

Solicitud de Adhesión Seguros de Accidentes Personales			
DATOS PERSONALES			
Apellidos y Nombres:			
Tipo y N.º de Doc.:		Fecha de Nacimiento:	
Domicilio/Calle:		Nro.:	Piso: Depto./Ofic:
Código Postal:	Localidad:		Provincia:
N.º de Teléfono:		Correo Electrónico:	
<input checked="" type="checkbox"/> Débito en cuenta			

BENEFICIARIOS		
Apellidos y Nombres	Tipo y Nro. de Documento	% Participación

Declaro que he recibido copia de esta propuesta de seguros y una completa asesoría para la contratación de la misma. Asimismo, declaro que he sido informado de en forma cierta, clara y detallada sobre las características esenciales de la cobertura del seguro y las condiciones de su comercialización. Presto conformidad para que mis datos personales puedan ser cedidos a la casa matriz de la aseguradora con la finalidad de archivo y guardado de dichos datos personales. Los datos personales objeto de tratamiento sólo pueden ser cedidos para el cumplimiento de los fines directamente relacionados con el interés legítimo del cedente y del cesionario y con el previo consentimiento del titular de los datos, al que se le debe informar sobre la finalidad de la cesión e identificar al cesionario o los elementos que permitan hacerlo.

Asimismo, estoy en conocimiento de que los textos de las pólizas y de las condiciones particulares están a disposición en Alem 855 piso 19 – CABA – Argentina. Declaro prestar conformidad para recibir la póliza, sus endosos y/o cualquier otra notificación relacionado con la presente póliza, mediante correo electrónico dirigido a la siguiente dirección: o por acceso a la siguiente página web: <https://www2.chubb.com/ar-es/>.

EL TITULAR DE LOS DATOS PERSONALES TIENE LA FACULTAD DE EJERCER EL DERECHO DE ACCESO A LOS MISMOS EN FORMA GRATUITA A INTERVALOS NO INFERIORES A SEIS MESES, SALVO QUE SE ACREDITE UN INTERÉS LEGÍTIMO AL EFECTO CONFORME LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 14, INCISO 3 DE LA LEY N° 25.326. LA AGENCIA DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA EN SU CARÁCTER DE ÓRGANO DE CONTROL DE LA LEY N° 25.326, TIENE LA ATRIBUCIÓN DE ATENDER LAS DENUNCIAS Y RECLAMOS QUE INTERPONGAN QUIENES RESULTEN AFECTADOS EN SUS DERECHOS POR INCUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS VIGENTES EN MATERIA DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES. LEY 25.326 - ART 27 - INCISO 3RO: EL TITULAR PODRÁ, EN CUALQUIER MOMENTO, SOLICITAR EL RETIRO O BLOQUEO SU NOMBRE DE LOS BANCOS DE DATOS A LOS QUE SE REFIERE EL PRESENTE ARTÍCULO. DECRETO 1558/01 - ART. 27 - 3ER. PÁRRAFO. EN TODA COMUNICACIÓN CON FINES DE PUBLICIDAD QUE SE REALICE POR CORREO, TELÉFONO, CORREO ELECTRÓNICO, INTERNET U OTRO MEDIO A DISTANCIA A CONOCER, SE DEBERÁ INDICAR, EN FORMA EXPRESA Y DESTACADA, LA POSIBILIDAD DEL TITULAR DEL DATO DE SOLICITAR EL RETIRO O BLOQUEO, TOTAL O PARCIAL, DE LA BASE DE DATOS. A PEDIDO DEL INTERESADO, SE DEBERÁ INFORMAR EL NOMBRE DEL RESPONSABLE O USUARIO DEL BANCO DE DATOS QUE PROVEYÓ LA INFORMACIÓN.

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES SENIOR

Cobertura	Plan 2
Muerte Accidental	\$ 240.000.-
Invalidez Permanente Total y Parcial	\$ 480.000.-
(*) Renta diaria por internación	\$ 420.-

Fractura de Huesos	\$16.800.-
PREMIO MENSUAL	\$ 180,00.-

<input checked="" type="checkbox"/>	Acepto la contratación del seguro de ACCIDENTES PERSONALES.	
Lugar y Fecha	Firma / Aclaración	Tipo y Número de Documento

De acuerdo al art. 1º de la Resolución ME Nº 429/00, según texto de la Resolución ME Nº 407/01, los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros son los siguientes: a) Entidades especializadas en cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados por la Superintendencia de Seguros de la Nación. b) Entidades financieras sometidas al régimen de la Ley Nº 21.526. c) Tarjetas de crédito, débito o compras emitidas en el marco de la Ley Nº 25.065. d) Medios electrónicos de cobro habilitados previamente por la Superintendencia de Seguros de la Nación 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 Nº 25.345 o cheque no a la orden librado por el asegurado o contratante a favor de la entidad aseguradora.



(*) La cobertura de renta diaria tiene 3 días de carencia y un límite de 30 días.

Advertencias al Asegurado, aplicables a todas las coberturas. Los Asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la entidad aseguradora, dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 (C.P. 1067), Ciudad Autónoma de Buenos Aires; por teléfono al 4388-4000, en el horario de 10:30 a 17:30hs: o vía internet a la siguiente dirección: www.ssn.gov.ar.

