

ANEXO 1

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

RIESGOS NO CUBIERTOS

a) Las consecuencias de las enfermedades de cualquier naturaleza inclusive las originadas por las picaduras de insectos, salvo lo especificado en la Cláusula 2.

b) Las lesiones causadas por la acción de los rayos "X" y similares, y de cualquier elemento radiactivo, u originadas en reacciones nucleares; de las lesiones imputables a esfuerzos, salvo los casos contemplados en la Cláusula 2; de insolación, quemaduras por rayos solares, enfriamientos y demás efectos de las condiciones atmosféricas o ambientales; de psicopatías transitorias o permanentes o de operaciones quirúrgicas o tratamientos; salvo que cualquiera de tales hechos sobrevenga a consecuencia de un accidente cubierto conforme con la Cláusula 2 o del tratamiento de las lesiones por el producidas.

c) Los accidentes que el Asegurado 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 (Artículos 152 y 70 Ley de Seguros).

d) Los accidentes causados por vértigos, vahídos, linotipias, convulsiones o parálisis y los que ocurran por estado de enajenación mental, salvo cuando tales trastornos sean consecuencia de un accidente cubierto conforme a la Cláusula 2; o por estado de ebriedad o por estar el Asegurado bajo la influencia de estupefacientes o alcaloides.

e) Los accidentes que ocurran mientras el Asegurado tome parte en carreras, ejercicios o juegos atléticos de acrobacia o que tengan por objeto pruebas de carácter excepcional, o mientras participe en viajes o excursiones a regiones o zonas inexploradas.

f) Los accidentes derivados de la navegación aérea no realizada en líneas de transporte aéreo regular.

g) Los accidentes derivados del uso de motocicletas y vehículos similares, o de la práctica de deportes que no sean los enumerados en la Cláusula 3, o en condiciones distintas a las enunciadas en la misma.

También quedan excluidos de este seguro:

a) Los accidentes causados por hechos de guerra civil o internacional.

b) Los accidentes causados por hechos de guerrilla, rebelión, terrorismo, motín, tumulto popular, huelga o lock out, cuando el Asegurado participe como elemento activo.

c) Los accidentes causados por fenómenos sísmicos, inundaciones u otros fenómenos naturales de carácter catastrófico.

Los siniestros acaecidos en el lugar y en ocasión de producirse los acontecimientos enumerados en esta Cláusula, se presume que son consecuencia de los mismos, salvo prueba en contrario del Asegurado.

Se informa que, de acuerdo a lo estipulado en el art. 2do. de la Res. 429, los únicos sistemas habilitados para cancelar los premios del presente contrato son:

a) Medios electrónicos de cobro

- b) Entidades bancarias; pago en ventanilla o débito en cuenta (CBU Débito en cuenta bancaria)
- c) Tarjeta de débito, crédito o compra (Tarjetas de Crédito de Circulación Masiva - consultar convenios especiales)

En caso de que Paraná Seguros S.A. o nuestros agentes perciban premios, dichos premios serán ingresados en los sistemas detallados precedentemente, dentro de los 2 días hábiles de percibidos. Asimismo, si el agente se encuentra a más de 25 Km. de una boca de percepción de los sistemas habilitados, dicho plazo se extenderá a 5 días hábiles. La entrega del comprobante de cancelación del pago se encontrará a disposición en el domicilio de Paraná Seguros S.A. o de nuestro agente, el cual no se encontrará a más de 25 km. del domicilio del Asegurado o tomador.

ANEXO Nº 71

Seguro Colectivo de Accidentes Personales

Aprobadas por la Superintendencia de Seguros de la Nación

Resolución Nro. 9398 del 19/06/68

Con la prima exclusivamente a cargo del contratante.

1) El presente seguro rige para cada una de las personas comprendidas en la nómina anexa a la póliza y por las prestaciones especificadas en la misma, mientras permanezcan al servicio del contratante.

