



ANEXO II
SEGURO MODULAR DE SALUD
VM-495

SUMA ASEGURADA:

-Según listado de beneficios previstos de los modulos contratados incluidos en anexo III

CARENCIA:

	Dias
-Módulo E: Cobertura de intervenciones quirúrgicas (Alternativa B)	90
-Módulo F: Cobertura para trasplantes de órganos	120
-Módulo G: Cobertura en caso de prótesis y ortesis	90
-Módulo E: Cobertura de intervenciones quirúrgicas (Alternativa A)	90
- Excepto los códigos: 110401: Parto	300
- 110402: Evacuación uterina 2° Trimestre de embarazo	150
- 110403: Operación cesárea clásica	300
- Excepto los títulos: 0701: Operaciones en el corazón y pericardio	300
-Módulo B: Beneficio en Caso de Diagnóstico de Enfermedades Graves(Alternativa A) - Sin Período de supervivencia	60
- Excepto los códigos: 900104: Insuficiencia Renal Crónica	90

Anexo III - Listado de Beneficios Previstos

Módulo E: Cobertura de intervenciones quirúrgicas (Alternativa A)

02	OPERACIONES EN EL APARATO DE LA VISION	
0201	Operaciones en la Orbita, Globo Ocular y Músculo	
020101	Exenteración contenido orbitario	\$ 7.056
020102	Neurotomía del nervio óptico	\$ 4.032
020103	Orbitotomía	\$ 4.032
020105	Reparación plástica órbita	\$ 7.056
020106	Enucleación o evisceración globo ocular	\$ 4.032
020107	Aspiración, lavado e implante vitreo	\$ 4.032
020108	Vitrectomía	\$ 4.032
020109	Trat. Quir. corrector del estrabismo	\$ 4.032
020110	Operación de Hummelshein del recto externo por el recto superior y recto inferior y variantes	\$ 4.032
020111	Excenteración cont. orbitario y resec.tot. Maxilar Superior	\$ 7.056
0202	Operaciones en los párpados	
020201	Reconstrucción total del párpado	\$ 4.032
020202	Blefaroplastia	\$ 2.520
020203	Blefarorrafia total o parcial	\$ 600
020204	Blefarochalasis	\$ 600
0203	Operaciones en la Conjuntiva	
020301	Conjuntivoplastia	\$ 2.520
020302	Escisión de lesión conjuntiva	\$ 2.520
020303	Introducción sust. terap. subconjuntiv.	\$ 600
020304	Peritectomía	\$ 4.032
020305	Sutura de Conjuntiva-Biopsia	\$ 600
0204	Operaciones en la Córnea	
020401	Queratoplastia laminar	\$ 7.056
020402	Queratoprótesis total	\$ 7.056
020403	Sutura de Córnea	\$ 2.520
020404	Queratocentesis	\$ 600
020406	Sutura herida de córnea	\$ 2.520
0205	Operaciones en el Iris y Cuerpo Ciliar	
020501	Trat. Quir. del Glaucoma	\$ 7.056
020502	Iridatomía, coreoplastia, iridectomía	\$ 4.032
020503	Iridociclectomía o ciclectomía	\$ 7.056
0206	Operaciones en la Esclerótica y en la Retina	
020603	Retinopexia, esclerectomía implante	\$ 7.056
020604	Retinopexia y esclerectomía	\$ 7.056
020605	Retinopexia - Diatermia - Crio, etc.	\$ 4.032
020606	Esclerectomía, extracción epo. extraño	\$ 4.032
0207	Operaciones en el Cristalino	
020701	Extracción del cristalino	\$ 4.032
020702	Extracción masas cristaliniánas	\$ 4.032
020703	Capsulotomía	\$ 2.520
0208	Operaciones en el tracto lagrimal	
020801	Dacriocistorrinostomía	\$ 4.032
020802	Escisión de glándula lagrimal	\$ 2.520
020804	Cateterización del cond. Lagrimonasal	\$ 600
04	OPERACIONES EN EL SISTEMA ENDOCRINO	

0401	Operaciones glándulas tiroides y paratiroides	
040101	Tiroidectomía Total c/vac. gangl. radical unilat.	\$ 7.056
040103	Tiroidectomía total	\$ 7.056
040104	Tiroidectomía subtotal, hemitiroidect	\$ 4.032
040105	Extirpación quiste tirogloso	\$ 806
040106	Punción biopsia de tiroides	\$ 600
040108	Paratiroidectomía	\$ 4.032
06	OPERACIONES EN LA MAMA	
0601	Operaciones en la mama	
060101	Mastectomía radical	\$ 4.032
060102	Mastectomía subradical	\$ 2.520
060103	Mastectomía simple	\$ 2.520
060104	Mastectomía subcutánea. Adenomastectomía	\$ 2.520
060109	Escisión de cuadrante mamario	\$ 806
060112	Reconstruc. mamaria c/moviliz. Colg.	\$ 7.056
07	PROCEDIMIENTOS ANGIO-CARDIORRADIOLOGICOS	
0701	Operaciones en el corazón y pericardio	
070103	Colocación marcapaso def. endocavitario	\$ 4.032
070104	Colocación marcapaso def. epicárdico	\$ 4.032
08	OPERACIONES EN EL APARATO DIGESTIVO Y ABDOMEN	
0802	Operaciones en la pared del abdomen peritoneo	
080202	Hernioplastia diafragmática	\$ 4.032
080203	Hernioplastia inguinal, crural	\$ 2.520
080205	Hemioplastia bilateral	\$ 4.032
080208	Laparatomía exploradora	\$ 2.520
080214	Drenaje de absceso subfrénico	\$ 4.032
0805	Operaciones en el colon y recto	
080503	Hemicolectomía	\$ 7.056
080504	Colectomía segmentaria	\$ 7.056
080524	Apendicectomía	\$ 2.520
0807	Operaciones en el hígado y vías biliares	
080705	Sutura de hígado (traum. desgarro, herida o similar)	\$ 4.032
080706	Biopsia hígado p/laparatomía	\$ 4.032
080708	Colecistectomía o colecistostomía	\$ 4.032
080709	Colecistectomía c/sin coledotomía	\$ 4.032
080711	Coledocotomía como única intervención	\$ 4.032
080712	Anastomosis biliodigestivas simples	\$ 4.032
080713	Anastomosis biliodigestivas complejas	\$ 7.056
080714	Reoperación sobre la vía biliar	\$ 7.056
080719	Colocación de stent en vía biliar por vía abdominal, videoendoscópica, combinada o translaparoscópica	\$ 4.032
10	OPERACIONES APARATO URINARIO Y GENTAL MASCULINO	
1001	Operaciones en el riñón y uréter	
100101	Nefrectomía total	\$ 7.056
100102	Nefrectomía parcial	\$ 7.056
100104	Nefrotomía, nefrostomía nefropexia	\$ 4.032
1002	Operaciones en la vejiga	
100212	Trat. incont. orina vía abdominal en la mujer. Operación de Marshall-Marchetti	\$ 4.032
11	OPERACIONES AP. GENTAL FEMENINO Y OBSTETRICAS	
1102	Operaciones en el Utero	
110203	Histerectomía c/s anexectomía y, abdomen. O vaginal	\$ 4.032

110204 Miomectomía uterina abdominal \$ 4.032

1104 Operaciones obstétricas

110401 Parto \$ 4.032

110402 Evacuación uterina 2º Trimestre de embarazo \$ 2.520

110403 Operación cesárea clásica \$ 4.032

12 OPERACIONES EN EL SISTEMA MUSCULO ESQUELETICO

1210 Artroplastía

121001 Artroplastía de cadera \$ 12.075

PRESTACIONES NO NOMENCLADAS

Adicional cirugía translaparoscópica \$ 1.770

Módulo B: Beneficio en Caso de Diagnóstico de Enfermedades Graves(Alternativa A) - Sin Período de supervivencia

BENEFICIO EN CASO DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES GRAVES

Enfermedades Graves

01 Cáncer \$ 13.150

02 Infarto de Miocardio \$ 20.150

03 Accidente Cerebro Vascular \$ 20.150

04 Insuficiencia Renal Crónica \$ 20.150

Módulo E: Cobertura de intervenciones quirúrgicas (Alternativa B)**La totalidad de los códigos que se expresan están referidos al Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas y Sanatoriales (decretos 2935 y 3115/77 y sus modificaciones)**

01	OPERACIONES EN EL SISTEMA NERVIOSO	
0101	Operaciones en el cráneo	
010101	Tratam. Quir. Encefalomeningocele	\$ 11.750
0102	Operaciones intracraneanas	
010201	Ventriculocisternostomías	\$ 11.750
010204	Lobectomía parcial o total	\$ 11.750
010205	Tractotomía espinotalámica	\$ 11.750
010206	Trat. Quir. Aneurisma Intrac.	\$ 11.750
010208	Craneotomía exploradora	\$ 11.750
010209	Reparación plástica senos craneales	\$ 11.750
010210	Escisión neoplasia intracraneana	\$ 11.750
010213	Intervenciones estereotáxicas	\$ 11.750
S/código	Hipofisectomía	\$ 11.750
0103	Cirugía Vertebromedular	
010301	Reparación de defectos congénitos del complejo vertebromeningomedular	\$ 11.750
010303	Ligadura aneurismas medulares	\$ 11.750
010304	Cordotomía espinotalámica	\$ 11.750
0104	Intervenciones sobre los Pares Craneales	
010401	Neurotomía retrogaseriana trigeminal	\$ 11.750
010403	Neurotomía intermed. vestibular	\$ 11.750
010404	Intervenciones nervios ópticos	\$ 11.750
03	OPERACIONES OTORRINOLARINGOLOGICAS	
0302	Operaciones en el oído medio	
030210	Cirugía de glomus yugularis	\$ 11.750
030211	Cirugía 2da. y 3ra. porc. nervio facial	\$ 11.750
0303	Oper. en el oído inter. y conducto aud. interno	
030303	Cirugía del saco endolinfático	\$ 11.750
030304	Cirugía conducto aud. interno	\$ 11.750
030306	Trat. Quir. neurinoma del acústico	\$ 11.750
0306	Operaciones en la laringe	
030601	Operación comando de laringe	\$ 11.750
0308	Operaciones glándulas y conductos salivales	
030802	Operación comando de parótida	\$ 11.750
0309	Operaciones en la boca	
030901	Operación comando piso de boca	\$ 11.750
0311	Operaciones en la lengua	
031101	Operación comando de lengua	\$ 11.750
0312	Operaciones en el paladar y úvula	
031205	Operación comando de paladar	\$ 11.750
0313	Operaciones en las amígdalas, adenoides y faringe	