INFORMACION IMPORTANTE PARA EL ASEGURADO

Recuerde que toda información relacionada con su póliza puede ser visualizada en: <https://www2.chubb.com/ar-es/>

CONDICIONES DE POLIZA:

Si el Asegurado no abonare el Premio del seguro, en la fecha de pago, incurre en mora y su Cobertura Individual quedará automáticamente suspendida desde la hora veinticuatro (24) del día de vencimiento impago. Toda rehabilitación de su Cobertura Individual entrará en vigor desde la 0 cero (0) horas del día siguiente a aquel en que el Asegurado haya regularizado el pago de la totalidad de la deuda.

PERSONAS ASEGURABLES:

Edad de contratación: Mínima de Ingreso: 18 Años. Máxima de Ingreso: 80 Años. Máxima de Cobertura: 85 Años
Clientes del Tomador que soliciten la adhesión al seguro. Ámbito geográfico – Mundo Entero. Período de cobertura: COBERTURA DURANTE 24 HS DEL DÍA

EXCLUSIONES

CONDICIONES GENERALES ESPECÍFICAS

Quedan excluidos de la cobertura que otorga la Póliza los daños sufridos por el Asegurado que sean consecuencia inmediata o mediata de:

a) Enfermedades de cualquier naturaleza, salvo lo especificado en el inciso c) de la cláusula 1 de las presentes Condiciones Generales Comunes. b) Lesiones imputables a esfuerzo. c) Psicopatías transitorias o permanentes y operaciones quirúrgicas o tratamientos, salvo que cualquiera de tales hechos sobrevenga como consecuencia inmediata de un Accidente o del tratamiento de las lesiones por él producidas. d) Accidentes que el Asegurado y/o Beneficiario provoque por acción u omisión- dolosamente o con culpa grave o el Asegurado sufra en empresa criminal. e) Accidentes causados por vértigos, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que ocurran por estado de enajenación mental, salvo que tales trastornos sean consecuencia inmediata de un Accidente. f) Estado de ebriedad o por estar el Asegurado bajo la influencia de estupefacientes o alcaloides, excepto cuando estos últimos hayan sido administrados bajo prescripción médica. g) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado tome parte en carreras, ejercicios o juegos atléticos de acrobacia que tengan por objeto pruebas de carácter excepcional, o mientras participe en viajes o excursiones a regiones o zonas inexploradas. h) Accidentes derivados de la navegación aérea no realizada en líneas de transporte aéreo regular. i) Accidentes derivados de la práctica de deportes en forma profesional. j) Lesiones autoinflingidas, aún cuando sean cometidas en estado de enajenación mental. k) Accidentes causados por hechos de

guerra civil o internacional que se produzcan en los países que se enumeran en las Condiciones Particulares l) Accidentes causados por hechos de guerra civil o internacional, guerrilla, rebelión, terrorismo, motín o lockout, cuando el Asegurado participe como elemento activo. m) Accidentes ocurridos durante la práctica y/o entrenamiento de deportes de alto riesgo. n) Accidentes o reacciones nucleares. o) Accidentes derivados del uso de motocicletas y vehículos similares, salvo acuerdo en contrario. p) Accidentes derivados de la realización de trabajos en altura superiores a los 4 metros, salvo acuerdo en contrario. Los siniestros acaecidos en el lugar y en ocasión de producirse los acontecimientos enumerados en los incisos k) y l) se presume que son consecuencia de los mismos, salvo prueba en contrario del Asegurado y/o Beneficiario.

CONDICIONES ESPECÍFICAS - COBERTURA DE FRACTURA DE HUESOS

A las exclusiones previstas en las Condiciones Generales Específicas, se agrega a efectos de la presente cobertura la siguiente: Rotura de Huesos producida como consecuencia inmediata o mediata de osteoporosis.

CONDICIONES GENERALES COMUNES

Cláusula 1: Preeminencia Contractual

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

- Condiciones Particulares
- Cláusulas Adicionales
- Condiciones Específicas
- Condiciones Generales Específicas
- Condiciones Generales Comunes

Cláusula 2: Vigencia

La vigencia de la presente póliza será la consignada en las Condiciones Particulares.

Cláusula 3: Objeto del Seguro

El Asegurador se compromete al pago de las indemnizaciones estipuladas en la Póliza, en el caso de que la persona designada como Asegurado sufra durante el período de vigencia del seguro algún Accidente que fuere la causa originaria de alguno de los riesgos cubiertos establecidos en las Condiciones Específicas anexas a esta póliza y siempre que las consecuencias del Accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha del mismo.

Cláusula 4: Agravación por Concausas

Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente de él, de un estado constitucional anormal con respecto a la edad del Asegurado, o de un defecto físico de cualquier naturaleza y origen, la indemnización que corresponda se liquidará de acuerdo con las consecuencias que el mismo accidente hubiera presumiblemente producido sin la mencionada concausa, salvo que ésta fuere consecuencia de un accidente cubierto por la póliza y ocurrido durante la vigencia de la misma.

Cláusula 5: Pluralidad de Seguros

Si se contratara más de un seguro de Accidentes Personales con distintos aseguradores cubriendo la misma persona por el mismo riesgo o parte de él, deberá comunicarse sin dilación tal circunstancia a cada Asegurador con indicación de la suma y riesgo asegurado.

No hay obligación de notificar los riesgos de Accidentes Personales que se cubran accesoriamente en otras ramas de seguros ni los seguros específicos de aeronavegación.

Cláusula 6: Reticencia

Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Tomador y/o 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 (Art. 5 - L. de S.). Cuando la reticencia no dolosa es alegada en el plazo del Artículo 5 de la Ley de Seguros, 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 (Art. 6 - L. de S.). 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 (Art. 8 - L. de S.). En todos los casos, si el siniestro ocurre durante el plazo para impugnar, el Asegurador no adeuda prestación alguna (Art. 9 - L. de S.).

