

Seguro de Accidentes Personales
Personal Doméstico

Condiciones Generales



Condiciones Generales

Seguro de Accidentes Personales

Personal Doméstico

Ante cualquier consulta, comuníquese con nuestro

Centro de Atención al Cliente:

0-800-999-4100

De lunes a viernes de 09:00 a 21:00 hs.

(Línea sin costo de larga distancia).

Los Asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la entidad aseguradora, dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 (C.P.1067), Ciudad de Buenos Aires; por teléfono al 4338-4000 (líneas rotativas), en el horario de 10:30 a 17:30hs.; o vía Internet a la siguiente dirección: www.ssn.gov.ar

Índice

• Anexo I - Advertencia - Exclusiones a la Cobertura Condiciones Generales	4
• Anexo 100 - Condiciones Generales	5
- Cláusula 101 - Condiciones Generales Específicas Seguro Colectivo	11
- Cláusula 103 - Incremento Automático Anual de Capitales Asegurados	12
- Cláusula 104 - Seguro Sobre la Persona de un Tercero	13
- Cláusula 105 - Personas Asegurables	14
• Anexo 200 - Condiciones Específicas - Fallecimiento	14
• Anexo 210 - Condiciones Específicas - Invalidez Permanente	14
• Anexo 220 - Condiciones Específicas - Asistencia Medica	16
• Anexo 240 - Condiciones Específicas - Renta Diaria por Hospitalizacion	17

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES PERSONAL DOMEÍSTICO

ANEXO I - ADVERTENCIA - EXCLUSIONES A LA COBERTURA CONDICIONES GENERALES

Quedan excluidos de este seguro:

- a) Las consecuencias de enfermedades de cualquier naturaleza, inclusive las originadas por la picadura de insectos.
- 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 el Artículo 4; 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 por esta póliza 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.

d) Los accidentes causados por vértigo, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que ocurran por estado de enajenación mental, salvo cuando tales trastornos sean consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza; 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 a 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 el Artículo 5, o en condiciones distintas a las enunciadas en el mismo.

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

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

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

ANEXO 100 - CONDICIONES GENERALES

(El presente anexo sólo tendrá valor si se la indica expresamente en el Frente de Póliza y/o en las Condiciones Particulares)

Artículo 1° - DISPOSICIONES FUNDAMENTALES

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 con las Condiciones Específicas respecto a las Condiciones Particulares, se estará a lo que dispongan estas últimas.

Artículo 2° - VIGENCIA

Esta póliza adquiere fuerza legal desde las cero (0) horas de la fecha de inicio de vigencia indicada en las Condiciones Particulares de póliza, renovándose anualmente en forma automática.

Artículo 3° - COBERTURA

El Asegurador se compromete al pago de los beneficios estipulados en las Condiciones Específicas de las coberturas que se indican en las Condiciones Particulares de póliza cuando el Asegurado sufra durante la vigencia del seguro alguna de las contingencias previstas en las coberturas contratadas a causa de un accidente, siempre que las consecuencias del mismo se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha del accidente, sujeto a los términos y condiciones establecidas

en las Condiciones Particulares, Condiciones Generales y Condiciones Específicas que integran el presente contrato. Los beneficios previstos para las distintas coberturas son independientes entre sí, a excepción de lo dispuesto por el último párrafo del Artículo 2 de las Condiciones Específicas de la cobertura de Invalidez Permanente, siendo obligatorio la contratación de la cobertura de Muerte.

Artículo 4° - DEFINICION DE 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. Se consideran también accidente: 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; quemaduras de todo tipo producidas por cualquier agente, salvo lo dispuesto en el Artículo 6, inc. b); infecciones microbianas o intoxicaciones cuando sea de origen traumático; rabia; luxaciones articulares y distensiones, dilaceraciones y rupturas musculares, tendinosas y viscerales (excepto lumbalgias, várices y hernias) causadas por esfuerzo repentino y evidentes al diagnóstico.

Artículo 5° - ALCANCE DE LA COBERTURA

Conforme a los términos, condiciones, límites y exclusiones establecidos en la presente póliza, este seguro cubre todos los accidentes que puedan

ocurrir al Asegurado, ya sea en el ejercicio de la profesión declarada, o mientras se halle prestando servicio militar en tiempo de paz, 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. Secubrentambiénlosaccidentesquese 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, hand-ball, hockey sobre césped, natación, patinaje, pelota a paleta, pelota al cesto, pesca (salvo en alta mar), remo, tenis, tiro (en polígonos habilitados), volley-ball y water-polo. La cobertura se extiende al tránsito y/o permanencia del Asegurado en el extranjero, salvo en países que no mantengan relaciones diplomáticas con la República Argentina.