Los ajustes de la prima que correspondan con motivo de la exclusión de asegurados cesantes en el empleo o de la incorporación de nuevos asegurados, se efectuarán a prorrata del tiempo transcurrido como asegurado o del que falte hasta el vencimiento de la póliza desde el día de la notificación de la cesantía del Asegurador, o de la aceptación por el mismo de la incorporación de los nuevos asegurados, respectivamente, teniendo en cuenta la prima a aplicar de acuerdo con el riesgo.

En los casos de seguros a prima única, contratados por varios años, si la exclusión o inclusión de personal se produjera luego de transcurrido el primer año, el Asegurador retendrá o percibirá la prima anual o prorrata del tiempo transcurrido o a transcurrir hasta el vencimiento de la póliza.

Cuando las exclusiones e inclusiones fueran simultáneas, la prima a retener o a percibir se calculará sobre el saldo capital no compensado entre ellas y en la forma indicada precedentemente.

2) Se instituye beneficiario en primer término al contratante, con preeminencia sobre los restantes beneficiarios que conservarán su derecho sólo sobre el saldo de la prestación:

a) por el monto que resultase de cualquier responsabilidad civil o legal que tuviera que asumir con motivo de accidentes cubiertos por la póliza que sufrieran los asegurados a que se refiere el inciso 1) de esta cláusula;

b) por el monto del perjuicio concreto resultante de un interés económico lícito que demostrara con respecto a la vida o salud de los asegurados a que se refiere el inciso 1) de esta cláusula cuando éstos sufrieran accidentes cubiertos por la póliza.

3) Previa citación del Contratante para que en el término de tres días invoque su derecho al cobro preferente conforme con el inciso anterior, el pago del saldo de las prestaciones se hará

directamente a los demás asegurados o beneficiarios que justifiquen sus derechos. En caso de desacuerdo entre los interesados, se consignará judicialmente el importe.

ANEXO Nº 73

Cobertura Adicional de Asistencia Médica

Este seguro cubre hasta la suma prevista en las Condiciones Particulares el reembolso de los gastos de asistencia médico-farmacéutica en que haya incurrido razonablemente el Asegurado prescripta por el facultativo, con motivo de todo accidente cubierto por la póliza.

El Asegurador no tomará a su cargo los gastos por viajes y estadía 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 al 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.

Por tratarse de un seguro de daños, si se asegura el mismo interés y el mismo riesgo con más de un Asegurador, el Asegurado notificará sin dilación a cada uno de ellos los demás contratos celebrados, con indicación del Asegurador y de la suma asegurada, bajo pena de caducidad. Con esta salvedad en caso de siniestro el Asegurador contribuirá proporcionalmente al monto de su contrato, hasta la concurrencia de la indemnización debida.

El Asegurado no puede pretender en el conjunto una indemnización que supere el monto del daño sufrido.

ANEXO Nº 91

Se hace constar que el presente seguro no cubre el caso de incapacidad temporaria previsto en la Cláusula Nro 10 de las Condiciones Generales de la póliza.

ANEXO Nº 303

RESOLUCION Nº 28.268/2001 DE LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION Y
RESOLUCION Nº 90/2001 DEL MINISTERIO DE ECONOMIA

ADVERTENCIAS PARA ASEGURADOS Y ASEGURABLES

Artículo 1º) Los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguro son los siguientes:

- a) Entidades especializadas en cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos;
- b) Entidades bancarias: pagos en ventanilla o débito en cuenta;
- c) Tarjetas de débito, crédito o compras;
- d) Controladores Fiscales.

Las entidades aseguradoras solo podrán considerar cumplida la obligación de pago de premio de los contratos de seguros, cuan-

do se produzca el efectivo ingreso de los fondos en alguno de los sistemas enumerados en el párrafo anterior. Consecuentemente, solo surtirán efecto entre las partes y frente a terceros los pagos de premios de contratos de seguros por los medios establecidos en este artículo.

Cuando la percepción de premios se materialice a través del SISTEMA UNICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (SUSS), se considerará cumplida la obligación establecida en el presente artículo.