Cuando el contrato se efectúe por cuenta ajena, se juzgará la reticencia por el conocimiento y la conducta del Tomador y del Asegurado (Art. 10 - L. de S.).

Cláusula 7: Agravación o Modificación del Riesgo

El Tomador y/o Asegurado debe denunciar al Asegurador las agravaciones del riesgo asumido, causadas por un hecho

suyo, antes de que se produzcan; y las debidas a un hecho ajeno, inmediatamente después de conocerlas (Art. 38 - L. de S.). Se entiende por agravación del riesgo asumido, la que si hubiese existido al tiempo de la celebración, a juicio de peritos hubiera impedido este contrato o modificado sus condiciones (Art. 37 - L. de S.). Se consideran agravaciones del riesgo (Art. 132 - L. de S.) 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. Cuando la agravación se deba a un hecho del Tomador y/o Asegurado la cobertura queda suspendida. El Asegurador, en el término de siete días, deberá notificar su decisión de rescindir (Art. 39 - L. de S.). Cuando la agravación resulte de un hecho ajeno al Tomador y/o Asegurado, el Asegurador deberá notificarle su decisión de rescindir dentro del término de un mes y con un preaviso de siete días. Se aplicará el Artículo 39 de la Ley de Seguros si el riesgo no se hubiera asumido según las prácticas comerciales del Asegurador (Art. 40 - L. de S.). 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. Esta regla no se aplica cuando la agravación provenga de la práctica profesional de deportes o del uso de motocicletas. La rescisión del contrato por agravación del riesgo da derecho al Asegurador: a) Si la agravación del riesgo le fue comunicada oportunamente, a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido. b) Si no le fue comunicada oportunamente, a percibir la prima por el período de seguro en curso (Art.41 - L. de S.).

Cláusula 8: Designación 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 (Arts. 145 y 146 - L. de S.).

Cláusula 9: 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.

Cláusula 10: Denuncia del Accidente. Procedimiento. Cargas del Asegurado y/o Beneficiario

El Asegurado y/o el Beneficiario –según corresponda- comunicará por escrito al Asegurador el Accidente dentro del plazo de 3 días de ocurrido, bajo pena de perder el derecho a ser indemnizado, salvo que acredite caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia. 2. Desde el momento de hacerse aparente la posibilidad de ocurrencia de un Siniestro que pudiera estar cubierto por la Póliza el Asegurado deberá someterse, a su cargo, a un tratamiento médico racional y seguir las indicaciones del facultativo que lo asiste; también deberá enviarse al Asegurador un certificado del médico que atiende al Asegurado expresando las causas y naturaleza de las lesiones que éste presente, sus consecuencias conocidas o presuntas y la constancia de que se encuentra sometido a un tratamiento racional. 3. El Asegurado deberá remitir al Asegurador cada 15 días certificaciones médicas que informen sobre la evolución de su estado de salud y actualicen el pronóstico de curación. 4. El Asegurado deberá someterse al examen de los médicos del Asegurador cada vez que éste lo solicite. 5. El Asegurado y/o el Beneficiario también está obligado a suministrar al Asegurador la información y/o prueba instrumental que éste le solicite a fin de poder verificar el Siniestro y la extensión de la prestación a su cargo, como así también a permitirle al Asegurador efectuar las indagaciones necesarias a tales fines. 6. En caso de Muerte del Asegurado, el Asegurador se reserva el derecho de exigir la autopsia o la exhumación del cadáver para establecer las causas del fallecimiento, debiendo el Beneficiario prestar su conformidad y colaboración para la obtención de las correspondientes autorizaciones. La autopsia o la exhumación deberá efectuarse con citación del Beneficiario, quien podrá designar un médico para que lo represente. Los gastos de la autopsia o de la exhumación serán a cargo del Asegurador, salvo los derivados del representante médico designado por el Beneficiario. El incumplimiento por parte del Asegurado y/o del Beneficiario –según corresponda- de las cargas impuestas en los puntos 2, 3, 4, 5 y 6 producirá la caducidad automática de los derechos indemnizatorios que otorga la Póliza.

Cláusula 11: Valuación por Peritos

Si no hubiera acuerdo entre el Asegurador y el Asegurado y/o Beneficiario –según corresponda-, las consecuencias indemnizables del Accidente serán determinadas por dos médicos designados uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los 8 días de su designación, a un tercer facultativo para 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 tercer facultativo 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 designado en el plazo establecido en el primer párrafo, 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 facultativo serán pagados por la parte cuyas pretensiones se alejen mas del dictamen definitivo, salvo en el caso de equidistancia en que se pagarán por mitades entre las partes.

Cláusula 12: Cumplimiento de la Prestación por el Asegurador

El Asegurador efectuará el pago de la Suma Asegurada correspondiente en caso de siniestro dentro de los 15 días de notificado el mismo o de cumplidos los requisitos establecidos en las cláusulas 10 y 11, el que sea posterior. En caso de viaje aéreo del Asegurado realizado en líneas de transporte aéreo regular, si no se tuvieron noticias del avión por un período no inferior a dos meses el Asegurador hará efectivo el pago de la Suma Asegurada correspondiente a Muerte Accidental. Si con posterioridad apareciera el Asegurado o se tuvieran noticias ciertas de él, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de las sumas abonadas.