Artículo 6° - RIESGOS NO CUBIERTOS

Quedan excluidos de este seguro:

- a) Las consecuencias de enfermedades de cualquier naturaleza, inclusive las originadas por la picadura de insectos.
- 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 el Artículo 4; 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 por esta póliza 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.

d) Los accidentes causados por vértigo, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que ocurran por estado de enajenación mental, salvo cuando tales trastornos sean consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza; 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 a 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 el Artículo 5, o en condiciones distintas a las enunciadas en el mismo.

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

i) Los accidentes causados por hechos de: guerrilla, rebelión, terrorismo,

motín o tumulto popular, huelga o lock-out, cuando el Asegurado participe como elemento activo.

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

Artículo 7° - PERSONAS NO ASEGURABLES

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

Artículo 8° - PAGO DE LAS PRIMAS

Las primas de seguro, cuyo importe y periodicidad se estipulan en las Condiciones Particulares de póliza, deberán ser pagadas en las oficinas del Asegurador o en los lugares o forma convenidos a tal efecto. Si el pago de la primera prima o de la prima única no se efectuara oportunamente, el asegurador no será responsable por el siniestro ocurrido antes del pago. Para las primas siguientes a la inicial, el Asegurador concede un plazo de gracia de treinta (30) días para el pago, sin recargo ni intereses, el que se contará desde las cero (0) horas del día de vencimiento de la prima. Durante dicho plazo la póliza continuará en vigor, y si dentro de él se produjera un siniestro, se deducirá de la suma a abonarse por tal concepto la prima o fracción de prima impaga vencida. Si las primas no fueran abonadas dentro del plazo de gracia, la cobertura quedará automáticamente suspendida desde la cero (0) horas del vencimiento impago, sin necesidad de interpelación judicial o extrajudicial alguna, ni

constitución en mora, la que se producirá por el solo vencimiento del plazo. Toda rehabilitación surtirá efecto desde la hora cero (0) del día siguiente a aquél en que el Asegurador reciba el pago del importe vencido.

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

El Asegurado o los beneficiarios comunicarán al Asegurador el acaecimiento del siniestro dentro de los (tres) días de conocerlo, bajo pena de perder el derecho a ser indemnizado, salvo que acredite caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia. Desde el momento de hacerse aparentes las lesiones, el accidentado deberá someterse, a su cargo, a un tratamiento racional y seguir las indicaciones del facultativo que le asiste, deberá enviarse al Asegurador un certificado del médico que atiende al lesionado expresando la causa y naturaleza de las lesiones sufridas por el Asegurado, sus consecuencias conocidas o presuntas, y la constancia de que se encuentra sometido a un tratamiento médico racional. El Asegurado remitirá al Asegurador las certificaciones médicas que informen sobre la evolución de las lesiones y actualicen el pronóstico de curación, cuando le sea requerido por el Asegurador, con una frecuencia no inferior a quince (15) días. Asimismo, el Asegurado deberá someterse hasta tres exámenes médicos que el Asegurador solicite, siendo el costo de estos exámenes a cargo del Asegurador. El Asegurado o los beneficiarios están obligados a suministrar al Asegurador, a su pedido, la información necesaria para verificar el siniestro o la extensión de la prestación a su cargo, la prueba instrumental en cuanto sea razonable que la suministre, constancias

de intervención policial o diligencias judiciales si correspondiera, y a permitirle al Asegurador las indagaciones necesarias a tales fines sin perjuicio de la información a que se refiere el párrafo anterior. En caso de fallecimiento del Asegurado, el Asegurador se reserva el derecho de exigir la autopsia o la exhumación del cadáver para restablecer las causas de muerte, debiendo los beneficiarios prestar su conformidad y su concurso para la obtención de las correspondientes autorizaciones para realizarlas. La autopsia o la exhumación deberán efectuarse con citación de los beneficiarios, los que podrán designar un médico para representarlos. Todos los gastos que ellas motiven serán por cuenta del Asegurador, excepto los derivados del nombramiento del médico representante de los beneficiarios.