031304	Operación comando de faringe	\$ 11.750
04	OPERACIONES EN EL SISTEMA ENDOCRINO	
0401	Operaciones glándulas tiroides y paratiroides	
040102	Tiroidectomía Total c/vac. gangl. radical bilat.	\$ 11.750
0402	Operaciones en las glándulas suprarrenales	
040201	Adrenalectomía bilateral	\$ 11.750
05	OPERACIONES EN EL TORAX	
0504	Operaciones en el pulmón, pleura y mediastino	
050401	Lobectomía, bilobectomía o neumonectomía	\$ 11.750
050415	Resección enfisema bulloso bilat.	\$ 11.750
07	PROCEDIMIENTOS ANGIO-CARDIORRADIOLOGICOS	
0701	Operaciones en el corazón y pericardio	
070101	Septostomía interauricular. Cardiot. Valvulotomía. Pericardiectomía	\$ 11.750
0702	Cirugía Cardiovascular con circulación extracorpórea	
070201	Cardiopatía congénita	\$ 23.500
070202	Tratamiento Quirúrgico cardiopatías con hipotermia	\$ 23.500
070203	Reemplazo válvula cardíaca	\$ 23.500
070204	Doble reemplazo valvular	\$ 23.500
070205	Reemplazo valvular y plástica de otra	\$ 23.500
070206	Cierre de defectos septales	\$ 23.500
070207	Tratamiento Quirúrgico de aneurismas de aorta	\$ 23.500
070208	Aneurismas de aorta (asc. o desc.)	\$ 23.500
S/código	Cirugía de Revascularización miocárdica	\$ 23.500
070211	Resección de aneurisma ventricular	\$ 23.500
070212	Resección de aneurisma con cirugía de revascularización	\$ 23.500
0703	Operaciones arterias y venas de cavidad torácica	
070301	Cirug. de grandes troncos arteriovenosos de la cavidad torácica	\$ 11.750
070302	Tratamiento quirúrgico de aneurisma de aorta -toraco abdominal	\$ 11.750
0704	Operaciones Arterias y Venas Abdomino-Pelvianas	
070401	Trat. Quirúrgico del aneurisma de la aorta abdominal	\$ 11.750
070402	Cirugía de las ramas viscerales de la aorta abdom. Y tronc.iliacos (anastomosis)	\$ 11.750
070404	Derivación aorto bifemoral	\$ 11.750
070405	Derivación aorto iliáco uni-bilateral	\$ 11.750
070407	Anastomosis porto-cava	\$ 11.750
0708	Angioplastias	
070801	Angioplastia Transluminal Coronaria	\$ 11.750
070803	Angioplastia Transluminal Coronaria con Rotablator Simpson	\$ 11.750
070805	Angioplastia Periférica	\$ 11.750
070806	Angioplastia Periférica con Colocación de Stent	\$ 11.750
1702	Otros de Cardiología	
170203	Ablación por radiofrecuencia de arritmias cardíacas	\$ 11.750
08	OPERACIONES EN EL APARATO DIGESTIVO Y ABDOMEN	
0801	Operaciones en el esófago	
080101	Esofagoectomía total y reconstrucción	\$ 11.750
080104	Reemplazo de esófago	\$ 11.750

080107	Tratam. atresia esofágica	\$ 11.750
0803	Operaciones en el estómago	
080301	Gastrectomía total	\$ 11.750
0805	Operaciones en el colon y recto	
080501	Colectomía total c/restitución tránsito	\$ 11.750
080502	Colectomía total con ileostomía	\$ 11.750
080506	Operaciones radicales p/megacolon	\$ 11.750
080507	Operaciones radicales p/megacolon (2)	\$ 11.750
080508	Colon proctectomía total	\$ 11.750
080509	Proctosigmoidectomía	\$ 11.750
080516	Oper. Plást. malf. cong. ano-rectal	\$ 11.750
0807	Operaciones en el hígado y vías biliares	
080701	Lobectomía hepática	\$ 11.750
080702	Segmentectomía	\$ 11.750
0808	Operaciones en el páncreas	
080801	Duodenopancreatectomía	\$ 11.750
10	OPERACIONES APARATO URINARIO Y GENITAL MASCULINO	
1001	Operaciones en el riñón y uréter	
100103	Nefroureterectomía total c/cistect. parc.	\$ 11.750
100112	Derivaciones ureterales B	\$ 11.750
1002	Operaciones en la vejiga	
100201	Cistectomía total	\$ 11.750
100204	Citoplastia Colon o lliocistoplastia agrandamiento vesical- ectrofia vesical	\$ 11.750
11	OPERACIONES AP. GENITAL FEMENINO Y OBSTETRICAS	
1102	Operaciones en el Útero	
110201	Cirugía comando de útero y anexos	\$ 11.750
12	OPERACIONES EN EL SISTEMA MUSCULO ESQUELETICO	
1210	Artroplastía	
121007	Reemplazo de artrop. cementada	\$ 11.750
1216	Amputaciones/desarticulaciones	
121604	Amputación interileoabdominal	\$ 11.750
1217	Tratamientos Quirúrgicos procedimientos combinados - Miscelaneas	
121702	Dissectomía con artrodesis	\$ 11.750

Módulo F: Cobertura para trasplantes de órganos

COBERTURA PARA TRASPLANTES DE ORGANOS

Trasplantes de Organos

Trasplante de Médula Osea	\$ 235.200
Trasplante Hepático	\$ 235.200
Trasplante Pulmonar	\$ 117.600
Trasplante Cardiopulmonar	\$ 117.600
Trasplante Cardíaco	\$ 100.800
Trasplante Renal	\$ 80.640
Implante de Còclea	\$ 13.440
Trasplante de Còrnea	\$ 30.240
Trasplante de Páncreas	\$ 201.600

Módulo G: Cobertura en caso de prótesis y ortesis

PRÓTESIS Y ORTESIS

Prótesis Oftalmológicas

Lente Intraocular incluyendo Healon	\$ 2.350
-------------------------------------	----------

Límite indemnizatorio anual por asegurado: \$ 4.700,00

Prótesis Cardio-Vasculares

Arteria no bifurcada	\$ 2.400
Arteria bifurcada	\$ 4.000
Stent	\$ 4.000
Válvula Cardíaca Mecánica	\$ 5.000
Marcapasos definitivos	\$ 6.000
Parches intracardiacos y parches modernos tipo amplatzer	\$ 10.000
Desfibrilador	\$ 10.000
Endoprótesis aórtica	\$ 10.000

Límite indemnizatorio anual por asegurado: \$ 10.000,00

Nota: El módulo de Prótesis y Órtesis integral tendrá un límite indemnizatorio anual por asegurado de \$ 10.000,00



CONDICIONES GENERALES SEGURO MODULAR COLECTIVO DE SALUD

Póliza: VM- 495

Artículo 1° - Ley de las Partes

Las partes contratantes se someten a las disposiciones de la Ley de Seguros N° 17.418 y a las de la presente póliza que la complementan o modifican, cuando ello es admisible.

Esta póliza consta de Condiciones Generales, Condiciones Específicas y Condiciones Particulares.

En caso de discordancia, las mismas regirán en el siguiente orden de prelación:

- Condiciones Particulares
- Condiciones Específicas
- Condiciones Generales

Artículo 2° - Reticencia o Falsa Declaración

Esta póliza y los certificados individuales, en caso de corresponder, han sido extendidos por la Compañía sobre la base de las declaraciones suscriptas por el Tomador y los Asegurados Titulares en sus respectivas solicitudes.

Toda falsa declaración o reticencia de circunstancias conocidas por el Tomador o por los Asegurados Titulares, aún hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubieran impedido el contrato o la aceptación de las coberturas individuales, o hubieran modificado las condiciones de los mismos, si la Compañía hubiese sido cerciorada del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato y/o los certificados individuales de los asegurados, según el caso.

Artículo 3° - Vigencia

Esta póliza entrará en vigencia a las cero (0) horas del día fijado en las Condiciones Particulares como comienzo de su vigencia.

La vigencia de esta póliza es mensual, prorrogable automáticamente en iguales condiciones contractuales y tarifarias (salvo lo establecido en el Artículo 10°) por otros once períodos mensuales, a condición de que se encuentre pago el premio del período anterior.

Ello no obsta al Asegurado y/o al Tomador a ejercer su derecho al plazo de gracia (Artículo 15°).

Cumplida la anualidad el contrato será renovado en forma automática en los términos precedentes, sujeto a los ajustes que pudieran corresponder conforme a lo establecido en el Artículo 12° de estas Condiciones Generales.