Artículo 2º) Nómina de medios habilitados en los términos del artículo 1º de las presentes ADVERTENCIAS:

a) Entidades especializadas en cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos

Sistema Pago Facil

Sistema Rapi Pago

Pago Mis Cuentas

Cobro Express

b) Entidades Bancarias:

Pago en Ventanillas: Banco de la Nación Argentina

Débito en Cuenta

c) Tarjetas de Débito/Crédito/Compra:

Mastercard

Cabal

Diners

American Express

Visa

Tarjeta Naranja

d) Controladores Fiscales Propios de Paraná S.A. de Seguros

Cláusula 13 - Pluralidad de Seguro

Dejase establecido con relación a la cláusula Nro.13 de las Condiciones Generales de la póliza, que los seguros de Accidentes

Personales y/o Aeronavegación que tenga contratados o contrate en lo sucesivo el Asegurado con otros aseguradores debe notificarlos sin dilación a cada asegurador.

CLAUSULA 97 COBRANZA POR PREMIO

El premio de este seguro debe pagarse al contado en la fecha de iniciación de su vigencia o, si el asegurador lo aceptase, en cuotas consecutivas, según se indica en el "Plan de Pagos" que a continuación se establece.

Sin embargo, el premio no será exigible sino contra entrega de póliza o certificado de cobertura (Art.30 Ley 17.418).

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

Vencido cualquiera de los plazos de pago del premio exigible sin que se haya producido, la cobertura quedará automáticamente suspendida desde la hora 24 del día de vencimiento impago, sin necesidad de interpretación extrajudicial o judicial alguna, ni constitución en mora, la que se producirá por el solo vencimiento de ese plazo.

Sin embargo, el premio correspondiente al período de cobertura suspendida quedará a favor del asegurador como penalidad.

Toda rehabilitación surtirá efecto desde las 0 (cero) horas del día siguiente a aquel en que se hubiera hecho efectivo el pago de la/s cuota/s vencidas, en cualquiera de los medios habilitados a tales efectos.

Sin perjuicio de ello, el Asegurador podrá rescindir el contrato por falta de pago. Si así lo hiciera, quedará a su favor, como penalidad, el importe del premio correspondiente al período transcurrido desde el inicio de la cobertura hasta el momento de la rescisión, calculado de acuerdo a lo establecido en las condiciones de póliza sobre rescisión por causa imputable al Asegurado.

La gestión de cobro extrajudicial o judicial de premio o saldo adeudado no modificará la suspensión de la cobertura o rescisión del contrato estipulada.

Las disposiciones de la presente cláusula son también aplicables a los premios de los seguros menores a 1(un) año y a los adicionales por endosos o suplementos de pólizas.

En este caso, el pago no podrá exceder el plazo de vigencia, disminuido en 30(treinta) días.

Todos los pagos que resulten de aplicación de esta cláusula se efectuarán mediante los medios habilitados a tales efectos por la Resolución 90/2001 del Ministerio de Economía, que figuran en las "Advertencias para Asegurados y Asegurables" anexas a la presente póliza.

Aprobada la liquidación del siniestro, el Asegurador podrá descontar de la indemnización cualquier saldo o deuda vencida del mismo Asegurado.

Pago con Tarjeta de Crédito

Si por motivos ajenos a la Compañía e Imputables al Asegurado, el Agente Emisor de la Tarjeta de Crédito rechazará el débito

indicado por Paraná Seguros, el Asegurado tendrá un plazo de 15 días hábiles para regularizar su situación, y sin que importe

excluir otros supuestos, la situación precedentemente referida se configurará con:

- a) Cambio de Tarjeta.
- b) Cambio de N° de Tarjeta.
- c) Robo/Hurto/Pérdida de Tarjeta
- d) Error en el N°, o cualquier otra modificación relacionada con la misma.

Frente a estas alternativas:

EL ASEGURADO DEBERA INFORMAR INMEDIATAMENTE A SU PRODUCTOR O EN SU DEFECTO A LA COMPAÑÍA, para que la misma realice la modificación correspondiente y evitar de esa forma el rechazo del débito.