Artículo 10° - CUMPLIMIENTO DE LA PRESTACION DEL ASEGURADOR

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

Artículo 11° - VALUACION POR PERITOS

Si no hubiere acuerdo entre las partes, las consecuencias indemnizables del accidente serán determinadas por dos médicos designados uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los ocho (8) días de su designación, a un tercer facultativo para el caso de divergencia. Los médicos designados por las partes deberán presentar su informe dentro de los treinta (30) días y en caso de divergencia

el tercero deberá expedirse dentro del plazo de quince (15) días. Si una de las partes omitiese designar médico dentro del octavo día de requerido por la otra, o si el tercer facultativo no fuere electo en el plazo establecido en el apartado anterior, la parte más diligente podrá requerir su nombramiento a la Secretaría de Salud de la Nación u organismo que la reemplace. Los honorarios y gastos de los médicos de las partes serán a su respectivo cargo y los del tercero serán pagados por la parte cuyas pretensiones se alejen más del dictamen definitivo, salvo en caso de equidistancia en que se pagarán por mitades entre las partes.

Artículo 12° - PLURALIDAD DE SEGUROS

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

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

Artículo 13° - RETICENCIA

Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Asegurado, aún hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones si el Asegurador hubiese

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

Artículo 14° - AGRAVACION DEL RIESGO

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

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

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

No obstante, cuando la agravación provenga del cambio de la profesión o actividad del Asegurado y si de haber existido ese cambio al tiempo de la

celebración, el Asegurador hubiera concluido el contrato por una prima mayor, la suma asegurada se reducirá en proporción a la prima pagada. Esta regla no se aplica a las exclusiones previstas en el Artículo 6, inciso g).

Artículo 15° - RESIDENCIA EN EL EXTRANJERO

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

Artículo 16° - REDUCCION DE LAS CONSECUENCIAS

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

Artículo 17° - DESIGNACION DE BENEFICIARIO

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

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

a los herederos.

Artículo 18° - CAMBIO DE BENEFICIARIO

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

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

Artículo 19° - CADUCIDAD POR INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES Y CARGAS

El incumplimiento de las obligaciones y cargas impuestas al Asegurado por la Ley de Seguros (salvo que se haya previsto otro efecto en la misma para el incumplimiento) y por el presente contrato, produce la caducidad de los derechos del Asegurado si el incumplimiento obedece a su culpa o negligencia, de acuerdo al régimen previsto en el Artículo 36 de la Ley de Seguros.

Artículo 20° - RESCISIÓN UNILATERAL

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

esa decisión.

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

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

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

Artículo 21° - FACULTADES DEL PRODUCTOR O AGENTE

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 seguro;
- b) Entregar los instrumentos emitidos por el Asegurador, referentes a contratos o sus prórrogas;
- c) Aceptar el pago de la prima si se halla en posesión de un recibo del Asegurador. La firma puede ser facsimilar.

Artículo 22° - DOMICILIO

El domicilio en que las partes deben efectuar las denuncias y declaraciones previstas en la Ley de Seguros o en el presente contrato, es el último declarado.

Artículo 23° - COMPUTO DE LOS PLAZOS

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

Artículo 24° - PRESCRIPCION

Las acciones fundadas en el presente contrato prescriben en el plazo de un año, computando 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.

Artículo 25° - COMPETENCIA

Toda controversia judicial que se plantee con relación a esta póliza será dirimida ante los Tribunales ordinarios competentes de la jurisdicción del lugar de emisión de la póliza.

Artículo 26° - MONEDA DEL CONTRATO

Todos los pagos de primas, como así también el pago de todas las obligaciones del Asegurador, deberán ser efectuados en la moneda del contrato en las Condiciones Particulares de póliza.

Cuando la moneda del contrato fuera distinta a la de curso legal en la República Argentina, y como consecuencia de cualquier disposición

de la autoridad monetaria se restringiera la obtención de las divisas en el mercado, o de otro modo se impidiera a las partes cumplir con sus obligaciones en la moneda pactada, dichas obligaciones se convertirán a moneda de curso legal en la República Argentina, de acuerdo con lo que oportunamente disponga la autoridad competente. En su defecto, se convertirán de acuerdo con su cotización en la moneda pactada del día hábil inmediato anterior al pago en el mercado de Nueva York. No disponiéndose de esta cotización se utilizará, en igual forma y en este orden, la correspondiente a los Mercados de Montevideo, Londres, Zurich, Frankfurt o Tokio.