Cláusula 13:

Rescisión: El Tomador y el Asegurador tendrán derecho a rescindir el contrato de seguro, sin expresar causa. Si el Asegurador ejerce la facultad de rescindir deberá dar un preaviso no menor de 15 días. Si el Tomador opta por la rescisión, la misma se producirá desde la fecha en que el Asegurador reciba la notificación por escrito. Si el Asegurador ejerce la facultad de rescindir, la prima se reducirá proporcionalmente por el plazo no corrido. Si el Tomador opta por la rescisión, el Asegurador tendrá derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido, según las tarifas de corto plazo.

Cláusula 14:

Premio: A partir del inicio de vigencia de la Póliza, el premio correspondiente al mismo deberá ser abonado al Asegurador de la forma pactada, a través de alguno de los medios de pago previstos en la presente póliza. Dicho pago estará sujeto a las condiciones y efectos establecidos en la "Cláusula de Cobranza del Premio" que forma parte del presente contrato.

Cláusula 15:

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

Cláusula 16:

Domicilio para Denuncias y Declaraciones. El domicilio en que las partes deben efectuar las denuncias y declaraciones previstas en la Ley de Seguros o en las presentes Condiciones Generales Comunes, es el último declarado (artículo 15 y 16 de la Ley de Seguros).

Cláusula 17:

Jurisdicción. Toda controversia judicial que se plantee en relación al presente contrato se substanciará, a opción del Asegurado, ante los jueces competentes del domicilio del Asegurado, o el lugar de ocurrencia del siniestro, siempre que sea dentro de los límites del país. Sin perjuicio de ello, el Asegurado, según corresponda, o sus derecho-habientes, podrá/n presentar sus demandas contra el Asegurador ante los tribunales competentes del domicilio de la sede central o sucursal donde se emitió la póliza e igualmente se tramitarán ante ellos las acciones judiciales relativas al cobro de primas.

Cláusula 18:

Ámbito Geográfico. El presente seguro cubrirá los Accidentes que puedan ocurrir al Asegurado durante su tránsito o permanencia en el extranjero, salvo en aquellos países que no mantengan relaciones diplomáticas con la República Argentina, salvo indicación expresa en contrario en las Condiciones Particulares.

Cláusula Anexa a las Condiciones Generales Comunes

SEGURO COLECTIVO

Cláusula 1:

Definiciones. A los fines de la presente Póliza los términos que se indican a continuación tendrán exclusivamente los siguientes significados y alcances:

Tomador: es la persona física o jurídica que suscribe el presente contrato de seguro con el Asegurador y que posee un vínculo previo con las personas asegurables distinto al de la suscripción del presente seguro. Asegurado: son todas aquellas personas que forman parte del grupo regido por el Tomador, designadas como "Asegurado Titular" en el respectivo Certificado de Incorporación. También el término Asegurado comprende al grupo familiar, en los casos que así hubiera sido pactado, a través de la inclusión en la Póliza de la Cláusula Adicional respectiva. Beneficiario: es aquella persona designada por el Asegurado a quien el Asegurador debe abonar las prestaciones previstas en la Póliza para el caso de Muerte o, a falta de designación, los herederos legales del Asegurado. La designación o cambio de Beneficiario deberá efectuarse por escrito. Certificado de Incorporación: es el documento que emite el Asegurador a favor de cada uno de los "Asegurados Titulares" que conforman este Seguro Colectivo y que exterioriza y prueba la incorporación de este último, y su grupo familiar en caso de corresponder, a la Póliza contratada por el Tomador. En este documento constan las prestaciones que la Póliza otorga a cada Asegurado con sujeción a lo establecido en las Condiciones Generales Comunes y en las respectivas Condiciones Específicas y Cláusulas Adicionales.

Cláusula 2:

Obligaciones del Tomador. A los efectos del presente seguro, el Tomador se compromete a: a) Denunciar al Asegurador todo Accidente presumiblemente cubierto por esta Póliza. b) Informar al momento de ocurrida y/o conocida cualquier alta, baja y/o modificación relativa a los Asegurados. c) Hacer entrega a los Asegurados de los Certificados de Incorporación emitidos por el Asegurador. d) Denunciar al Asegurador las agravaciones / modificaciones del riesgo asumido. El Asegurador podrá solicitar o acceder en cualquier momento a la información, documentación y registros en poder del Tomador relacionados con la ejecución de este contrato.

Cláusula 3:

Variación del Grupo Asegurado. De acuerdo a lo establecido en la Cláusula precedente, 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. Para el caso de las personas que perteneciendo al grupo asegurable, satisfagan las condiciones de ingreso con posterioridad a la fecha de inicio de vigencia de este contrato, el seguro regirá a partir de las doce (12) horas del día siguiente a la fecha en que se cumplimenten las condiciones de ingreso al seguro. Los ajustes de la prima que correspondan con motivo de variaciones en el grupo asegurado, se efectuarán a prorrata del tiempo transcurrido como Asegurado, ya sea desde la fecha de aceptación en el caso de incorporaciones o bien desde la fecha de exclusión en el caso de bajas de Asegurados.

Cláusula 4: Terminación de la Cobertura Individual

La cobertura individual de cada Asegurado quedará rescindida o caducará en cualquiera de los siguientes casos (el que ocurra primero): a) por cumplir el Asegurado la Edad Máxima de Permanencia establecida en las Condiciones Particulares. b) por rescisión o caducidad de la Póliza. c) por haberse consumido totalmente la Suma Asegurada, de acuerdo a lo que se establezca en cada Condición Específica o Cláusula Adicional. d) por rescisión o caducidad del Certificado de Incorporación. e) por dejar de pertenecer el Asegurado al grupo regido por el Tomador. f) por fallecimiento del Asegurado. g) en el caso de los Asegurados familiares, por perder la calidad de Asegurado Cónyuge o Asegurado Hijo, según haya sido definido en el respectivo Suplemento.