CLAUSULA CGAP

LEY DE LAS PARTES CONTRATANTES

Cláusula 1

Las partes contratantes se someten a las disposiciones de la Ley de Seguros N° 17.418 y a las de la presente póliza.

En caso de discordancia entre las Condiciones Generales y las Particulares, predominarán estas últimas.

Los derechos y obligaciones del Asegurado y del Asegurador que se mencionan con indicación de los respectivos artículos de la Ley de Seguros, deben entenderse como simples enunciaciones informativas del contenido esencial de la Ley, la que rige en su integridad con las modalidades convenidas por las partes. Esta póliza adquiere fuerza legal desde las (12) horas del día fija

do como inicio de su vigencia y se renueva en cada aniversario de la misma, por períodos anuales en forma automática.

RIESGO CUBIERTO

Cláusula 2

El Asegurador se compromete al pago de las prestaciones estipuladas en la presente póliza, en el caso de que la persona designada en la misma como Asegurado sufra durante la vigencia del seguro, algún accidente que fuera la causa originaria de su muerte o invalidez permanente o temporaria, total o parcial, y siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha del mismo, de acuerdo con lo establecido en las Condiciones Particulares.

A los efectos de este seguro, 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 consideran también como accidentes: la asfixia o intoxicación por vapores o gases, la asfixia por inmersión u obstrucción en el aparato respiratorio que no provenga de enfermedad; la intoxicación o envenenamiento por ingestión de sustancias tóxicas o alimentos en mal estado consumidos en lugares públicos o adquiridos en tal estado; las quemaduras de todo tipo producidas por cualquier agente, salvo lo dispuesto en la Cláusula 5, inc. b); el carbunco, tétanos u otras infecciones microbianas o intoxicaciones cuando sean de origen traumático; rabia, luxaciones articulares y distensiones, dilaceraciones y rupturas musculares tendinosas y viscerales (excepto lumbalgias, varices y hernias) causadas por esfuerzo repentino y evidentes al diagnóstico.

Cláusula 3

Salvo las limitaciones o exclusiones que resulten de la presente póliza, el seguro cubre todos los accidentes (en los términos y alcances establecidos en la Cláusula anterior) 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, 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.

Se cubren también los accidentes que se produzcan durante la participación en los siguientes entretenimientos y deportes exclusivamente: juegos de salón y la práctica normal y no profesional de: atletismo, básquetbol, bochas, bolos, canotaje, caza menor, ciclismo, deporte náutico a vela y/o motor por ríos o lagos, equitación, esgrima, excursiones a montañas por carreteras y senderos, gimnasia, golf, handball, hockey sobre césped, natación, patinaje, pelota a paleta, pelota al cesto, pesca (salvo en alta mar), remo, tenis, tiro (en polígonos habilitados), voleibol y waterpolo.

Cláusula 4

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.

RIESGOS NO ASEGURADOS

Cláusula 5

Quedan excluidos de este seguro:

- a) Las consecuencias de las enfermedades de cualquier naturaleza inclusive las originadas por la picadura de insectos, salvo lo especificado en la Cláusula 2.
- b) Las lesiones causadas por la acción de los rayos "X" y similares, y de cualquier elemento radiactivo, u originadas en reacciones nucleares; de las lesiones imputables a esfuerzo, salvo los casos contemplados en la Cláusula 2; de insolación, quemaduras por rayos solares, enfriamiento y demás efectos de las condiciones atmosféricas o ambientales; de psicopatías transitorias o permanentes y de operaciones quirúrgicas o tratamientos; salvo que cualquiera de tales hechos sobrevenga a consecuencia de un accidente cubierto conforme con la Cláusula 2 o del tratamiento de las lesiones por él producidas.
- c) Los accidentes que el Asegurado 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 (Artículos 152 y 70 Ley de Seguros).
- d) Los accidentes causados por vértigos, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que ocurran por estado de enajenación mental, salvo cuando tales trastornos sean consecuencia de un accidente cubierto conforme a la Cláusula 2; o por estado de ebriedad o por estar el Asegurado bajo la influencia de estupefacientes o alcaloides.
- e) Los accidentes que ocurran mientras el Asegurado tome parte en carreras, ejercicios o juegos atléticos de acrobacia o que tengan por objeto pruebas de carácter excepcional, o mientras participe en viajes o excursiones a regiones o zonas inexploradas.

f) Los accidentes derivados de la navegación aérea no realizada en líneas de transporte aéreo regular.

g) Los accidentes derivados del uso de motocicletas y vehículos similares, o de la práctica de deportes que no sean los enumerados en la Cláusula 3, o en condiciones distintas a las enunciadas en la misma.

