrá por designados a los herederos instituidos. Si no se fija cuota parte, el beneficio se distribuirá conforme a las cuotas hereditarias.

Cuando el contratante no designe beneficiario o por cualquier causa la designación se haga ineficaz o quede sin efecto, se entiende que designó a los herederos.

Artículo 18 - CAMBIO DE BENEFICIARIO

El contratante podrá cambiar en cualquier momento el beneficiario designado. Para que el cambio de beneficiario surta efecto frente al Asegurador, es indispensable que éste sea debidamente notificado. Cuando la designación sea a título oneroso y el Asegurador conozca dicha circunstancia no admitirá el cambio de beneficiario.

El Asegurador queda liberado si, actuando diligentemente, hubiera pagado la suma asegurada a los beneficiarios designados con anterioridad a la recepción de cualquier notificación que modificara esa designación.

Artículo 19 - 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 20 - RESCISION UNILATERAL

Cualquiera de las partes tiene derecho a rescindir el presente contrato sin expresar causa. Cuando el Asegurador ejerza este derecho, dará un preaviso no menor de quince (15) días. Cuando lo ejerza el Asegurado, la rescisión se producirá desde la fecha en que notifique fehacientemente esa decisión.

Cuando el seguro rija de doce a doce horas, la rescisión se computará desde la hora doce inmediata siguiente, y en caso contrario, desde la hora veinticuatro.

Si el Asegurador ejerce el derecho de rescindir, la prima se reducirá proporcionalmente por el plazo no corrido. Si el Asegurado opta por la rescisión, el Asegurador tendrá derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido, según las tarifas de corto plazo.

En caso de rescindirse el contrato después de haber ocurrido durante su vigencia uno o varios accidentes cubiertos por el seguro que den lugar a la prestación por incapacidad permanente parcial, el cálculo de la prima total a devolver se hará previa deducción del porcentaje de incapacidad permanente reconocida.

Artículo 21 - DOMICILIO

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 22 - COMPUTO DE LOS PLAZOS

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

Artículo 23 - JURISDICCIÓN

Toda controversia judicial relativa a la presente póliza y a los respectivos certificados individuales se sustanciará, a opción del Asegurado y/o sus beneficiarios, ante los Tribunales ordinarios competentes del domicilio del Asegurado y/o del lugar de emisión de la póliza, siempre que sea dentro de los límites del país.

CONDICIONES GENERALES ESPECIFICAS
SEGURO COLECTIVO

Artículo 1 - DEFINICIONES

A los efectos de este seguro, se entiende por:

- **Asegurador:** CNP ASSURANCES Compañía de Seguros S.A., que asume la cobertura de los riesgos objeto de este contrato, con arreglo a las condiciones de la presente póliza.
- **Tomador:** Es la persona física o jurídica que suscribe este contrato con el Asegurador y representa al grupo asegurado.
- **Grupo asegurable:** Es un conjunto de personas unidas por un vínculo o interés común, previo a la contratación del seguro, pero diferente a éste.
- **Asegurado:** El Asegurado titular es cada una de las personas que, perteneciendo al grupo asegurable, satisface las condiciones de adhesión al seguro, y que se identifica en el certificado individual de incorporación. También podrán ser Asegurados, en carácter de asegurados familiares: el cónyuge del titular o conviviente por un período continuo superior a cinco (5) años –plazo que se reducirá a dos (2) años cuando exista descendencia–, y los hijos del Asegurado titular –incluidos los hijos legalmente adoptados– que dependan económicamente de él y menores de veintiún (21) años.

El conjunto de asegurados conforma el grupo asegurado.

- **Beneficiario:** Es la persona designada por el Asegurado, con derecho a recibir las indemnizaciones previstas en esta póliza.

Artículo 2 - VARIACION DEL GRUPO ASEGURADO

El Tomador está obligado a notificar al Asegurador las variaciones que se produzcan en la composición del grupo asegurado, por el ingreso y egreso de Asegurados.