Artículo 4° - Definiciones

Asegurado Titular:

- Los empleados del Tomador, cuando se trate de una póliza colectiva cerrada, comprendiendo a los empleados, obreros, dueños, socios y directores de la Empresa o adherentes vinculados.
- También serán Asegurados Titulares quienes formen parte de una póliza, denominada en adelante para participantes de sistemas agrupados, vinculados al Tomador a través de un interés común.
- Asegurados Individuales.

Asegurado Familiar:

Los miembros primarios de la familia del Asegurado Titular, entendiéndose por tales:

- El cónyuge legal que conviva con el Asegurado Titular. En caso de inexistencia de éste, se aceptará en calidad de cónyuge a la persona que conviva con el Asegurado Titular sin vínculo legal, según lo define la Ley en estos casos.
- Los hijos, matrimoniales o extramatrimoniales reconocidos del Asegurado Titular, y los hijos adoptivos del Asegurado Titular, siempre y cuando dichos hijos sean solteros y tengan menos de 21 años de edad. En el caso de hijos discapacitados en forma total, física y/o mentalmente, la cobertura se mantendrá superados los 21 años, sin límite de edad.

Asegurado:

Los Asegurados Titulares y los Asegurados Familiares.

Carencia:

Se define el concepto de carencia como el período de tiempo, contado desde la fecha de inicio de vigencia de la cobertura de la respectiva Condición Específica para cada Asegurado, durante el cual el Asegurado Titular y/o los Asegurados Familiares no poseen cobertura, pero sí la obligación de abonar premios.

Los períodos de carencia se establecen para cada enfermedad, práctica y/o Intervención Quirúrgica en las Condiciones Específicas correspondientes.

El citado período de carencia deberá cumplirse cada vez que el Asegurado ingrese al seguro, independientemente que dicho Asegurado lo hubiese cumplido en un ingreso anterior.

Cuando se produzca un aumento en el Capital Asegurado de una cobertura incluida en la póliza, originado en un pedido del Tomador y/o del Asegurado, se deberá cumplimentar nuevamente el período de carencia para el monto de tal incremento, computándose el mismo desde el día en que inicie vigencia el aumento solicitado, salvo pacto en contrario inserto en el respectivo endoso.

Accidente:

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. A efectos de la presente cobertura, dichas consecuencias deben manifestarse a más tardar dentro del año a contar desde la fecha del Accidente.

Artículo 5° - Personas Asegurables

Pólizas Colectivas

Se consideran asegurables a todos los dependientes permanentes del Tomador que a la fecha de emisión de esta póliza se encontraren en servicio activo y que cumplan los requisitos de selección que determine la Compañía.



Póliza: VM- 495

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

Los dependientes que en el futuro ingresen al servicio del Tomador, adquirirán la calidad de asegurables desde el mismo día de su incorporación efectiva.

Se entiende por servicio activo el desempeño normal de tareas al servicio del Tomador por parte de los dependientes que, en la fecha de emisión de la póliza, figuren en la lista de personal activo, cumplan el horario completo y perciban habitualmente los haberes.

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

Pólizas Grupales:

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

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

Pólizas Individuales:

Se consideran asegurables las personas que cumplieren los requisitos de selección que determine la Compañía para estos casos.

Artículo 6º - Personas No Asegurables

No serán asegurables las personas que superen la Edad Máxima de Incorporación al Seguro prevista en las Condiciones Particulares, salvo pacto en contrario.

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

Artículo 7º - Opción de continuidad en el Seguro

Cónyuge del Asegurado Titular:

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

Hijos del Asegurado Titular:

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

Al fin del mes en que cumplan los 21 años de edad

- Los participantes de Pólizas grupales, permanecerán incluidos bajo la misma Póliza en carácter de



Asegurados Titulares.

- Los participantes de Pólizas individuales, tendrán derecho a suscribir una nueva Póliza, revistiendo la calidad de Asegurados Titulares.

Al contraer matrimonio

- Los participantes de Pólizas grupales, permanecerán incluidos bajo la misma Póliza en carácter de Asegurados Titulares.

- Los participantes de Pólizas individuales, tendrán derecho a suscribir una nueva Póliza, revistiendo la calidad de Asegurados Titulares.

En ambos casos, el cónyuge deberá cumplimentar los requisitos de selección que a tal fin determine la Compañía y los respectivos períodos de carencia. Asimismo, deberá abonar el premio correspondiente a la calidad de Asegurado respectiva.

En todos los casos:

- Se exime al Asegurado Titular de cumplir con los requisitos de selección exigidos por la Compañía y los respectivos períodos de carencia. El premio a abonar será el correspondiente a Asegurado Titular.

- Las opciones tendrán validez únicamente si se ejercieran dentro de los treinta (30) días posteriores al acaecimiento del hecho que da lugar a la opción de continuidad descrita en el presente artículo, siendo condición para que proceda la misma que el premio correspondiente a la nueva Póliza individual o al nuevo Certificado Individual, según corresponda, sea abonado dentro de el referido plazo.

- En las pólizas grupales, para que proceda la continuidad de la cobertura, el cónyuge o el hijo que asume la calidad de Asegurado Titular debe mantener con el Tomador una relación previa y diferente a la de suscribir el seguro.

Artículo 8° - Plazo para Solicitar la Incorporación al Seguro

Todo asegurable que desee incorporarse a una Póliza Colectiva o Grupal, deberá solicitarlo por escrito, a través de la solicitud individual que para tales efectos proveerá la Compañía, dentro de los treinta (30) días contados desde la fecha en que fuera asegurable, cumplimentando los requisitos de selección a que se refiere el artículo 5°.

Los asegurables que soliciten su incorporación a esta póliza, fuera del término indicado, como asimismo los que vuelvan a solicitar su cobertura individual después de haberla rescindido, deberán previamente cumplimentar las pruebas médicas y/o los requisitos de asegurabilidad que determine la Compañía y pagar los gastos que se originen para obtenerlas, a fin de que ésta considere su solicitud. Cumplidos los requisitos que se establecieron y siempre que resultaren satisfactorios a juicio de la Compañía, el asegurable quedará incorporado al seguro desde la fecha que prevé el Artículo 9°.

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

Artículo 9° - Fecha de Entrada en Vigor de Cada Certificado Individual

Seguros Colectivos y Grupales



Los asegurables que integren la nómina inicial y para los cuales se hubiera solicitado su incorporación a la Póliza Colectiva o Grupal hasta las cero (0) horas del día fijado como comienzo de su vigencia y la misma hubiera sido aprobada por la Compañía, quedarán comprendidos en la referida póliza desde dicha fecha y hora.

Los asegurables que soliciten su incorporación a esta póliza con posterioridad al inicio de vigencia (altas futuras), quedarán comprendidos en las prescripciones de la misma:

- Cuando la solicitud, o las pruebas de asegurabilidad en caso de ser necesarias, sean aceptadas hasta el día 20, a partir del día 1º del mes siguiente.
- Cuando la solicitud, o las pruebas de asegurabilidad en caso de ser necesarias, sean aceptadas después del día 20 y hasta el último día del mes, a partir del día 1º del mes subsiguiente.

Podrá pactarse una fecha de corte diferente a la prevista en los párrafos precedentes para la recepción de las solicitudes individuales y las pruebas de asegurabilidad. En tal caso, dicha fecha de corte se insertará en las Condiciones Particulares.

Seguros Colectivos, Grupales e Individuales

Los nuevos miembros del grupo familiar:

- Por matrimonio: se incorporarán desde la fecha de enlace, siempre y cuando presenten la Solicitud dentro de los 15 días del mismo y cumplan con los requisitos de asegurabilidad exigidos por la Compañía.
- Por nacimiento: quedarán automáticamente incorporados al seguro, desde la fecha del alumbramiento, siempre y cuando sean nominados dentro de los 15 días de la fecha mencionada.
- Por convivencia: a partir de la fecha en que el conviviente cumplimente los requisitos de asegurabilidad exigidos por la Compañía.

En los casos en que la solicitud de incorporación de los nuevos miembros del grupo familiar se efectúe con posterioridad a los plazos referidos, la Compañía analizará en forma particular cada solicitud y la incorporación al seguro se producirá una vez cumplimentados los requisitos de asegurabilidad requeridos.

La Compañía dispondrá de un plazo de 30 días, contados desde que le fuera presentada la solicitud de incorporación al seguro de un Asegurado Titular y/o de un integrante de su Grupo Familiar y las pruebas de asegurabilidad requeridas, para manifestar la aceptación o rechazo de la cobertura solicitada. Si no se expidiera dentro de dicho plazo, la solicitud se considerará aceptada por la Compañía.

Artículo 10º - Cantidad de Asegurados Titulares y Porcentaje Mínimo de Adhesión - Pólizas Colectivas y Grupales

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

Si en un determinado momento no se reunieran los mínimos antes mencionados, la Compañía se reserva el derecho de reducir los beneficios asegurados y/o modificar la tarifa de primas aplicada. La Compañía notificará la decisión por escrito al Tomador con una anticipación mínima de treinta (30) días.

Dentro de los quince (15) días de recibida dicha notificación, el Asegurado o el Tomador deberá comunicar a la Compañía su eventual disconformidad, caducando la vigencia de la póliza o del respectivo Certificado Individual,



según el caso, los que se considerarán rescindidos por falta de acuerdo de partes.

En este caso, se reembolsará la fracción de prima no consumida al momento de la rescisión. La modificación se considerará aprobada si dentro de los quince (15) días de notificado el Asegurado o Tomador, no manifestaren disconformidad o guardaren silencio.

Artículo 11° - Elección del Establecimiento Asistencial

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

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

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

Artículo 12° - Primas

El importe de las primas a pagar por el Tomador resultará de sumar las primas individuales que correspondan de acuerdo con la categoría de los Asegurados Titulares y su grupo familiar.