Cláusula Anexa a las Condiciones Generales Comunes

CLÁUSULA DE COBRANZA DEL PREMIO

Con Pago de la Prima a cargo del Asegurado en Pólizas Colectivas

FORMULARIO DE MUESTRA

CAPÍTULO I

Artículo 1°: La vigencia de este seguro será la establecida en las Condiciones Particulares.

Artículo 2°: La cobertura que otorga el Certificado de Incorporación quedará automáticamente suspendida cuando: i) vencido cualquiera de los plazos para el pago del premio exigible, este no fue realizado en término, o ii) por cualquier causa imputable al Asegurado (ej. por haber agotado el crédito disponible), no se pudiera efectuar el cobro del premio en término a través de la tarjeta de crédito declarada por el Asegurado para tal fin, o iii) por cualquier causa imputable al Asegurado (ej. falta de fondos suficientes), no se pudiera efectuar el cobro del premio en término a través de la cuenta corriente o de la caja de ahorro declarada por el Asegurado para tal fin. 2.2. Tal suspensión de cobertura se iniciará en todos los casos previstos precedentemente a partir de la hora 24 del día del vencimiento para el pago del premio exigible que no fue realizado en término. 2.3. Sin perjuicio de lo expuesto en los puntos 2.1 y 2.2 precedentes, se acuerda un plazo de gracia de 60 días corridos contados a partir de la fecha de vencimiento de cada una de las cuotas, lapso durante el cual la cobertura que otorga el Certificado de Incorporación mantendrá su plena vigencia. Si el premio no fuera abonado en dicho plazo de gracia, la cobertura quedará automáticamente suspendida, debiendo el Asegurado abonar el premio devengado hasta el vencimiento del plazo de gracia. 2.4. Toda rehabilitación de la cobertura suspendida por falta de pago en término surtirá efecto desde la hora cero (0) del día siguiente a aquel en que se realice el cobro total del importe o importes vencidos. Queda entendido y convenido que la rehabilitación de la cobertura antes mencionada regirá solamente para el futuro, pero no purgará la suspensión anterior de la misma derivada de la falta de pago del premio en el término convenido. 2.5. Transcurridos 60 días corridos desde que se suspendió la cobertura por falta de pago sin que el Asegurado la haya pagado y rehabilitado la misma, el certificado de Incorporación quedará automáticamente resuelto de pleno derecho por el simple vencimiento del plazo y sin necesidad de interpelación extrajudicial o judicial alguna. 2.6. La gestión de cobro extrajudicial o judicial del premio o saldo adeudado, no modificará la suspensión de la cobertura o la resolución del contrato conforme a lo estipulado precedentemente.

Artículo 3°: Las disposiciones de la presente Cláusula son también aplicables a los premios de los adicionales por endosos o suplementos del Certificado de Incorporación.

Artículo 4°: Queda entendido y convenido que los créditos recíprocos, líquidos y exigibles que existan pendientes o que se generen por cualquier concepto, vinculados o no con este Certificado de Incorporación u otros celebrados por las partes, se compensarán de pleno derecho hasta la concurrencia del o de los montos menores (Art. 921 del Código Civil y Comercial de la Nación).

CAPÍTULO II

DISPOSICIONES APLICABLES A LA PRESENTE CLÁUSULA DE COBRANZA DE PREMIOS SEGÚN LO ESTABLECIDO POR LAS RESOLUCIONES N° 429/2000,90/2001 Y 407/2001 DEL MINISTERIO DE ECONOMIA DE LA NACIÓN. De acuerdo con lo establecido en el artículo 1° de la Resolución del Ministerio de Economía N° 407/2001 que modificó las Resoluciones del Ministerio de Economía N° 429/2000 y N° 90/2001, los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros son los siguientes: a) Entidades especializadas en cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION. b) Entidades financieras sometidas al régimen de la Ley N° 21.526. c) Tarjetas de crédito, débito o compras emitidas en el marco de la Ley N° 25.065. d) Medios electrónicos de cobro habilitados previamente por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION a cada entidad de seguros, los que deberán funcionar en sus domicilios, puntos de venta o cobranza. En este caso, el pago deberá ser realizado mediante alguna de las siguientes formas: efectivo en moneda de curso legal, cheque cancelatorio Ley N° 25.345 o cheque no a la orden librado por el Asegurado 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 Resolución del Ministerio de Economía N° 407/2001.