- **Altas:** Para las personas que, perteneciendo al grupo asegurable, satisfagan las condiciones de adhesión con posterioridad a la fecha de vigencia de este contrato, el seguro regirá a partir de la fecha de vencimiento de prima siguiente a la fecha en que se cumplimenten las condiciones de adhesión.
- **Bajas:** La cobertura de este seguro para cada Asegurado quedará rescindida o caducará en los siguientes casos:
 - a) Por renuncia del Asegurado a continuar con su seguro.
 - b) Por dejar de pertenecer el Asegurado titular al grupo regido por el Tomador.
 - c) Por fallecimiento del Asegurado titular.
 - d) Por haber alcanzado el Asegurado titular la edad máxima de cobertura prevista en las Condiciones Particulares de esta póliza.
 - e) Para los cónyuges, cuando termine la cobertura del Asegurado titular o por haber alcanzado la edad máxima de cobertura prevista en las Condiciones Particulares de esta póliza.
 - f) Para los hijos, cuando termine la cobertura del Asegurado titular, o al cumplir veintiún (21) años de edad o al dejar de depender económicamente del Asegurado titular.

Los ajustes de primas que correspondan con motivo de variaciones en el grupo asegurado, se calcularán a prorrata.

ANEXO 1- RIESGOS NO CUBIERTOS PARA TODAS LAS COBERTURAS

Se excluyen expresamente de este seguro:

- a) Los accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de vigencia inicial de la cobertura de este seguro o las consecuencias de accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de vigencia inicial de la cobertura, **así** como las consecuencias o secuelas de un accidente cubierto que se manifiesten **después** de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha de su ocurrencia.
- b) Los tratamientos **psiquiátricos y/o psicológicos**, trastornos de enajenación mental, estados de **depresión psíquico** nerviosa, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.
- c) Los accidentes causados por **vértigos, vahídos**, lipotimias, convulsiones o **parálisis** y los que ocurran por estado de **perturbación** mental, sonambulismo, embriaguez, a causa del abuso de drogas **tóxicas**, estupefacientes o substancias medicamentosas, no prescritos o no utilizados de acuerdo a las instrucciones médicas.
- d) Los accidentes que el Asegurado, el Tomador o los beneficiarios, por **acción u omisión** provoquen dolosamente o con culpa grave o el Asegurado los sufra en empresa criminal. No obstante quedan cubiertos los actos realizados para precaver el siniestro o atenuar sus consecuencias o por un deber de humanidad generalmente aceptado.
- e) Los accidentes causados por hechos de guerra, **invasión**, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones **bélicas**, sea que haya habido o no **declaración** de guerra civil, **insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín**, guerrilla, terrorismo, revoluciones, tumultos populares, lock-out, o hechos que las leyes califican como delitos contra la inseguridad interior del Estado.
- f) Los accidentes que guarden **relación** directa con **radiación** o **reacción** nuclear o **contaminación** radiactiva y otros fenómenos **sísmicos** o **meteorológicos** de **carácter** extraordinario o **catastrófico**.
- g) Los accidentes derivados del uso de **motocicletas o vehículos similares**.
- h) Los accidentes derivados de la **práctica** profesional o como aficionado de los siguientes deportes: deportes **aéreos** (paracaidismo u otros), salto con **elástico** (bungee, puenting), caza mayor, **montañismo**, escalada (con **excepción** de la escalada sobre bloque y/o muro artificial), excursiones en alta **montaña** a más de 3 000 metros de altura, **espeleología, equitación** (con **excepción** de la excursión ecuestre y ejercicios de **preparación**) y atalajes, boxeo, boxeo americano (o full contact), o **inglés**, o **tailandés**, catch, lucha en cualquiera de sus modalidades, artes marciales, deportes de nieve, con **excepción** de **esquí**, monoesquí y surf sobre pistas, deportes **mecánicos** (automovilismo, motociclismo), deportes **náuticos** sin vigilancia (con **excepción** del yatching a menos de 20 millas **náuticas** de las costas, submarinismo a menos de 20 metros de profundidad y de la **natación**), **motonáutica**, jet-esqui o scooter de mar, y otros deportes notoriamente peligrosos.
- i) La **participación** en competiciones, ejercicios de acrobacia, pruebas de **carácter** excepcional o torneos organizados por federaciones deportivas.
- j) La **utilización**, como pasajero o tripulante, de medios de **navegación aérea** no autorizados para el **transporte público de pasajeros**, así como de **helicópteros**.
- k) **Manipulación de explosivos**
- l) Las hernias, las rupturas musculares no tendinosas, los lumbagos agudos (dolor de cintura)
- m) Afecciones no **orgánicas**, es decir, que no se traducen por signos objetivos revelados por examen **clínico** o por **exámenes** complementares que acaben por clasificarlos en la **categoría** de enfermedades.
- n) La **participación** en duelo, crimen, delito intencional o **riña**, excepto en caso de **legítima** defensa.
- o) **Participación** en acciones militares y/o policiales.