Las primas individuales podrán ser ajustadas por la Compañía en cada aniversario de la póliza, con el objeto de adecuar la prima al verdadero estado del riesgo, sobre la base de la información que a tales efectos se requerirá al Tomador. Los ajustes que se puedan efectuar no responderán a cambios en el estado de salud de los Asegurados.

La Compañía comunicará por escrito al Tomador las nuevas primas individuales con una anticipación no inferior a treinta (30) días del vencimiento de la anualidad de la póliza a renovar.

La diferencia se considerará aprobada y la renovación aceptada por el Tomador si no reclama dentro de los treinta (30) días de haber recibido dicha notificación.

Artículo 13° - Premios

Se define como premio del seguro al importe que surge de adicionar a la prima calculada de conformidad a lo estipulado en el artículo precedente, los gastos, recargos, impuestos, tasas y contribuciones que pudieren corresponder.

Artículo 14° - Pago de los Premios

Los premios deberán ser abonados por el Tomador al Asegurador en forma mensual e ininterrumpida, a través de alguno de los medios de pago estipulados en las Condiciones Particulares de esta póliza.



Podrá pactarse en las Condiciones Particulares de esta póliza, que cada Asegurado Titular sea el responsable de ingresar el premio de su cobertura individual en forma directa a la Compañía. En dicho caso, las estipulaciones de los artículos referidos al plazo de gracia, falta de pago de los premios y rehabilitación, deberán interpretarse en relación a cada Certificado Individual.

Artículo 15° - Plazo de Gracia

La Compañía concede un plazo de gracia de treinta (30) días para el pago, sin recargo de intereses de todos los premios, plazo durante el cual esta póliza continuará en vigor.

Para el pago del primer premio el plazo de gracia se contará desde la fecha de inicio de vigencia de esta póliza. Para el pago de los premios siguientes dicho plazo de gracia correrá a partir de las cero (0) horas del día en que venzan cada uno de ellos.

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

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

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

Artículo 16° - Falta de Pago de los Premios

Si cualquier premio no fuere abonado dentro del plazo de gracia, la cobertura otorgada por esta póliza quedará automáticamente suspendida, pero el Tomador adeudará a la Compañía el premio correspondiente al mes de gracia, salvo que dentro de dicho plazo hubiese solicitado por escrito su rescisión, en cuyo caso deberá pagar el premio calculado a prorrata por los días transcurridos desde el vencimiento del premio impago hasta la fecha de recepción, por parte de la Compañía, de tal solicitud.

Artículo 17° - Rehabilitación

Si por falta de pago de cualquier premio mensual durante el plazo de gracia la cobertura otorgada por esta póliza hubiera sido suspendida, el Tomador podrá obtener su rehabilitación, restituyéndola a sus términos originarios, dentro de los tres meses sucesivos al vencimiento del plazo de gracia, mediante el pago total de los premios mensuales impagos vencidos y la presentación por parte de los Asegurados de pruebas satisfactorias de asegurabilidad.

La rehabilitación del derecho al goce de los beneficios por parte de los Asegurados y consiguiente restablecimiento de la cobertura se operará desde la cero horas del día siguiente a la fecha en que el Tomador haya saldado a la Compañía la totalidad de los premios vencidos o de la fecha de aprobación por parte de la Compañía de las pruebas de asegurabilidad presentadas por el Asegurado, la que fuere posterior.

Presentadas las pruebas de asegurabilidad requeridas al Asegurado, la Compañía tendrá un plazo de 30 días para



Póliza: VM- 495

aceptar o rechazar el pedido de rehabilitación de la cobertura. Transcurrido dicho plazo sin que la Compañía se haya expedido, el pedido de rehabilitación se considerará aceptado por la Compañía y la cobertura rehabilitada desde la 0 horas del día siguiente al vencimiento de dicho plazo.

En los casos en que se proceda a la rehabilitación de la cobertura en los términos del presente artículo, no se computará un nuevo período de carencia para las coberturas rehabilitadas.

Artículo 18° - Certificados Individuales - Pólizas Colectivas y Grupales

La Compañía proporcionará a cada Asegurado Titular un certificado individual en el que se establecen los derechos y obligaciones de las partes, así como también los beneficios que otorga la presente póliza y la fecha de entrada en vigor del mismo.

Artículo 19° - Terminación de la Cobertura Individual

La cobertura individual de cada Asegurado terminará en los siguientes casos:

- a) Por renuncia del Asegurado a continuar en el seguro;
- b) Por extinción de la relación laboral del Asegurado Titular con el Tomador por cualquier causa, en los casos de pólizas colectivas;
- c) Por dejar de pertenecer al grupo regido por el Tomador, en los casos de pólizas grupales;
- d) Por la comprobación de errores, simulaciones o fraudes referentes a un Asegurado o relacionados con sus reclamos de beneficio;
- e) Para los Asegurados Familiares, según se define en el Artículo 4° de estas Condiciones Generales, al fin del mes en el cual pierdan su condición de Miembros de Familia;
- f) Al fin del mes en que el Asegurado cumpla la Edad Máxima de Permanencia establecida en las Condiciones Particulares o 21 años de edad en caso de tratarse de hijos del Asegurado Titular, salvo que hicieren uso de la opción de continuidad prevista en el Artículo 7° de las presentes Condiciones Generales;
- g) Por muerte del Asegurado;
- h) En el caso de Asegurados Familiares, al fin del mes en que se produzca la muerte del Asegurado Titular salvo, que hicieren uso de la opción de continuidad prevista en el Artículo 7° de las presentes Condiciones Generales;
- i) Por alcanzar el Límite Máximo de Responsabilidad por Persona, de acuerdo a lo establecido en el Artículo 26° de las presentes Condiciones Generales.

Tanto la renuncia que refiere el inciso a) como el retiro del grupo previsto en los incisos b) y c) del párrafo precedente, serán comunicados a la Compañía por el Asegurado y/o Tomador y la póliza o el certificado individual, según corresponda, quedará rescindida el día primero del mes siguiente al de la fecha en que la Compañía haya recibido dicha comunicación.

En todos los casos la rescisión o caducidad del certificado individual o de la póliza del Asegurado Titular, según corresponda, significará la terminación de la cobertura para los Asegurados Familiares que se encuentren comprendidos dentro de dicho Certificado o póliza, salvo que hicieren uso de la opción de continuidad prevista en el Artículo 7° de las presentes Condiciones Generales.

En cualquier caso de caducidad o rescisión de esta póliza, caducarán simultáneamente todos los certificados individuales comprendidos en la misma, salvo las obligaciones pendientes a cargo de la Compañía.



Artículo 20° - Enfermedades Preexistentes

A todos los efectos de esta Póliza, se entiende por Enfermedades Preexistentes, las enfermedades o anomalías de tratamiento médico y/o quirúrgico y sus complicaciones, las que por su historia natural requieren un período de tiempo científicamente establecido y hayan sido diagnosticadas con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la cobertura de la respectiva Condición Específica para cada Asegurado.

Quedan expresamente excluidos de la cobertura que otorga la presente póliza todos los siniestros que tengan su origen o deriven de una Enfermedad Preexistente o resulten consecuencia de una Cirugía practicada con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la cobertura de la respectiva Condición Específica para cada Asegurado.

Sin perjuicio de lo expuesto en los párrafos precedentes, se deja expresa constancia que la Compañía cubrirá los siniestros que deriven de enfermedades congénitas y/o adquiridas al nacimiento de los hijos durante la vigencia de la póliza o del certificado individual, según corresponda, siempre que ambos cónyuges se encuentren asegurados y que el referido hijo sea nominado dentro del plazo de 15 días establecido en el Artículo 4° de las presentes Condiciones Generales.

Artículo 21° - Ambito Geográfico de la Cobertura

Las prestaciones, tratamientos y/o diagnósticos que dieran lugar a los beneficios previstos en la presente póliza, podrán ser efectuados tanto en establecimientos de la República Argentina como del exterior debidamente autorizados a tal fin por la autoridad competente en la materia del país en el que fueran realizados y por profesionales habilitados para tal fin en el país en el que desarrollen su profesión.

Artículo 22° - Exclusiones

La Compañía no abonará los beneficios previstos en esta póliza cuando los siniestros se originaran como consecuencia de:

- Tratamiento por esterilidad, impotencia, fertilización, procedimientos anticonceptivos o por cambio de sexo y las consecuencias que deriven de ellos.
- Intento de suicidio.
- Consumo de sustancias psicoactivas tales como: tóxicos, estupefacientes, drogas y psicotrópicos, salvo prescripción médica.
- Consumo abusivo de alcohol.
- Lesiones que el asegurado se hubiera ocasionado voluntariamente o estando insano.
Accidentes que se originen a causa de alteraciones mentales, intento de suicidio, drogadicción o alcoholismo.
- Actos de terrorismo, guerra civil, insurrección, huelga o tumulto popular, riña, motín, guerra que no comprenda a la Nación Argentina. En caso de comprenderla, las obligaciones de los Asegurados, como así también las de la Compañía se regirán por las normas que en tal emergencia dictaren las autoridades competentes.
- Uso de material nuclear para cualquier fin, incluyendo explosión nuclear, provocada o no, así como también la contaminación radioactiva o explosión de radiaciones nucleares ionizantes.
- Epidemia, envenenamiento de carácter colectivo, catástrofes naturales y otras calamidades que afecten a la población masivamente. Quedan comprendidos dentro de la definición de catástrofe, aunque tal enumeración no



Póliza: VM- 495

resulte excluyente de otros diferentes que se pudieran verificar: los terremotos, inundaciones, aluviones, maremotos, erupciones volcánicas, huracanes y vendavales.