Cláusula Anexa a las Condiciones Generales Comunes

CLÁUSULA DE RENOVACIÓN AUTOMÁTICA

Se deja expresa constancia que las partes han convenido que esta póliza tendrá vigencia anual, según lo indicado en el frente de póliza, con el compromiso por parte del Asegurador de renovarla automáticamente al finalizar su vigencia. Las condiciones contractuales convenidas en la póliza original se mantendrán en las renovaciones automáticas, incluyendo la presente modalidad de renovación automática, salvo indicación en contrario por parte del Asegurador, que notificará al Tomador y/o Asegurado de las modificaciones introducidas en cada renovación con una antelación no menor a 30 (treinta) días corridos, en cuyo plazo el Tomador y/o Asegurado podrá expedirse sobre la aceptación o rechazo de las nuevas condiciones. En caso que no se expida en el plazo estipulado, las nuevas condiciones se consideran aprobadas por el Tomador y/o Asegurado. En las sucesivas renovaciones se establecerá la nueva suma asegurada, la variación tarifaria que pudiera corresponder de acuerdo a las tarifas vigentes en ese momento y el premio que surja de la aplicación de las mismas, el que deberá ser pagado de la manera convenida, por los medios habilitados por el régimen de cobranza en vigencia; todo lo cual será notificado al Tomador y/o Asegurado con una antelación no menor a 30 (treinta) días corridos, en cuyo plazo el Tomador y/o Asegurado podrá expedirse sobre la aceptación o rechazo de las nuevas condiciones. En caso que no se expida en el plazo estipulado, las nuevas condiciones se consideran aprobadas por el Tomador y/o Asegurado.

CONDICIONES GENERALES ESPECÍFICAS

COBERTURA DURANTE 24 HS DEL DÍA

Cláusula 1: Definiciones

A los fines de la presente Póliza, los términos que se indican a continuación tendrán exclusivamente los siguientes significados y alcances: Accidente: Se entiende por Accidente toda lesión corporal que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta sufrida por el Asegurado independientemente de su voluntad, por la acción repentina y violenta de o con un agente externo. Se considera también Accidente: a) Asfixia o intoxicación por vapores o gases; asfixia por inmersión u obstrucción en el aparato respiratorio que no provenga de una enfermedad; intoxicación o envenenamiento por ingestión de sustancias tóxicas o alimentos en mal estado consumidos en lugares públicos o adquiridos en mal estado. b) Quemaduras de todo tipo producidas por cualquier agente. c) El carbunco, tétanos u otras infecciones microbianas o intoxicaciones cuando sean de origen traumático; rabia, luxaciones articulares y distensiones, dilaceraciones y roturas musculares, tendinosas y viscerales (excepto lumbalgia, várices y hernias) causadas por esfuerzo repentino y evidentes al diagnóstico. Asimismo, se cubren: d) Los Accidentes que puedan ocurrir al Asegurado, ya sea en el ejercicio de su profesión declarada o mientras se halle prestando servicio militar en tiempo de paz, en su vida particular, o mientras se encuentre circulando o viajando en vehículo particular o público, terrestre o acuático, propio o ajeno, conduciéndolo o no, o en líneas de transporte aéreo regular; e) los Accidentes que puedan ocurrir al Asegurado durante la participación y/o práctica de deportes y/o entrenamiento, cuando tal práctica y/o participación sea no profesional; Queda entendido y convenido que en cualquier caso el Accidente debe ocurrir durante el período de vigencia de la Póliza.

Cláusula 2: Objeto del Seguro

En virtud de la definición del término Accidente de la Cláusula precedente, los riesgos amparados en cada una de las Condiciones Específicas y Cláusulas Adicionales incluidas en la Póliza serán única y exclusivamente cubiertos si los mismos se originan en un Accidente con las características descriptas precedentemente.

Cláusula 3: Exclusiones

Quedan excluidos de la cobertura que otorga la Póliza los daños sufridos por el Asegurado que sean consecuencia inmediata o mediata de: a) Enfermedades de cualquier naturaleza, salvo lo especificado en el inciso c) de la cláusula 1

de las presentes Condiciones Generales Comunes. b) Lesiones imputables a esfuerzo. c) Psicopatías transitorias o permanentes y operaciones quirúrgicas o tratamientos, salvo que cualquiera de tales hechos sobrevenga como consecuencia inmediata de un Accidente o del tratamiento de las lesiones por él producidas. d) Accidentes que el Asegurado y/o Beneficiario provoque –por acción u omisión- dolosamente o con culpa grave o el Asegurado sufra en empresa criminal. e) Accidentes causados por vértigos, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que ocurran por estado de enajenación mental, salvo que tales trastornos sean consecuencia inmediata de un Accidente. f) Estado de ebriedad o por estar el Asegurado bajo la influencia de estupefacientes o alcaloides, excepto cuando estos últimos hayan sido administrados bajo prescripción médica. g) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado tome parte en carreras, ejercicios o juegos atléticos de acrobacia que tengan por objeto pruebas de carácter excepcional, o mientras participe en viajes o excursiones a regiones o zonas inexploradas. h) Accidentes derivados de la navegación aérea no realizada en líneas de transporte aéreo regular. y) Accidentes derivados de la práctica de deportes en forma profesional. i) Lesiones autoinflingidas, aún cuando sean cometidas en estado de enajenación mental. j) Accidentes causados por hechos de guerra civil o internacional que se produzcan en los países que se enumeran en las Condiciones Particulares. k) Accidentes causados por hechos de guerra civil o internacional, guerrilla, rebelión, terrorismo, motín o lockout, cuando el Asegurado participe como elemento activo. l) Accidentes ocurridos durante la práctica y/o entrenamiento de deportes de alto riesgo. m) Accidentes o reacciones nucleares. n) Accidentes derivados del uso de motocicletas y vehículos similares, salvo acuerdo en contrario. o) Accidentes derivados de la realización de trabajos en altura superiores a los 4 metros, salvo acuerdo en contrario. Los siniestros acaecidos en el lugar y en ocasión de producirse los acontecimientos enumerados en los incisos k) y l) se presume que son consecuencia de los mismos, salvo prueba en contrario del Asegurado y/o Beneficiario.