CONDICIONES ESPECIFICAS

Cobertura: MUERTE

Artículo 1 - COBERTURA

En caso de fallecimiento del Asegurado a causa de un accidente cubierto por esta póliza, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura que se estipula en las Condiciones Particulares de póliza.

El Asegurador deducirá de esta prestación los importes que pudiere haber previamente abonado en conjunto en concepto de Incapacidad Permanente, por éste u otros accidentes ocurridos durante el mismo período anual de vigencia de la póliza.

Artículo 2 - PAGO DEL BENEFICIO

Para obtener el beneficio previsto en esta cobertura, además de lo estipulado en el Artículo 9 de las Condiciones Generales de póliza, se requiere presentar la siguiente documentación:

- a) Copia legalizada de la partida de defunción del Asegurado.
- b) Certificado médico detallando las causas del fallecimiento.
- c) Cuando los beneficiarios fueran los herederos, testimonio de la Declaratoria de Herederos dictada por el juez competente.

CONDICIONES ESPECIFICAS

Cobertura: **INCAPACIDAD PERMANENTE (C)**

Artículo 1 - COBERTURA

Si un accidente cubierto por esta póliza causara una incapacidad permanente del Asegurado, determinada con prescindencia de su profesión u ocupación, se abonará una suma igual al porcentaje que corresponda de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida –según se indica a continuación– sobre la suma asegurada estipulada para esta cobertura en las Condiciones Particulares de póliza.

TOTAL

%

Pérdida de ambos brazos, o de ambas piernas, o de ambos pies, o de un brazo y un pie, o de una pierna y una mano, o pérdida de la vista de ambos ojos	100%
Fractura incurable de la columna vertebral que determine la invalidez total y permanente	100%

PARCIAL

a) Cabeza

Sordera total e incurable de los dos oídos	50%
Pérdida total de un ojo o reducción de la mitad de la visión binocular normal	40%
Sordera total e incurable de un oído	15%
Ablación de la mandíbula inferior	50%

b) Miembros superiores

	Der.	Izq.
Pérdida total de un brazo	65%	52%
Pérdida total de una mano	60%	48%
Fractura no consolidada de un brazo (seudoartrosis total) .	45%	36%
Anquilosis del hombro en posición no funcional	30%	24%
Anquilosis del hombro en posición funcional	25%	20%
Anquilosis del codo en posición no funcional	25%	20%
Anquilosis del codo en posición funcional	20%	16%
Anquilosis de la muñeca en posición no funcional	20%	16%
Anquilosis de la muñeca en posición funcional	15%	12%
Pérdida total del pulgar	18%	14%
Pérdida total del índice	14%	11%
Pérdida total del dedo medio	9%	7%
Pérdida total del anular o meñique	8%	6%