- Accidentes que resulten de competencias en aeronaves o vehículos de motor, competencias de pericia o velocidad con vehículos mecánicos o de tracción a sangre, o de justas hípicas.
- Accidentes resultantes de la práctica profesional o no de deportes particularmente peligrosos y/u otras actividades riesgosas, incluyendo los entrenamientos.
- Lesiones o afecciones producidas como consecuencia de prácticas y/o intervenciones experimentales o penadas por ley.
- Enfermedades infectocontagiosas de denuncia internacional (fiebre amarilla, peste, cólera, viruela, tífus, etc.)

Artículo 23° - Indemnizaciones - Pagos

Las indemnizaciones a que hubiere lugar por la presente póliza, se abonarán luego de presentada y aprobada la documentación que acredite el derecho de los reclamantes, de conformidad con lo establecido para cada caso en las respectivas Condiciones Específicas, en base a las certificaciones médicas de diagnóstico y tratamiento efectuado, informaciones de Instituciones Hospitalarias legalmente autorizadas, documentos y facturas concernientes a servicios dispensados al Asegurado, en caso de corresponder.

Las indemnizaciones a que hubiere lugar, serán abonadas al Asegurado y en caso de fallecimiento de este, a sus herederos legales.

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

El Asegurado Titular se obliga a relevar del secreto médico a todos los profesionales o instituciones hospitalarias que lo atienden o hubiesen atendido tanto a él como a los Asegurados que componen el grupo familiar amparados bajo esta cobertura.

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

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

Artículo 24° - Plazo de Prueba

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

Si las comprobaciones exigidas en cada caso, no resultaran concluyentes en cuanto al diagnóstico o existencia de la enfermedad, de la práctica y/o Intervención Quirúrgica, la Compañía podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor de treinta (30) días, a fin de confirmar el diagnóstico. La no contestación, por parte de la Compañía dentro del plazo establecido, significará automáticamente el reconocimiento del beneficio reclamado.



Artículo 25° - Beneficio

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

Artículo 26° - Limite Maximo de Responsabilidad por Persona

Podrá pactarse la inclusión de un Limite Máximo de Responsabilidad por Persona por todos los siniestros cubiertos ocurridos, durante toda la vigencia de su cobertura o durante cada año de vigencia de la cobertura para cada Asegurado, según se establezca en las Condiciones Particulares.

En tal caso, la responsabilidad máxima a asumir por la Compañía, por cada Asegurado cubierto por esta póliza, durante el plazo establecido y por todos los siniestros ocurridos que afecten cualesquiera de las coberturas incluidas en dicha póliza, queda limitada a la suma máxima establecida en las Condiciones Particulares como "Limite Máximo de Responsabilidad por Persona".

Artículo 27° - Beneficio Adicional: Anticipos

La Compañía podrá otorgar excepcionalmente anticipos de las indemnizaciones a las cuales el Asegurado tuviera derecho, en función de las coberturas previstas en esta póliza, quedando supeditado el mismo a su criterio evaluativo.

Los anticipos serán otorgados en aquellos casos donde las indemnizaciones sean significativas y exista imposibilidad por parte del Asegurado de hacer frente a dichos gastos, sin recurrir a la financiación de la Compañía.

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

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

Artículo 28° - Rescisión de la Póliza

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

Producida la rescisión, la Compañía continuará cubriendo aquellos siniestros ocurridos durante la vigencia de esta póliza.

En el caso de los Seguros Individuales y siempre que no se verifique alguna de las condiciones establecidas en el artículo 19° de las presentes Condiciones Generales, la Compañía estará imposibilitada de rescindir la cobertura si a



fecha pretendida de rescisión, alguno de los Asegurados presentara afecciones relacionadas con los Riesgos Cubiertos, que pudieran dar lugar a prestaciones presentes o futuras en los términos de esta póliza.

Artículo 29° - Cesiones

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

Artículo 30° - Arbitraje

Si entre el Asegurado Titular o el Tomador y la Compañía surgiere alguna controversia en cuanto a la interpretación de los términos y condiciones de esta Póliza, así como en la evaluación o liquidación de cualquier indemnización, dicha controversia deberá someterse a un Tribunal Profesional compuesto de dos miembros elegidos, uno por cada parte, los cuales deberán producir dictamen dentro de un período no mayor de treinta (30) días contados desde el momento de la aceptación a formar parte del tribunal.

De no llegar a acuerdo alguno, ellos designarán en un plazo no mayor a los ocho (8) días, un tercer miembro para dictaminar sobre el diferendo. Dicho miembro deberá elevar, dentro de los quince (15) días como amigable componedor, un informe sobre el caso y sus conclusiones serán inapelables.

La elección de los miembros se hará dentro de los quince (15) días de planteada la controversia por una de las partes de manera fehaciente en el domicilio de la otra.

Los honorarios y gastos de los miembros del Tribunal Profesional designados por cada una de las partes estarán a su respectivo cargo y los del tercer miembro serán pagados por la parte cuyas pretensiones se alejen más del dictamen definitivo, salvo en caso de equidistancia, en que se pagarán por mitades entre las partes.

Artículo 31° - Duplicados y copias de Póliza o de Certificado

En caso de robo, pérdida o destrucción de la Póliza o de cualquier Certificado Individual, el Tomador o los Asegurados Titulares, según el caso, podrá obtener su sustitución por un duplicado. Las modificaciones o suplementos que se incluyen en el duplicado serán los únicos válidos.

El Tomador y/o los Asegurados tienen derecho a que se les entregue copia de las declaraciones que efectuaron con motivo del presente contrato y copia no negociable de la póliza o del correspondiente Certificado Individual.

Serán por cuenta del solicitante (Tomador o Asegurado, según el caso) los gastos que origine la extensión de los duplicados y/o las copias solicitados.

Artículo 32° - Impuestos, Tasas y Contribuciones

Los impuestos, tasas y contribuciones de cualquier índole y jurisdicción creadas y/o a crearse en el futuro o los



Póliza: VM- 495

aumentos de los ya existentes, estarán a cargo del Tomador o de los Asegurados Titulares, según el caso, salvo cuando la ley los declare expresamente a cargo exclusivo de la Compañía.

Artículo 33° - Facultades del Productor o Agente

El Productor o Agente de Seguros, cualquiera sea su vinculación con la Compañía, autorizado por ésta 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 la Compañía, referentes a contratos o a sus prórrogas.
- c) Aceptar el pago de la prima si se halla en posesión de un recibo oficial de pago de la Compañía.

Artículo 34° - Domicilio

El domicilio en el que las partes deben efectuar las denuncias, declaraciones y demás comunicaciones previstas en este contrato o en la Ley de Seguros Nro. 17.418, es el último declarado por ellas.

Artículo 35° - Jurisdicción

Toda controversia judicial relativa a la presente Póliza y a los respectivos Certificados, será dirimida ante los tribunales ordinarios competentes del lugar de su emisión.

Artículo 36° - Prescripción

Las acciones fundadas en esta póliza prescriben al año de ser exigibles las obligaciones correspondientes.



CONDICIONES ESPECÍFICAS - MÓDULO E COBERTURA DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS (ALTERNATIVA A)

Póliza: VM- 495

Art.1: Riesgo Cubierto

La Compañía concederá el beneficio previsto cuando el Asegurado sea sometido a alguna de las intervenciones quirúrgicas que figuran en el "Listado de Beneficios Previstos - Módulo E - Intervenciones Quirúrgicas".

Art.2: Período de carencia

Se establece un período de carencia de 90 días, con pago de primas, contado desde la fecha de inicio de la cobertura de la presente Condición Específica para cada Asegurado, para todas las intervenciones que figuran en el "Listado de Beneficios Previstos - Módulo E - Intervenciones Quirúrgicas" salvo para las intervenciones específicas que se mencionan a continuación, para las cuales, si hubieren sido incluidas en dicho Listado de Beneficios Previstos anexo a la póliza, regirán los plazos que se especifican en los párrafos siguientes.

Para las intervenciones incluidas dentro del título "07.01 - Operaciones en el corazón y pericardio", del título "07.02 - Cirugía Cardiovascular con circulación extracorpórea", del título "07.08 - Angioplastias" y del título "17.02 - Otros de Cardiología", el período de carencia a considerar será de 300 días.

Para el caso de "11.04.01 - Parto" y "11.04.03 - Operación Cesárea Clásica" el período de carencia a considerar será de 300 días y para el caso de "11.04.02 - Evacuación uterina - 2º trimestre de embarazo" dicho período de carencia será de 150 días.

Ningún beneficio se otorgará si la necesidad de efectuar la intervención surge durante los plazos de carencia mencionados en los párrafos anteriores.

El período de carencia no regirá en los casos que la intervención sea ocasionada por accidente ocurrido luego de la fecha de inicio de vigencia de la cobertura de la presente Condición Específica para cada Asegurado.

Art.3: Beneficio

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

Los beneficios podrán utilizarse durante cada año póliza tantas veces como sea necesario por enfermedades o accidentes diferentes, salvo que se hubiera previsto un "Límite Máximo Anual de Responsabilidad por Asegurado", de conformidad a lo establecido en el artículo 6º de las presente Condiciones Específicas.

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

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

En caso que un tratamiento quirúrgico se efectuase mediante intervenciones repetidas por programación o secuelas, estas



serán consideradas como una sola y la Compañía abonará al Asegurado el mayor de los capitales correspondientes.

Este beneficio es adicional e independiente de los demás previstos en la póliza

Art.4: Requisitos para la validez del diagnóstico

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

La omisión o la demora en tal comunicación dará lugar a la pérdida del derecho del Asegurado a percibir el beneficio previsto en esta Condición Específica, salvo en los casos de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.

Art.5: Exclusiones Específicas

La Compañía no indemnizará las intervenciones que no se encuentren expresamente detalladas en el "Listado de Beneficios Previstos - Módulo E - Intervenciones Quirúrgicas".