CONDICIONES ESPECÍFICAS - COBERTURA DE MUERTE

Cláusula 1: Definiciones

A los fines de la Póliza y del Certificado de Incorporación, los términos que se indican a continuación tendrán exclusivamente los siguientes significados y alcances: Muerte: fallecimiento del Asegurado como consecuencia inmediata de un Accidente.

Cláusula 2: Riesgos Cubiertos-Límites Indemnizatorios

El riesgo amparado por esta Condición Específica es el de Muerte del Asegurado como consecuencia inmediata de un Accidente ocurrido durante la vigencia del seguro, y siempre que las consecuencias del Accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha del mismo. El Asegurador indemnizará al Beneficiario la Suma Asegurada que se indica en las Condiciones Particulares y en el Certificado de Incorporación.

Cláusula 3: Carácter del beneficio

En caso de Muerte Accidental el Asegurador abonará al Beneficiario el beneficio previsto para esta cobertura. Sin embargo, el Asegurador reducirá la prestación correspondiente para Muerte Accidental en los porcentajes tomados en conjunto que hubiere abonado por otras coberturas eventualmente incluidas en la póliza (excepto las correspondientes a renta por internación y gastos médicos) como consecuencia de un Accidente o varios ocurridos durante el período de vigencia de la Póliza y del Certificado de Incorporación. En caso de Muerte del Asegurado, quedarán sin efecto las restantes coberturas, ganando el Asegurador la totalidad de la prima.

CONDICIONES ESPECÍFICAS - COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL Y PARCIAL

Cláusula 1: Riesgos Cubiertos - Límites Indemnizatorios

El riesgo amparado por esta Condición Específica es el de Invalidez Permanente del Asegurado como consecuencia inmediata de un Accidente ocurrido durante la vigencia del seguro, y siempre que las consecuencias del Accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha del mismo. Si el Accidente causare una Invalidez Permanente determinada con prescindencia de la profesión u ocupación del Asegurado, el Asegurador abonará al Asegurado una suma igual al porcentaje, sobre la Suma Asegurada indicada en las Condiciones Particulares y en el Certificado de Incorporación, que corresponda de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida y según se indica a continuación: TOTAL: Estado absoluto e incurable de alienación mental, que no permita al Asegurado ningún trabajo u ocupación, por el resto de su vida: 100% Fractura incurable de la columna vertebral que determine la invalidez total y permanente. 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 (pseudoartrosis total) 45%, 6%. 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 el meñique: 8%; 6%.

b) Miembros inferiores: Pérdida total de una pierna 55%. Pérdida total de un pie: 40%. Fractura no consolidada de un muslo (pseudoartrosis total) 35%. Fractura no consolidada de una pierna (pseudoartrosis 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 del pie 8%. Pérdida total de otro dedo del pie 4%. Por la pérdida total se entiende aquella que tiene lugar por la amputación o por la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano lesionado.

La pérdida parcial de los miembros u órganos, será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional, pero si la invalidez 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 invalidez total permanente. Cuando la invalidez así establecida llegue al 80% se considerará invalidez total y se abonará por consiguiente íntegramente la Suma Asegurada. En caso que el Asegurado fuera zurdo, se invertirán los porcentajes de indemnización fijados por la pérdida de los miembros superiores. La indemnización por lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración que precede constituyan una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con la de los casos previstos y siempre independientemente de la profesión u ocupación del Asegurado. Las invalideces derivadas de Accidentes sucesivos ocurridos durante un mismo período anual de la vigencia de la Póliza y del Certificado de Incorporación serán tomadas en conjunto a fin de fijar el grado de invalidez a indemnizar por el último accidente. La pérdida de miembros u órganos incapacitados antes de cada Accidente, solamente será indemnizada en la medida en que constituya una agravación de la invalidez anterior. Si las consecuencias de un Accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente de él, de un estado constitucional anormal con respecto a la edad del Asegurado, o de un defecto físico de cualquier naturaleza y origen, la indemnización que corresponda a cargo del Asegurador se liquidará de acuerdo con las consecuencias que el mismo Accidente hubiera presumiblemente producido sin la mencionada concausa.

Cláusula 2: Carácter del beneficio

El beneficio acordado por Invalidez es sustitutivo del capital asegurado que debiera liquidarse en caso de Muerte del Asegurado, de modo que, con el pago a que se refiere el artículo anterior, el Asegurador queda liberado de cualquier otra obligación con respecto a dicho Asegurado, si el monto abonado por Invalidez resulta coincidente con el de Muerte. Si el monto abonado por Invalidez resultara inferior a la Suma Asegurada por Muerte, dicha liberación será parcial, por un importe igual al capital liquidado por Invalidez.

CONDICIONES ESPECÍFICAS - COBERTURA DE FRACTURA DE HUESOS

Cláusula 1: Definiciones

A los fines de la Póliza y del Certificado de Incorporación, los términos que se indican a continuación tendrán exclusivamente los siguientes significados y alcances: Fractura de Huesos: es la rotura simple de huesos producida como consecuencia inmediata de un Accidente.