Cláusula 6

También quedan excluidos de este seguro:

a) Los accidentes causados por hechos de guerra civil o internacional.

b) Los accidentes causados por hechos de guerrilla, rebelión, terrorismo, motín, tumulto popular, huelga o lock-out, cuando el Asegurado participe como elemento activo.

c) Los accidentes causados por fenómenos sísmicos, inundaciones u otros fenómenos naturales de carácter catastrófico.

Los siniestros acaecidos en el lugar y en ocasión de producirse los acontecimientos enumerados en esta Cláusula, se presume que son consecuencia de los mismos, salvo prueba en contrario del Asegurado.

PERSONAS NO ASEGURABLES

Cláusula 7

El seguro no ampara a menores de 14 años, o mayores de 65 años, ni a los sordos, ciegos, miopes con más de diez dioptrías, mutilados, afectados con invalidez superior al 10% según la Cláusula 9, paráliticos, epilépticos, toxicómanos, alienados, o aquellos que, en razón de defectos físicos o enfermedades graves que padezcan o de las secuelas de las que hubieran padecido, constituyan un riesgo de accidente agravado de acuerdo con la Cláusula 15.

MUERTE

Cláusula 8

Si el accidente causare la muerte, el Asegurador abonará la suma asegurada para este caso. Sin embargo, el Asegurador reducirá la prestación prevista para la muerte en los porcentajes tomados en conjunto, que hubiere abonado en concepto de Invalidez

Permanente por éste u otros accidentes ocurridos durante el mismo período anual de vigencia de la póliza.

El Asegurador deducirá también los importes que hubiere abonado en concepto de invalidez temporaria por el accidente que causó la muerte.

En caso de fallecimiento o de Invalidez Permanente, que dé lugar a la prestación de la suma total asegurada a raíz de uno o varios accidentes cubiertos por la póliza y ocurridos durante su vigencia, quedarán automáticamente sin efecto las restantes coberturas, ganando el Asegurador la totalidad de la prima. En los seguros poli anuales el Asegurador gana la prima de los periodos transcurridos, incluyendo el del siniestro (hasta la prima total cobrada), calculada sobre la base de la tarifa anual.

INVALIDEZ PERMANENTE

Cláusula 9

Si el accidente causara una Invalidez Permanente determinada con prescindencia de la profesión u ocupación del Asegurado, el Asegurador pagará al Asegurado una suma igual al porcentaje, sobre la indemnización estipulada en las Condiciones Particulares que corresponda, de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida y según se indica a continuación:

INDEMNIZACION TOTAL:

Estado absoluto e incurable de alineación 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	100 %

INDEMNIZACION 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 el meñique	8 %	6 %

c) 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 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 indemnizable 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 corresponda 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 la amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponda 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 la 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 de constar en la solicitud o propuesta que el asegurado ha declarado ser 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 cubiertos por la misma serán tomados 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 que constituya una agravación de la invalidez anterior.

INVALIDEZ TEMPORARIA

Cláusula 10

Si el accidente causare una Invalidez Temporaria que impida al Asegurado atender a sus ocupaciones habituales declaradas, el Asegurador le pagará la indemnización diaria estipulada para este caso por toda la duración de la Invalidez, desde el primer día del tratamiento médico y hasta el máximo de 365 días. Dicha indemnización se reducirá a la mitad tan pronto como el Asegurado pueda dedicarse parcialmente a sus ocupaciones. Si el Asegurado no ejerce ninguna profesión, la indemnización quedará reducida a la mitad desde el día en que pueda salir de su vivienda.