Además, quedan excluidos:

- a) Cirugías cosméticas y/o plásticas, excepto aquellas para las que se compruebe que poseen una finalidad reparadora de una función afectada por eventos cubiertos por esta póliza.
- b) Tratamientos por obesidad y/o rejuvenecimiento, en sus diversas modalidades.
- c) Intervenciones quirúrgicas ilícitas o de carácter experimental o realizadas en instituciones o por personal no habilitado legalmente, teniendo conocimiento de tales circunstancias.

Art.6: Límite Máximo de Responsabilidad por Asegurado

Podrá pactarse la inclusión de un Límite Máximo Anual de Responsabilidad por Asegurado por todos los siniestros ocurridos cubiertos por la presente Condición Específica durante cada año de vigencia de la cobertura para dicho Asegurado.

En tal caso, la responsabilidad máxima a asumir por la Compañía, por cada Asegurado cubierto por esta póliza, durante cada año de vigencia de la cobertura y por todos los siniestros ocurridos cubiertos por la presente Condición Específica, queda limitada a la suma máxima establecida en el "Listado de Beneficios Previstos - Módulo E - Intervenciones Quirúrgicas" como "Límite Máximo Anual de Responsabilidad por Asegurado".



CONDICIONES ESPECÍFICAS - MÓDULO B
BENEFICIO EN CASO DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES
GRAVES(ALTERNATIVA A) - SIN PERIODO DE SUPERVIVENCIA

Póliza: VM- 495

Art.1: Riesgo Cubierto

La Compañía concederá el beneficio previsto en caso de diagnosticarse al Asegurado alguna de las Enfermedades Graves definidas en el artículo siguiente, en la medida en que la cobertura de las misma haya sido expresamente prevista en el "Listado de Beneficios Previstos - Módulo B - Enfermedades Graves".

Art.2: Definición de las Enfermedades Cubiertas

Cáncer: se entiende por esta enfermedad toda forma de crecimiento descontrolado de células malignas positivamente diagnosticado como cáncer -neoplasma maligno- por un profesional especializado. Quedan incluidos en la cobertura la Leucemia (excepto leucemia linfática crónica), los Linfomas y la Enfermedad de Hodgkin (linfocarcinoma / linfosarcoma).

Infarto de Miocardio: se entiende por esta enfermedad la muerte de una porción del músculo cardíaco como consecuencia de una o más obstrucciones en las arterias coronarias.

Accidente Cerebro Vascular: se entiende por esta enfermedad cualquier incidente cerebro-vascular causado por un inadecuado riego sanguíneo del cerebro debido a infarto del tejido cerebral, hemorragia o embolia de una fuente extracranéa. A efectos de que proceda la cobertura prevista para la presente enfermedad, deben verificarse la totalidad de las siguientes condiciones:

- El incidente debe producir un daño neurológico permanente; como parálisis o paresia en algún miembro, trastornos en el habla, entre otros.
- La evidencia del daño neurológico permanente debe ser confirmada por un neurólogo.
- El daño debe mantenerse por más de 6 semanas desde el inicio del accidente cerebro-vascular.

En caso que el Asegurado falleciera dentro del período de 6 semanas a causa de esta enfermedad, el Capital Asegurado se pagará a quien corresponda conforme lo establecido en las Condiciones Generales.

Insuficiencia Renal Crónica: se entiende por esta enfermedad el fallo total, crónico e irreversible de ambos riñones, con indicación de diálisis permanente. A efectos de que proceda la cobertura prevista para la presente enfermedad, el diagnóstico debe ser confirmado mediante un informe anatomopatológico emanado de un médico especialista legalmente habilitado para el ejercicio de la profesión.

Art.3: Período de carencia

Se establece un período de carencia de 60 días, con pago de primas, contado desde la fecha de inicio de vigencia cobertura de la presente Condición Específica para cada Asegurado. En el caso particular de la Insuficiencia Renal, dicho plazo de carencia se eleva a 90 días.

Ningún beneficio se otorgará si el diagnóstico de la enfermedad acontece durante este plazo de carencia.



Póliza: VM- 495

El período de carencia no regirá en los casos que la enfermedad tuviera su origen en un accidente ocurrido luego de la fecha de inicio de vigencia de la cobertura de la presente Condición Específica para cada Asegurado.

Art.4: Beneficio

La Compañía abonará el Capital Asegurado previsto para cada una de las Enfermedades Cubiertas en el "Listado de Beneficios Previstos - Módulo B - Enfermedades Graves", una vez comprobado el diagnóstico de alguna de las enfermedades arriba definidas por su auditoría médica.

El Capital Asegurado se pagará una sola vez aunque la misma enfermedad se manifieste con posterioridad.

Si como producto de un mismo hecho generador (una misma enfermedad o accidente), se vieran afectadas dos o más coberturas previstas en estas Condiciones Específicas, sólo se abonará el mayor de los capitales asegurados para las diversas coberturas afectadas, continuando la cobertura de las restantes enfermedades.

Este beneficio es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la póliza.

Art.5: Requisitos para la validez del diagnóstico

La Compañía debe contar, dentro de los 30 días de la fecha de diagnóstico, salvo casos de fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia, con un informe escrito con el diagnóstico de un especialista acompañado de documentación respaldatoria originada en estudios clínicos, radiológicos, histológicos o de laboratorio.

La omisión o la demora en tal comunicación dará lugar a la pérdida del derecho del Asegurado a percibir el beneficio previsto en esta Condición Específica, salvo en los casos de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.

Art.6: Exclusiones Específicas

Cáncer:

Quedan excluidos de esta cobertura:

- 1) Toda forma de tumores benignos;
- 2) Los estadios precoces de los tumores malignos que son todas aquellas neoplasias que logran su curación total con gestos mínimos de tratamiento y/o prácticas médicas, cuyos costos de curación resultan de bajo impacto económico, quedando incluidos entre otros los siguientes:
 - Etapa A del Cáncer del Cólon de la clasificación de Dukes;
 - Etapa A del Cáncer de la próstata, o cánceres prostáticos que histológicamente son descritos en la clasificación TNM como T1 (incluyendo T1 (a) ó T1 (b) o que son de otra clasificación equivalente o menor);
 - Tumores que presentan los cambios malignos del carcinoma in situ (incluyendo la displasia cervical CIN-1, CIN-2 y CIN-3) o aquellos descritos como Lesiones Premalignas, tumores benignos o pólipos;
 - Carcinoma in situ, no invasivo;
 - Melanomas de menos de 1.5 mm de espesor, determinado por examen histológico, o invasión menor del nivel de Clark 3.
- 3) Cualquier Cáncer de la piel, excepto el melanoma maligno invasor de la dermis o a mayor profundidad; todas las hiperqueratosis o los carcinomas basocelulares de la piel;

Infarto de Miocardio:

Quedan excluidos de esta cobertura:

- 1) Los infartos silenciosos y/o aquellos que no necesitan tratamiento en Unidad de Cuidado Intensivo.
- 2) La angina de pecho estable o inestable.



Póliza: VM- 495

Accidente Cerebro Vascular:

Quedan excluidos de esta cobertura:

- 1) Los Accidentes Cerebro Vasculares transitorios.
- 2) Las lesiones cerebrales causadas por traumatismo o hipoxia o reducción crítica de oxígeno.

Art.7: Terminación de la Cobertura

La cobertura prevista por cada enfermedad terminará al diagnosticarse la misma y pagarse el beneficio previsto, no teniendo vigencia en las futuras renovaciones, si las hubiere.



CONDICIONES ESPECÍFICAS - MÓDULO E COBERTURA DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS (ALTERNATIVA B)

Póliza: VM- 495

Art.1: Riesgo Cubierto

La Compañía concederá el beneficio previsto cuando el Asegurado sea sometido a alguna de las intervenciones quirúrgicas que figuran en el "Listado de Beneficios Previstos - Módulo E - Intervenciones Quirúrgicas".

Art.2: Período de Carencia

Se establece un período de carencia de 90 días, con pago de primas, contado desde la fecha de inicio de la cobertura de la presente Condición Específica para cada Asegurado, para todas las intervenciones que figuran en el "Listado de Beneficios Previstos - Módulo E - Intervenciones Quirúrgicas" salvo para las intervenciones específicas que se mencionan a continuación, para las cuales, si hubieren sido incluidas en dicho Listado de Beneficios Previstos anexo a la póliza, regirán los plazos que se especifican en los párrafos siguientes.

Para las intervenciones incluidas dentro del título "07.01 - Operaciones en el corazón y pericardio", del título "07.02 - Cirugía Cardiovascular con circulación extracorpórea", del título "07.08 - Angioplastias" y del título "17.02 - Otros de Cardiología", el período de carencia a considerar será de 300 días.

Para el caso de "11.04.01 - Parto" y "11.04.03 - Operación Cesárea Clásica" el período de carencia a considerar será de 300 días y para el caso de "11.04.02 - Evacuación uterina - 2º trimestre de embarazo" dicho período de carencia será de 150 días.

Ningún beneficio se otorgará si la necesidad de efectuar la intervención surge durante los plazos de carencia mencionados en los párrafos anteriores.

El período de carencia no regirá en los casos que la intervención sea ocasionada por accidente ocurrido luego de la fecha de inicio de vigencia de la cobertura de la presente Condición Específica para cada Asegurado.

Art.3: Beneficio

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

Los beneficios podrán utilizarse durante cada año póliza tantas veces como sea necesario por enfermedades o accidentes diferentes, salvo que se hubiera previsto un "Límite Máximo Anual de Responsabilidad por Asegurado", de conformidad a lo establecido en el artículo 6º de las presente Condiciones Específicas.