Cláusula 2: Riesgos Cubiertos-Límites Indemnizatorios:

El riesgo amparado por esta Condición Específica es el de Fractura de Huesos del Asegurado como consecuencia inmediata de un Accidente ocurrido durante la vigencia del seguro, y siempre que las consecuencias del Accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha del mismo. Con relación a cada riesgo cubierto, el Asegurador indemnizará al Asegurado las Sumas Aseguradas que se indican en las Condiciones Particulares y en el Certificado de Incorporación, para cada una de las siguientes lesiones: Fractura de: **Cadera 2,00%, Pelvis 2,00%, Cuello 2,00%, Cráneo 1,50%, Omóplato 1,50%, Fémur 1,25%, Clavícula 1,25%, Esternón 1,25%, Húmero 1,00%, Rótula 1,00%, Codo 1,00% , Antebrazo 0,9%, Pierna 0,90% , Mandíbula 0,90%, Muñeca 0,80%, Malar 0,80%, Tobillo 0,80%, Mano 0,80%, Pie 0,80%, Vértebra 0,75%, Costilla 0,75%**. Si como consecuencia de un mismo accidente se produjera más de uno de los riesgos cubiertos, las indemnizaciones a cargo del Asegurador se sumarán. En tal caso, la indemnización máxima a cargo del Asegurador no podrá superar el importe total máximo por Fractura de Huesos especificado en las Condiciones Particulares y en el respectivo Certificado de Incorporación.

Cláusula 3: Exclusiones

A las exclusiones previstas en las Condiciones Generales Específicas, se agrega a efectos de la presente cobertura la siguiente: Rotura de Huesos producida como consecuencia inmediata o mediata de osteoporosis.

Cláusula 4: Carácter del beneficio

El beneficio acordado por esta Condición Específica es sustitutivo del capital asegurado que debiera liquidarse en caso de Muerte e Invalidez del Asegurado, de modo que la indemnización por tales conceptos se reducirá en el monto que se hubiere abonado por la presente cobertura.

CONDICIONES ESPECÍFICAS - COBERTURA DE RENTA POR INTERNACIÓN (DIARIA)

Cláusula 1: Definiciones:

A los fines de la Póliza y del Certificado de Incorporación, los términos que se indican a continuación tendrán exclusivamente los siguientes significados y alcances:

Renta por Internación: se entiende por tal a la prestación que el Asegurador otorgará por cada día que el Asegurado permanezca internado u hospitalizado en un Establecimiento Asistencial (hasta la cantidad máxima de días prevista en las Condiciones Particulares y en el Certificado de Incorporación) como consecuencia inmediata de un Accidente. La Suma Asegurada diaria correspondiente a "Renta por Internación" se indica en las Condiciones Particulares y en el Certificado de Incorporación.

Establecimiento Asistencial: es un establecimiento médico que se halle legalmente autorizado, que posea servicios de enfermería durante las 24 horas del día y que esté equipado para cirugía mayor.

Internación: Se entiende por tal la permanencia del Asegurado en un Establecimiento Asistencial como consecuencia inmediata de un Accidente, cuando ésta supere el período de espera especificado en las Condiciones Particulares y en el Certificado de Incorporación.

Cláusula 2: Riesgos Cubiertos-Límites Indemnizatorios

El riesgo amparado por esta Condición Específica es el de Renta por Internación del Asegurado como consecuencia inmediata de un Accidente ocurrido durante la vigencia del seguro, y siempre que las consecuencias del Accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha del mismo.

El Asegurador indemnizará al Asegurado el importe diario estipulado en las Condiciones Particulares y en el Certificado de Incorporación por cada día de internación del Asegurado.

Cláusula 3: Carácter del beneficio

Queda entendido y convenido que en caso de siniestro que afecte las restantes coberturas no se deducirán de las mismas los importes que se hubieran abonado en concepto de Renta por Internación, ya que esta prestación es adicional e independiente de las demás.

El Asegurador deberá abonar la Suma Asegurada correspondiente a Renta por Internación en forma diaria, desde el primer día de internación del Asegurado - cuando ésta supere el período de espera especificado en las Condiciones Particulares y en el Certificado de Incorporación -, hasta el plazo máximo establecido en las Condiciones Particulares y en el Certificado de Incorporación.

FORMULARIO DE MUESTRA

CLÁUSULA ADICIONAL - Cobertura Adicional por Accidente en Ocasión de Asalto

Cláusula 1: Definiciones

A los fines de la Póliza y del Certificado de Incorporación, los términos que se indican a continuación tendrán exclusivamente los siguientes significados y alcances: **Asalto:** se entiende por Asalto el ataque imprevisto, sorpresivo y súbito del que sea víctima el Asegurado, cometido por personas desconocidas con armas de fuego y/o armas blancas.

Cláusula 2: Riesgo Cubierto

La cobertura prevista en esta póliza se hace extensiva a las situaciones en las cuales el Asegurado resulte víctima de un asalto, en los términos de la definición incluida en la cláusula 1.

Por ello, en todos los párrafos de las Condiciones Generales Comunes y las Condiciones Específicas donde se hace referencia a "Accidente" se reemplaza el texto por la mención "Asalto y/o Accidente". De acuerdo a los términos, condiciones, límites y exclusiones establecidos en la presente Póliza y en el Certificado de Incorporación, mediante la presente cláusula, en caso de Asalto el Asegurador se compromete a abonar al Asegurado o al Beneficiario –según corresponda- la Suma Asegurada Adicional establecida para los riesgos cubiertos por esta cláusula, detallados en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de incorporación, según corresponda, siempre que las consecuencias del Asalto y/o Accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha del mismo.

Cláusula 3: Denuncia Policial

El Asegurado y/o el Beneficiario –según corresponda- deberá efectuar la correspondiente denuncia del Asalto a la autoridad policial dentro de las 24 horas de ocurrido el mismo, bajo pena de perder el derecho a ser indemnizado, salvo que acredite caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.