Si con anterioridad al accidente el Asegurado hubiere sufrido otro u otros accidentes cubiertos por la póliza y ocurridos durante un mismo período anual de su vigencia, la indemnización diaria será reducida en un porcentaje igual al que representen, de acuerdo con la Cláusula 9, las invalideces permanentes indemnizables sufridas en los mismos y tomadas en conjunto, respecto a la suma asegurada para el caso de Invalidez Permanente.

CONCURRENCIA DE INVALIDECCES

Cláusula 11

Cuando a una Invalidez Temporaria acompañe o sobrevenga una Invalidez Parcial Permanente, la indemnización no podrá ser menor a la suma que corresponda por la Invalidez Parcial Permanente más la que resulte de aplicar el porcentaje de capacidad final conservada al importe total que hubiere correspondido por la Invalidez Temporaria.

AGRAVACIÓN POR CONCAUSAS

Cláusula 12

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 esta fuere consecuencia de un accidente cubierto por la póliza y ocurrido durante la vigencia de la misma.

PLURALIDAD DE SEGURO

Cláusula 13

El Asegurado deberá notificar sin dilación a cada asegurador los seguros de Accidentes Personales y/o Accidentes Personales Aeronáuticos 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.

El Asegurado no tiene obligación de notificar los riesgos de Accidentes Personales que se cubran accesoriamente en otras ramas de seguros.

RETICENCIA

Cláusula 14

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 (Art. 5 Ley de Seguros).

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 Ley de Seguros).

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 Ley de Seguros).

En todos los casos, si el siniestro ocurre durante el plazo para impugnar, el Asegurador no adeuda prestación alguna (Art.9 Ley de Seguros).

Cuando el contrato se efectúe por cuenta ajena se juzgará la reticencia por el conocimiento y la conducta del Contratante y del Asegurado (Art. 10 Ley de Seguros).

AGRAVACIÓN O MODIFICACIÓN DEL RIESGO

Cláusula 15

El 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 Ley de Seguros).

Se entiende por agravación del riesgo asumido, la que, si hubiese existido al tiempo de la celebración, a juicio de peritos hubiese impedido este contrato o modificado sus condiciones (Art. 37 Ley de Seguros).

Se consideran agravaciones del riesgo (Art. 132 Ley de Seguros) 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 Asegurado la cobertura queda suspendida. El Asegurador, en el término de siete días, deberá notificar su decisión de rescindir (Art. 39 Ley de Seguros).

Cuando la agravación resulte de un hecho ajeno al 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 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.

Esta regla no se aplica a las exclusiones previstas en la Cláusula 5, inciso g).

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, no mayor de un año (Art. 41 Ley de Seguros)

PAGO DE LA PRIMA

Cláusula 16

La prima es debida desde la celebración del contrato, pero no es exigible sino contra entrega de póliza, salvo que se haya emitido un certificado o instrumento provisorio de cobertura (Art. 30 Ley de Seguros).

En el caso que la prima no se pague contra la entrega de la presente póliza, su pago queda sujeto a las condiciones y efectos establecidos en la "Cláusula de Cobranza" de Premios que forma parte del presente contrato.

FACULTADES DEL PRODUCTOR O AGENTE

Cláusula 17

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

- a) Recibir propuestas de celebración y modificación de contratos de seguros;
- b) Entregar los instrumentos emitidos por el Asegurador, referentes a contratos o sus prorrogas;
- c) Aceptar el pago de la prima si se halla en posesión de un recibo del Asegurador. La firma puede ser facsimilar (Art. 53 Ley de Seguros).

CARGAS DEL ASEGURADO O BENEFICIARIOS EN CASO DE ACCIDENTE

Cláusula 18

El Asegurado o los beneficiarios comunicarán al Asegurador el acaecimiento del siniestro dentro de los tres 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 (Art. 46 y 47 Ley de Seguros).