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

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

En caso que un tratamiento quirúrgico se efectuase mediante intervenciones repetidas por programación o secuelas, estas



serán consideradas como una sola y la Compañía abonará al Asegurado el mayor de los capitales correspondientes.

Este beneficio es adicional e independiente de los demás previstos en la póliza

Art.4: Requisitos para la validez del diagnóstico

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

La omisión o la demora en tal comunicación dará lugar a la pérdida del derecho del Asegurado a percibir el beneficio previsto en esta Condición Específica, salvo en los casos de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.

Art.5: Exclusiones Específicas

La Compañía no indemnizará las intervenciones que no se encuentren expresamente detalladas en el "Listado de Beneficios Previstos - Módulo E - Intervenciones Quirúrgicas".

Además, quedan excluidos:

- a) Cirugías cosméticas y/o plásticas, excepto aquellas para las que se compruebe que poseen una finalidad reparadora de una función afectada por eventos cubiertos por esta póliza.
- b) Tratamientos por obesidad y/o rejuvenecimiento, en sus diversas modalidades.
- c) Intervenciones quirúrgicas ilícitas o de carácter experimental o realizadas en instituciones o por personal no habilitado legalmente, teniendo conocimiento de tales circunstancias.

Art.6: Límite Máximo de Responsabilidad por Asegurado

Podrá pactarse la inclusión de un Límite Máximo Anual de Responsabilidad por Asegurado por todos los siniestros ocurridos cubiertos por la presente Condición Específica durante cada año de vigencia de la cobertura para dicho Asegurado.

En tal caso, la responsabilidad máxima a asumir por la Compañía, por cada Asegurado cubierto por esta póliza, durante cada año de vigencia de la cobertura y por todos los siniestros ocurridos cubiertos por la presente Condición Específica, queda limitada a la suma máxima establecida en el "Listado de Beneficios Previstos - Módulo E - Intervenciones Quirúrgicas" como "Límite Máximo Anual de Responsabilidad por Asegurado".



CONDICIONES ESPECÍFICAS - MÓDULO F COBERTURA PARA TRASPLANTES DE ÓRGANOS

Póliza: VM- 495

Art.1: Riesgo Cubierto

La Compañía concederá el beneficio previsto cuando el Asegurado sea sometido a alguno de los trasplantes que se detallan seguidamente, en el "Listado de Beneficios Previstos - Módulo F - Trasplantes de Órganos".

La Compañía no cubrirá los retrasplantes, cuando los mismos sean requeridos por haberse producido el rechazo por parte del paciente del órgano transplantado. En dichos casos, la Compañía sólo abonará el capital correspondiente al primer trasplante, sin adeudar capital alguno por los reemplazos que pudieran efectuarse.

Art.2: Definición de los Trasplantes Cubiertos

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

Las indemnizaciones previstas en el presente módulo no incluyen, en ningún caso, la provisión de órganos, quedando en todo de acuerdo a las leyes nacionales establecidas al respecto.

Trasplante de Médula Ósea:

• Médula Ósea Autológica para:

1. Linfoma de no-Hodgkin, estado III A o B o estado IV A o B
2. Linfoma de Hodgkin, estado III A o B o estado IV A o B
3. Leucemia aguda linfocítica después de la primera o segunda recaída
4. Leucemia aguda no-linfocítica después de la primera o segunda recaída
5. Tumores de célula embrionaria

• Médula Ósea Alogénica para:

1. Anemia aplástica
2. Leucemia aguda
3. Inmunodeficiencia severa combinada
4. Síndrome de Wiskott-Aldrich
5. Osteoporosis infantil maligna (enfermedad de Alberg Schonberg)
6. Leucemia mielógena crónica (LMC)
7. Neuroblastoma, estado III o IV en niños mayores de un año
8. Beta talasemia homocigote (talasemia mayor)
9. Linfoma de Hodgkin, estado III A o B o estado IV A o B
10. Linfoma de no-Hodgkin, estado III A o B o estado IV A o B

Trasplante Hepático: trasplante de hígado en el Asegurado que presente insuficiencia hepática crónica terminal o aguda terminal, no tumoral y cuando se hayan agotado todos los tratamientos alternativos posibles.

Trasplante Pulmonar: trasplante del órgano para una asegurado con insuficiencia respiratoria irreversible y con compromiso de vida severo, para quien no exista tratamiento alternativo.



Trasplante Cardiopulmonar: trasplante del bloque cardio-pulmonar para un asegurado con insuficiencia cardiorrespiratoria irreversible y con compromiso de vida severo, para quien no exista tratamiento alternativo.

Trasplante Cardíaco: trasplante de corazón proveniente de un dador, en el Asegurado que presenta insuficiencia terminal irreversible con severo deterioro de la salud y compromiso de vida y cuando se hayan agotado todos los tratamientos alternativos disponibles.

Trasplante Renal: trasplante de riñón proveniente de dador vivo o cadavérico, en Asegurado con insuficiencia renal crónica, no portador de tumores en general y que se encuentre en tratamiento de hemodiálisis o diálisis peritoneal.

Implante de Cóclea: implante de cóclea para el Asegurado con lesiones severas de sordera profunda, sin alternativa terapéutica de recuperar su audición. Consiste en la colocación de un microprocesador con electrodos en la cóclea, el cual emite impulsos eléctricos, generando sonidos que merecerán un nuevo aprendizaje auditivo. La provisión del microprocesador no se encuentra cubierta por el presente módulo.

Trasplante de Córnea: trasplante de una córnea para el Asegurado con lesiones traumáticas o degenerativas, sin otra alternativa terapéutica para mantener o recuperar la visión.

Trasplante de Páncreas: trasplante de páncreas para el Asegurado con lesiones traumáticas o degenerativas, sin otra alternativa para mantener la vida.

Art.3: Período de carencia

Se establece un período de carencia de 120 días, con pago de primas, contado desde la fecha de inicio de vigencia de la presente Condición Específica para cada Asegurado.

Ningún beneficio se otorgará si la enfermedad origen del trasplante de órganos surge durante este plazo de carencia.

El período de carencia no regirá en los casos que el trasplante sea ocasionado por accidente ocurrido luego de la fecha de inicio de vigencia de la cobertura de la presente Condición Específica para cada Asegurado.

Art.4: Beneficio

La Compañía, una vez comprobada la realización del trasplante por parte de su auditoría médica, abonará al Asegurado el Capital Asegurado previsto para cada trasplante en el "Listado de Beneficios Previstos - Módulo F - Trasplantes de Órganos".

En caso de efectuarse simultáneamente más de un trasplante de los detallados en el listado referido, se abonará el de mayor capital asegurado y se adicionará el 20% del capital asegurado correspondiente al trasplante de menor valor.

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

Art.5: Requisitos para la validez del diagnóstico

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

Para cualquier solicitud de indemnización por trasplante es condición ineludible e indispensable haberlo comunicado previamente al INCUCAI o a cualquier organismo que en el futuro lo reemplace, a excepción del Trasplante de Médula Autológica.



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

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

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

La omisión o la demora en tal comunicación dará lugar a la pérdida del derecho del Asegurado a percibir el beneficio previsto en esta Condición Específica, salvo en los casos de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.

Art.6: Exclusiones Específicas

Quedan excluidos:

Trasplantes ilícitos o de carácter experimental o realizados en instituciones o por personal no habilitado legalmente, teniendo conocimiento de tales circunstancias.



CONDICIONES ESPECÍFICAS - MÓDULO G COBERTURA EN CASO DE PRÓTESIS Y ORTESIS

Póliza: VM- 495

Art.1: Riesgo Cubierto

La Compañía concederá el beneficio previsto en este módulo cuando al Asegurado le fuera implantada una prótesis y/u órtesis dentro de las especialidades detalladas en el "Listado de Beneficios Previstos - Módulo G - Prótesis y Órtesis".

Art.2: Renovación

La renovación de la prótesis u órtesis será cubierta por la presente Condición Específica, luego de transcurrido un período de 5 años desde la implantación inicial o última renovación, según corresponda. Para las prótesis que se detallan seguidamente, el plazo para que proceda la cobertura de la renovación se reduce a 3 años:

- Prótesis de cadera (parcial, total y no cementada)
- Material de osteosíntesis
- Prótesis de osteosíntesis compleja
- Prótesis vascular arterial no bifurcada
- Prótesis vascular arterial bifurcada
- Válvula de hidrocefalia

Las prótesis u órtesis que se detallan seguidamente serán cubiertas una única vez durante toda la vigencia de la cobertura para un determinado Asegurado:

- Marcapaso definitivo
- Desfibrilador

La Compañía no cubrirá los reemplazos de prótesis u órtesis, cuando los mismos sean requeridos por haberse producido el rechazo por parte del paciente de la prótesis u órtesis implantada. En dichos casos, la Compañía sólo abonará el capital correspondiente a la primera prótesis u órtesis, sin adeudar capital alguno por los reemplazos que pudieran efectuarse.

Art.3: Período de carencia

Se establece un período de carencia de 90 días, con pago de primas, contado desde la fecha de inicio de vigencia de la presente Condición Específica para cada Asegurado.

Ningún beneficio se otorgará si la enfermedad que originara la necesidad de la implantación de la prótesis u órtesis, fuera contraída durante dicho plazo de carencia.

El período de carencia no regirá en los casos que la necesidad de la implantación de la prótesis u órtesis sea ocasionada por accidente ocurrido luego de la fecha de inicio de vigencia de la cobertura de la presente Condición Específica para cada Asegurado.

Art.4: Beneficio

La Compañía, luego de efectuada la implantación y de comprobado el derecho del Asegurado a ser indemnizado por su auditoría médica, abonará el Capital Asegurado correspondiente al tipo de prótesis u órtesis requerida por el Asegurado, de conformidad con el "Listado de Beneficios Previstos - Módulo G - Prótesis y Órtesis".