b) Miembros inferiores

Pérdida total de una pierna	55%
Pérdida total de un pie	40%
Fractura no consolidada de un muslo (seudoartrosis total)	35%
Fractura no consolidada de una pierna (seudoartrosis total)	30%
Fractura no consolidada de una rótula	30%
Fractura no consolidada de un pie (seudoartrosis total)	20%
Anquilosis de la cadera en posición no funcional	40%
Anquilosis de la cadera en posición funcional	20%
Anquilosis de la rodilla en posición no funcional	30%
Anquilosis de la rodilla en posición funcional	15%
Anquilosis del empeine (garganta del pie) en posición no funcional.....	15%
Anquilosis del empeine (garganta del pie) en posición funcional	8%
Acortamiento de un miembro inferior de por lo menos cinco centímetros.....	15%
Acortamiento de un miembro inferior de por lo menos tres centímetros	8%
Pérdida total del dedo gordo de un pie	8%
Pérdida total de otro dedo del pie	4%

En caso de constar en la solicitud de seguro que el Asegurado ha declarado ser zurdo, se **invertirán** los porcentajes de indemnización fijados por la pérdida de los miembros superiores.

Con respecto a brazos, manos, piernas, pies y dedos, se entiende por pérdida la amputación o la inhabilitación funcional completa y definitiva de los mismos; en cuanto a los ojos, consiste en la pérdida de la vista de manera total e irrecuperable por tratamiento médico y/o quirúrgico.

La pérdida parcial de los miembros u órganos, será indemnizable en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional, pero si la incapacidad deriva de pseudoartrosis, la indemnización no podrá exceder el 70% de la que corresponde por la pérdida total del miembro u órgano afectado.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada **sólo** si se ha producido por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponde por la pérdida del dedo entero si se trata del pulgar y a la tercera parte por cada falange si se trata de otros dedos.

Por la pérdida de varios miembros u órganos, se **sumarán** los porcentajes correspondientes a cada miembro u órgano perdido, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada para esta cobertura. Cuando la incapacidad así establecida llegue al 80% se considerará incapacidad total y se abonará por consiguiente íntegramente la suma asegurada.

Las incapacidades derivadas de accidentes sucesivos ocurridos durante un mismo período anual de la vigencia de la póliza y cubiertos por la misma serán tomados en conjunto a fin de fijar el grado de incapacidad a indemnizar por el último accidente.

Artículo 2 - PAGO DEL BENEFICIO

Para obtener el beneficio previsto en esta cobertura, además de lo estipulado en el Artículo 9 de las Condiciones Generales de póliza, se **deberá** presentar la documentación pertinente que incluya el alta y los certificados que acrediten el grado de incapacidad definitiva.

Los importes abonados en conjunto en concepto de Incapacidad Permanente por **éste** u otros accidentes ocurridos durante el mismo período anual de vigencia de la póliza, serán deducidos de la indemnización que corresponda de producirse el fallecimiento del Asegurado.

CONDICIONES ESPECIFICAS
Cobertura: GASTOS MEDICOS

Artículo 1 - COBERTURA

El Asegurador reembolsará los gastos de asistencia médico-farmacéutica prescrita por facultativo en que haya incurrido el Asegurado, como consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza, neto de todo reintegro de gastos efectuado por la obra social, entidad de medicina prepaga y/o seguro de salud del Asegurado, hasta la suma asegurada prevista para esta cobertura en las Condiciones Particulares de póliza. Para esta cobertura será aplicación la franquicia por siniestro que se indica en las Condiciones Particulares de póliza.

El Asegurador no tomará a su cargo los gastos por viajes y estadías para tratamientos termales o convalecencias ni por el suministro de lentes, aparatos ortopédicos y prótesis dentales.

Esta cobertura quedará automáticamente restablecida para nuevos siniestros, obligándose el Asegurado al pago de la prima sobre el monto que se restablece calculada a prorrata desde la fecha del siniestro que originó la reducción de la suma asegurada.

Artículo 2 - PAGO DEL BENEFICIO

Para obtener el beneficio previsto en esta cobertura, además de lo estipulado en el Artículo 9 de las Condiciones Generales de póliza, el Asegurado deberá presentar la historia clínica, constancia de los tratamientos prescritos por el médico tratante y comprobantes originales de los gastos incurridos.