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 cada 15 días certificaciones médicas que informen sobre la evolución de las lesiones y actualicen el pronóstico de curación. Asimismo, 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, y a permitirle al Asegurador las indagaciones necesarias a tales fines (Art.46 Ley de Seguros) sin perjuicio de la información a que se refiere el párrafo anterior.

En especial el Asegurado o los beneficiarios deberán presentar:

- a) En caso de muerte, la documentación pertinente y la comprobación del derecho de los reclamantes.
- b) En caso de invalidez permanente, la documentación pertinente que incluya el alta y los certificados que acrediten el grado de invalidez definitiva.
- c) En caso de invalidez temporaria, la documentación pertinente, que incluirá el alta definitiva.

Cláusula 19

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 ella motive serán por cuenta del Asegurador, excepto los derivados del nombramiento del médico representante de los beneficiarios.

RESIDENCIA EN EL EXTRANJERO

Cláusula 20

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

REDUCCIÓN DE LAS CONSECUENCIAS

Cláusula 21

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 (Art. 150 Ley de Seguros).

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO

Cláusula 22

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 Asegurado no designe beneficiario o por cualquier causa la designación se haga ineficaz o quede sin efecto, se entiende que designo a los herederos.

CAMBIO DE BENEFICIARIO

Cláusula 23

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

VALUACIÓN DE PERITOS

Cláusula 24

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 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 tercero deberá expedirse dentro del plazo de 15 días.

Si una de las partes omitiese designar médico dentro del octavo día de requerido por la otra parte, 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 Secretaria de Estado de Salud Pública de la Nación.

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

CUMPLIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DEL ASEGURADOR

Cláusula 25

El pago se hará dentro de los 15 días de notificado o de cumplidos los requisitos a que se refieren las Cláusulas 18 y 19 de estas Condiciones Generales, el que sea posterior.

Cuando el Asegurador hubiese reconocido el derecho, pero aún no estuviera establecido el grado de Invalidez Permanente, el Asegurado podrá reclamar un pago a cuenta del 50% de la prestación estimada por el Asegurador. A más tardar dentro de los 18 meses de ocurrido el accidente se ajustará y liquidará definitivamente la prestación según la invalidez resultante en ese momento.

En caso de Invalidez Temporaria y mientras no se dé el alta definitiva se pagará al Asegurado, la renta diaria correspondiente en forma mensual. En caso de viaje aéreo del Asegurado si no se tuvieran noticias del avión por un período no inferior a dos meses, el Asegurador hará efectivo el pago de la indemnización establecida en la presente póliza para el caso de muerte.

Si apareciera el Asegurado o se tuvieran noticias ciertas de él, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de las sumas pagadas, pero el Asegurado podrá hacer valer sobre tales sumas las pretensiones a que eventualmente tenga derecho en el caso de que hubiere sufrido accidentes resarcibles cubiertos por la presente póliza.

CADUCIDAD POR INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES Y CARGAS

Cláusula 26

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.

Cláusula 27

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 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 (Art. 18, segundo párrafo de la Ley de Seguros).

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 Invalidez Permanente Parcial, el cálculo de la prima total a devolver se hará previa deducción del porcentaje de Invalidez Permanente reconocido.

DOMICILIO PARA DENUNCIAS Y DECLARACIONES

Cláusula 28

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 (Art. 15 y 16 Ley de Seguros).

COMPUTO DE LOS PLAZOS

Cláusula 29

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

PRESCRIPCIÓN

Cláusula 30

Las acciones fundadas en el presente contrato prescriben en el plazo de un año, computado desde que la correspondiente obligación es exigible. Los actos del procedimiento establecido por la Ley o el presente contrato para la liquidación del daño interrumpen la prescripción para el cobro de la prima y de la indemnización (Art. 58 Ley de Seguros).

JURISDICCIÓN

Cláusula 31

Toda controversia judicial que se plantee en relación al presente contrato se substanciará ante los jueces competentes de la ciudad cabecera de la circunscripción judicial del domicilio del Asegurado, siempre que sea dentro de los límites del país.

Sin perjuicio de ello, el Asegurado o sus beneficiarios, podrán 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.