CLÁUSULA 101 SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES CONDICIONES GENERALES ESPECÍFICAS SEGURO COLECTIVO

Artículo 1° - DEFINICIONES

A los efectos de este seguro, se entiende por:

Asegurador: BBVA CONSOLIDAR SEGUROS S.A., que asume la cobertura de los riesgos objeto de este contrato. Tomador: Es la persona física

o jurídica que suscribe este contrato con el Asegurador y representa al grupo asegurado. Grupo asegurable: Es un conjunto de personas unidas por un vínculo o interés común, previo a la contratación del seguro,

pero diferente a éste.

Asegurado: Cada una de las personas que, perteneciendo al grupo

asegurable, satisface las condiciones de adhesión al seguro, y que se identifica en el Certificado Individual de la Incorporación. El conjunto de asegurados conforma el grupo asegurado. Beneficiario: Es la persona designada por el Asegurado, con derecho a recibir las indemnizaciones previstas en esta póliza.

Artículo 2° - VARIACION DEL GRUPO ASEGURADO

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

Altas: Para las personas que, perteneciendo al grupo asegurable, satisfagan las condiciones de adhesión con posterioridad a la fecha de vigencia de este contrato, el seguro regirá a partir de la fecha de vencimiento de prima siguiente a la fecha en que se cumplimenten las condiciones de adhesión.

Bajas: La cobertura de este seguro para cada Asegurado quedará rescindida o caducará en los siguientes casos:

- a) Por renuncia del Asegurado a continuar con su seguro.
- b) Por dejar de pertenecer al grupo regido por el Tomador.
- c) Por fallecimiento del Asegurado.
- d) Por haber alcanzado el Asegurado la edad máxima de cobertura prevista en las Condiciones Particulares de esta póliza.

Los ajustes de primas que correspondan con motivo de variaciones en el

grupo asegurado, se calcularán a prorrata.

CLÁUSULA 103 - CLÁUSULA ADICIONAL INCREMENTO AUTOMÁTICO ANUAL DE CAPITALES ASEGURADOS

(La presente cláusula sólo tendrá valor si se la indica expresamente en el Frente de Póliza y/o en las Condiciones Particulares)

De acuerdo a las condiciones establecidas en el presente Endoso, el capital asegurado del Seguro Accidentes Personales (Individual y Colectivo) y de las Coberturas Adicionales (conjuntamente denominados “los capitales asegurados”), serán incrementados anualmente en forma automática en cada aniversario de vigencia de la póliza (el “Incremento”).

A los efectos de calcular el Incremento se utilizará el valor de la movilidad prevista en el artículo 32 de la Ley 24.241 para actualización de las remuneraciones previsionales que perciben los beneficiarios que comprenden el Sistema Integrado Previsional Argentino (SIPA), que será elaborado, aprobado y publicado por la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES), en cada semestre inmediatos anteriores al 1 de febrero y 1 de agosto de cada año.

El Incremento se realizará en base al porcentaje que resulte de la acumulación de los valores de movilidad publicados por la ANSES, correspondientes a los 2 (dos) semestres anteriores al plazo de 2 (dos) meses previos al aniversario de vigencia de la póliza.

A tal fin, BBVA Consolidar Seguros S.A. (en adelante “la Compañía”)

calculará el incremento aplicando el porcentaje que resulte del mecanismo descrito en el párrafo anterior, a los capitales asegurados en forma automática, en el aniversario de vigencia de la póliza.

En caso que en un determinado aniversario de vigencia de la póliza la aplicación del método antes mencionado no determine un Incremento, se mantendrán los capitales asegurados y la prima vigentes en el período inmediato anterior.

Asimismo, en ningún caso los incrementos de los capitales asegurados superarán la Suma Asegurada Máxima indicada en las Condiciones Particulares.

La Prima de Tarifa Individual de la póliza se incrementará en la misma forma establecida en el presente Endoso para el Incremento de los capitales asegurados, a todos los efectos (en adelante denominada la “nueva prima”).

La Compañía comunicará por escrito al Asegurado, con por lo menos 45 días de anticipación a la fecha de su entrada en vigencia, los valores del Incremento y de la nueva prima.

El Contratante de la póliza podrá dejar sin efecto el Incremento propuesto, notificando fehacientemente a la Compañía de tal decisión con una antelación no menor a 30 días a la fecha prevista para el correspondiente Incremento. En tal caso, no se realizará dicho Incremento, ni se practicarán nuevos Incrementos en el futuro, quedando este Endoso automáticamente cancelado, manteniéndose los capitales asegurados y la prima vigentes hasta esa fecha. Si luego el Asegurado quisiera reinstalar el presente endoso de Incremento automático, deberá solicitarlo a la

Compañía por escrito con una antelación no menor a 30 días a la fecha del próximo aniversario póliza. La Compañía se reserva el derecho de exigir evidencias de asegurabilidad satisfactorias sobre el Asegurado, y en su caso, rechazar o modificar la prima de los eventuales endosos de acuerdo a los incrementos que se efectúen de allí en adelante.