CONDICIONES ESPECIFICAS

Cobertura: RENTA DIARIA POR INCAPACIDAD TEMPORAL

Artículo 1 - COBERTURA

Si un accidente cubierto por esta póliza causara una incapacidad temporaria del Asegurado que le impida dedicarse a sus actividades, trabajos o empleos remunerados habituales declarados, el Asegurador pagará la renta diaria estipulada para esta cobertura en las Condiciones Particulares de póliza.

Este beneficio se abonará por cada día de incapacidad posterior al período no cubierto que se estipula en las Condiciones Particulares de póliza, computado en días completos y consecutivos, y hasta el plazo máximo de pago de renta también estipulado para esta cobertura en las Condiciones Particulares de póliza.

Artículo 2 - PAGO DEL BENEFICIO

Para obtener el beneficio previsto en esta cobertura, además de lo estipulado en el Artículo 9 de las Condiciones Generales de póliza, se deberá presentar la historia clínica y toda la documentación pertinente que acredite la incapacidad temporal y que incluirá el alta definitiva.

Artículo 3 - INCAPACIDADES RECURRENTE

Si se hubiera abonado alguna indemnización prevista por esta cobertura y el Asegurado sufriera nuevamente una incapacidad temporaria originada por la misma causa, la nueva incapacidad se considerará como continuación de la anterior, salvo que entre una y otra haya transcurrido un período de doce (12) meses consecutivos.

CONDICIONES ESPECIFICAS

Cobertura: RENTA DIARIA POR INTERNACION

Artículo 1 - COBERTURA

En caso de internación del Asegurado en un establecimiento asistencial, a consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza, el Asegurador pagará la indemnización diaria estipulada para esta cobertura en las Condiciones Particulares de póliza.

Este beneficio se abonará cuando por cada día de internación posterior al período no cubierto que se estipula en las Condiciones Particulares de póliza, computado en días completos y consecutivos, y hasta el plazo máximo de pago de renta también estipulado para esta cobertura en las Condiciones Particulares de póliza.

Artículo 2 - DEFINICIONES

A efectos de esta cobertura, se entiende por:

- **Internación:** Es la permanencia del Asegurado como paciente en un establecimiento asistencial, durante un mínimo de veinticuatro (24) horas, ordenada o autorizada por un profesional médico. Es indispensable la inscripción del Asegurado en el registro de entrada del establecimiento.
- **Establecimiento asistencial:** Todo establecimiento público o privado legalmente autorizado para el tratamiento de enfermedades o lesiones corporales, provisto de los medios para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas. Dicho establecimiento debe proporcionar asistencia médica y de enfermería durante las veinticuatro (24) horas del día.

Artículo 3 - PAGO DEL BENEFICIO

Para obtener el beneficio previsto en esta cobertura, además de lo estipulado en el Artículo 9 de las Condiciones Generales de póliza, se deberá presentar la historia clínica y toda la documentación pertinente que acredite la internación: registro expedido por el establecimiento asistencial con indicación de la fecha de ingreso y alta del Asegurado, certificado médico en el que conste el motivo de la internación.

Artículo 4 - INTERNACIONES RECURRENTE

Si se hubiera abonado alguna indemnización prevista por esta cobertura y el Asegurado debiera ser nuevamente internado por la misma causa, la nueva internación se considerará como continuación de la anterior, salvo que entre una y otra haya transcurrido un período de doce (12) meses consecutivos.



CONDICIONES GENERALES ESPECIFICAS

Alcance Cobertura: 24 horas

Artículo 1 - ALCANCE DE LA COBERTURA

El presente seguro se hace extensivo a todos los accidentes que sufra el Asegurado, ocurridos durante las veinticuatro (24) horas del día, conforme las limitaciones o exclusiones estipuladas en esta póliza.