Asimismo, se establece un límite máximo anual por persona para cada especialidad identificada en el referido listado y un



límite máximo anual por persona por todas las prótesis u órtesis implantadas amparadas bajo esta cobertura.

En consecuencia, los montos máximos que por tales conceptos abonará la Compañía serán los que obren como "Límite indemnizatorio anual por asegurado" en el "Listado de Beneficios Previstos - Módulo G - Prótesis y Órtesis".

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

Art.5: Requisitos para la validez del diagnóstico

La Compañía debe contar, dentro de los 30 días de realizada la implantación, salvo casos de fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia, con un informe escrito por un especialista con el diagnóstico y tipo de prótesis u órtesis utilizada, en formularios provistos por la Compañía, acompañado de la documentación respaldatoria correspondiente.

La omisión o la demora en tal comunicación dará lugar a la pérdida del derecho del Asegurado a percibir el beneficio previsto en esta Condición Específica, salvo en los casos de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.

Art.6: Exclusiones Específicas

La Compañía no indemnizará las prótesis u órtesis que no se encuentren expresamente detalladas en el "Listado de Beneficios Previstos - Módulo G - Prótesis y Órtesis".

Tampoco se indemnizarán las prótesis u órtesis que se detallan a continuación:

- a) Prótesis utilizadas con fines estéticos.
- b) Prótesis bucodentales.
- c) Prótesis miogénicas o bioeléctricas.
- d) Renovaciones de prótesis preexistentes al ingreso del Asegurado al seguro.

PÓLIZA DE SEGURO

SEGURO MODULAR DE SALUD II



Nro. Póliza: VM-495/8/0
Intermediario : FEDERACION PROV. DE MUTUALIDADES CBA - Mat. 0

Rosario, 16 de enero de 2020

BENEFICIOS EXCLUSIVOS

Con la contratación de su seguro, obtiene los siguientes beneficios:

Segunda Opinión Médica

En Fundación Favalaro, ICR de Rosario, Instituto Modelo de Cardiología de Córdoba, entre otras instituciones reconocidas, para enfermedades que por su complejidad diagnosticada o de tratamiento, requieran un aporte al pronóstico y evolución de las mismas.

Ante cualquier consulta, no dude en comunicarse con nosotros al 0810-345-0049 de lunes a jueves, de 9 a 17 hs. y viernes de 9 a 15 hs.

Previnca Seguros S.A. CUIT 30-50006614-4

Domicilio: España 731 (Sede Administrativa) / Entre Ríos 537 1º Piso (Domicilio Legal)
C.P. 2000 - Rosario - Santa Fe - Argentina - consultas@previncaseguros.com.ar

 Previncaseguros  Previncaseguros  Previnca Seguros


0810 345 0049
www.previncaseguros.com.ar

POLIZA:	SINIESTRO:
---------	------------

Para ser conformado por el Asegurado/Denunciante

Datos del Asegurado

APELLIDO Y NOMBRES:		LE/LC/DNI/CI N°:
FECHA DE NACIMIENTO:	TELEFONO:	
DOMICILIO:	LOCALIDAD:	

FECHA DE INICIO DE ENFERMEDAD: ____ / ____ / ____

Cobertura a denunciar

<input type="checkbox"/> Diagnóstico por Imágenes: Mód. A	<input type="checkbox"/> Diagnóstico Enfermedades Graves: Mód. B	<input type="checkbox"/> Drogas oncológicas: Mód. B (Claus. Adic.1)	<input type="checkbox"/> Insuficiencia Renal Crónica: Mód. C	<input type="checkbox"/> Renta Diaria por Internación para Recién Nacido: Mód. D	<input type="checkbox"/> Intervenciones Quirúrgicas: Mód. E
<input type="checkbox"/> Trasplantes de Organos: Mód. F	<input type="checkbox"/> Est. Histocompatibilidad: Mód. F (Claus. Adic.1)	<input type="checkbox"/> Prótesis y Ortesis: Mód. G	<input type="checkbox"/> HIV: Mód. H	<input type="checkbox"/> Renta Diaria por Internación: Mód. I	<input type="checkbox"/> Op. Obstétricas: Mód. J

Datos del Profesional Interviniente

APELLIDO Y NOMBRES:		
N° DE MATRICULA PROVINCIAL:	N° DE MATRICULA NACIONAL:	LE/LC/DNI/CI N°:
DOMICILIO:	LOCALIDAD:	TELEFONO:

Datos del Establecimiento Asistencial:

NOMBRE:	
DIRECCIÓN:	TELÉFONO

Declaro a mi mejor saber y entender que toda la información brindada resulta verídica y completa. Otorgo mi autorización y consentimiento a "Previnca Seguros S.A." a efectos de recabar información de cualquier profesional médico que alguna vez hubiere atendido o asistido al Asegurado que se identifica en la presente denuncia de siniestro. Asimismo, por la presente autorizo a los citados profesionales la entrega de dicha información.

Lugar y fecha de Emisión

Firma del Asegurado/Denunciante

Para ser conformado por el Profesional tratante/Institución interviniente

Por el presente certifico que el día ____ / ____ / ____, el Sr/a: _____
LE/LC/DNI/CI N° _____, ha recibido Indicación y/o Diagnóstico, con / sin ingreso a una Institución Médica sobre:

- | | | |
|--|--|--|
| <input checked="" type="radio"/> Atención Médica Ambulatoria | <input type="checkbox"/> Diagnóstico por Imágenes | <input type="checkbox"/> Drogas Oncológicas |
| <input checked="" type="radio"/> Internación - Domiciliaria/ Institución Médica: | <input type="checkbox"/> Diagnóstico de Enfermedades Graves | <input type="checkbox"/> Insuficiencia Renal Crónica |
| | <input type="checkbox"/> HIV; Interv Quirúrgicas - con/sin colocacion de Prótesis y Ortesis. | <input type="checkbox"/> Estudios de Histocompatibilidad |
| | | <input type="checkbox"/> Trasplante de Organos |

Códigos de referencia (según Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas y Sanatoriales): ____/____/____

Diagnóstico/s Datos relevantes de la Historia Clínica:

Otros comentarios que considere de interés:

Declaro a mi mejor saber y entender que toda la infomación brindada resulta verídica y completa.

Lugar y Fecha de Emision

Firma y Sello del Profesional

Firma y Sello del Responsable del Establecimiento Asistencial

DOCUMENTACION MEDICA COMUN A TODOS LOS MODULOS

- Fotocopia de Historia Clínica completa
- Fotocopia de Resumen de Historia Clínica con resolución de tratamiento
- Fotocopia de resultado de Estudios, Imágenes / Diagnóstico / Pre-quirúrgicos (Clínicos, Radiológicos, Ecográficos, Histológicos o de Laboratorio)
- Fotocopia de documento de Identidad
- Fotocopia de Denuncia Policial, en caso de Accidente

PLAZOS DE PRESENTACION DE LA DOCUMENTACION COMUN A LOS MODULOS B; B (Claus.Adic.1); C; E; F; G; H; J.

- 30 días de la fecha del diagnóstico/evento quirúrgico

DOCUMENTACION MEDICA y PLAZOS DE PRESENTACION, PROPIA DE CADA MODULO

<p>MOD. A (Diagnóstico por Imágenes)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plazo de Presentación: 15 días de efectuado un Estudio 	<p>MOD. B (Diagnóstico por Enfermedades Graves)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fotocopia de Protocolo Quirúrgico (por hallazgo quirúrgico)
<p>MOD. B - Cláusula Adicional 1 - (Drogas Oncológicas)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Copia de orden con prescripción de drogas suministradas, firmada por un médico oncólogo. - Copia de hoja de enfermería con la constancia del suministro de drogas (para internados) - Facturas originales de drogas suministradas. 	<p>MOD. C (Insuficiencia Renal Crónica)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fotocopia de Certif. Diálisis permanente - Fotocopia de Inscripción al INCUCAI - Fotocopia de resultado Est. Filtrado Glomerular
<p>MOD. D-I (Renta Diaria por internación)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fotocopia Hojas de Internación con detalle de días hasta el Alta Sanatorial - Fotocopia de Protocolo Quirúrgico - Plazo de Presentación: 5 días de la internación 	<p>MOD. E ((Intervenciones Quirúrgicas - Alt. A ó B)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fotocopia de resultados Estudios Ecográficos p/ control de Embarazo (Partos) - Certificado de Nacido Vivo (Partos) - Fotocopia de protocolo Quirúrgico - Fotocopia Informe Anatomopatológico (si la intervención lo requiere)
<p>MOD. F (Trasplante de Organos)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fotocopia de resultados de Estudio de Histocompatibilidad - Fotocopia de Inscripción al INCUCAI (exclusión autotrasplante) - Fotocopia de constancia de Estadificación Diagnóstica 	<p>MOD. F - Cláusula Adicional 1 - (Est. Histocompatibilidad)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fotocopia de resultados de Estudio de Histocompatibilidad - Fotocopia de Inscripción al INCUCAI (exclusión autotrasplante) - Fotocopia de constancia de Estadificación Diagnóstica
<p>MOD. G (Prótesis y Ortesis)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fotocopia de protocolo Quirúrgico - Fotocopia de Sticker 	<p>MOD. H (HIV) Virus de Inmunodef. Adquirida</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fotocopia de resultado de exámen Carga Viral - Certificación que indique Virus por adicción a Drogas <ul style="list-style-type: none"> · Tratamiento de desintoxicación y/o rehabilitación -Facturas -en original- por gastos <ul style="list-style-type: none"> · Tratamiento ambulatorio · Internación · Intervención Quirúrgica