ENDOSO - BENEFICIARIO / CONTRATANTE

Dado que el tomador es el responsable del pago de la prima (el "Contratante"), se instituye como beneficiario de la presente póliza (la "Póliza") SOLO PARA EL CASO DE FALLECIMIENTO DEL/ LOS ASEGURADO/S, en primer término, por hasta el menor de los siguientes importes: la suma asegurada de la Póliza o el equivalente al monto que resultase:

- a) de cualquier responsabilidad civil o legal que el Contratante tuviera que asumir con motivo del/de los fallecimiento/cubierto/s por la Póliza que sufrieran el/los Asegurado/s; o
- b) del perjuicio concreto resultante de un interés económico lícito que el Contratante demostrara con respecto a la vida del/de los Asegurado/s, cuando éste/os sufriera/n eventos cubiertos por la Póliza.

El saldo de la suma asegurada correspondiente a la prestación debida por la Aseguradora, luego de deducida la suma que corresponda al Contratante, corresponderá a los herederos legales del Asegurado. El Contratante da conformidad que las prestaciones que pudieran corresponder en los términos de la Póliza en caso de cualquier otra prestación diferente de la de fallecimiento, serán abonadas directamente al Asegurado.

En consecuencia, queda entendido y convenido que el importe de las indemnizaciones por fallecimiento que la Aseguradora deba liquidar, en virtud de la Póliza, será abonado al Contratante debiendo éste:

- (i) descontar para sí la suma que le correspondiere, en virtud de lo dispuesto en el presente endoso; y
- (ii) entregar el remanente, si existiere, a los herederos legales del Asegurado.

El Contratante asume total responsabilidad por el pago que deba efectuarse a los herederos legales del Asegurado, quedando la Aseguradora liberada de las obligaciones emergentes de la Póliza una vez abonado el importe de la indemnización al Contratante. Es por ello que el Contratante se compromete a mantener indemne a la Aseguradora ante cualquier reclamo originado en el incumplimiento del Contratante de la obligación de pago asumida.

Sin perjuicio de lo mencionado *ut supra*, el Contratante deberá proporcionar a la Aseguradora el comprobante del pago efectuado, en caso de corresponder, a los herederos legales.

Queda aclarado que la Aseguradora en ningún caso será obligada a abonar al Contratante, el Asegurado o sus herederos legales, una suma mayor al capital asegurado correspondiente a la cobertura amparada por el respectivo certificado individual de esta Póliza. En caso de que el capital asegurado para cada certificado individual no alcance a cubrir la suma que, conforme a las normas legales o convencionales, el Contratante deba abonar al Asegurado o sus herederos legales, dicho excedente será a exclusivo cargo del Contratante.

ENDOSO

Se establece una franquicia de \$2000 (dos mil pesos) para la cobertura adicional de gastos de asistencia médico-farmacéutica.

Se entiende por franquicia la **cuantía mínima** del **daño** a partir de la cual surge la **obligación** del asegurador. De esta forma, en caso de siniestro: (i) hasta dicho monto el gasto **estará** a cargo del asegurado; y (ii) **quedará** a cargo del asegurador **sólo** el excedente de dicha franquicia y hasta el **máximo** de suma asegurada establecido en las Condiciones Particulares de la **póliza** para esta cobertura.

ENDOSO

Para la cobertura de Renta diaria por incapacidad temporal a consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza se establece un monto de \$ 8000 (Ocho mil pesos) por día de incapacidad posterior al período no cubierto. El período no cubierto por este contrato es 7 (siete) días.
Se establece un límite máximo anual de 180 (Ciento ochenta) días de Incapacidad Temporal. -

ENDOSO

Para la cobertura de Renta Diaria por **Internación** en un establecimiento asistencial, a consecuencia de un accidente cubierto por esta **póliza** se establece un monto de \$ 8000 (ocho mil pesos) por **día** de **internación** partir del tercer día de **internación** (2 días de espera). Se establece un **límite máximo** anual de 30 (treinta) días de hospitalización.

ENDOSO

La póliza cubre las coberturas adicionales con la edad **máxima** de ingreso de 74 años y la edad **máxima** de permanencia de 75 años.