En ningún caso se entenderá que la aplicación del presente Endoso constituye una actualización monetaria, indexación por precios, variación de costos o repotenciación de deudas.

CLÁUSULA 104 - SEGURO SOBRE LA PERSONA DE UN TERCERO

(La presente cláusula sólo tendrá valor si se la indica expresamente en el Frente de Póliza y/o en las Condiciones Particulares).

Artículo 1° - CONDICIONES

El tomador declara al concertar el seguro que la prima se encuentra exclusivamente a su cargo.

El presente seguro cubre los accidentes que sufran los Asegurados, y por las indemnizaciones especificadas en las Condiciones Particulares de póliza, mientras permanezcan al servicio del Tomador, o mientras éste tenga un interés económico lícito sobre la vida o salud de los Asegurados.

Artículo 2° - BENEFICIARIOS

Se instituye beneficiario en primer término al Tomador, 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; 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, cuando éstos sufrieran accidentes cubiertos por el contrato. Previa citación al Tomador, para que en el término de tres (3) días invoque su derecho al cobro preferente conforme con el párrafo anterior, el pago del saldo de las prestaciones se hará directamente a los Asegurados o beneficiarios que justifiquen sus derechos. En caso de desacuerdo entre los interesados, se consignará judicialmente el importe.

CLÁUSULA 105 - PERSONAS ASEGURABLES

A los efectos del Artículo 1° - Definiciones de la Cláusula 101 se entiende como grupo asegurable a las personas que realicen actividades dentro del domicilio del tomador de la póliza, en forma permanente y habitual mientras estén declarados en póliza.

ANEXO 200 - CONDICION ESPECÍFICA - FALLECIMIENTO

Artículo 1° - COBERTURA

Si como consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza se produjera el fallecimiento del Asegurado, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura, que se estipula en las Condiciones Particulares de póliza.

Artículo 2° - PAGO DEL BENEFICIO

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

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

ANEXO 210 - CONDICION ESPECÍFICA – INVALIDEZ PERMANENTE

(La presente cláusula sólo tendrá valor si se la indica expresamente en el Frente de Póliza y/o en las Condiciones Particulares).

Artículo 1° - COBERTURA

Si un accidente cubierto por esta póliza causara una invalidez permanente del Asegurado, determinada con prescindencia de su profesión u ocupación, el Asegurador pagará al Asegurado una suma igual al porcentaje que corresponda de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la

lesión sufrida y según se indica a continuación, sobre la suma asegurada estipulada para esta cobertura en las Condiciones Particulares de póliza:

TOTAL

Estado absoluto e incurable de alienación mental, que no permita al Asegurado ningún trabajo u ocupación, por el resto de su vida. **100%**

Fractura incurable de la columna vertebral que determine la invalidez total y permanente **100%**

PARCIAL

a) Cabeza

Sordera total e incurable de los dos oídos **50%**

Pérdida total de un ojo o reducción de la mitad de la visión binocular normal **40%**

Sordera total e incurable de un oído **15%**

Ablación de la mandíbula inferior **50%**

b) Miembros Superiores

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 **Der. 15%** **Izq. 12%**

Pérdida total del pulgar **18%** **14%**

Pérdida total del índice **14%** **11%**

Pérdida total del dedo medio **9%** **7%**

Pérdida total del anular o meñique **8%** **6%**

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 la rodilla en posición no funcional **30%**

Anquilosis de la rodilla en posición funcional **15%**

Anquilosis del empeine (garganta del pie) en posición no funcional **15%**

Anquilosis del empeine (garganta del pie) en posición funcional **8%**

Acortamiento de un miembro inferior de por lo menos 5 cm. **15%**

Acortamiento de un miembro inferior de por lo menos 3 cm. **8%**

Pérdida total del dedo gordo de un 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 corresponde por la pérdida total del miembro u órgano afectado. La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo si se ha producido por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponde por la pérdida del dedo entero si se trata del pulgar y a la tercera parte por cada falange si se trata de otros dedos. Por la pérdida de otros miembros u órganos, se sumarán los porcentajes correspondientes a cada miembro u órgano perdido, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada para invalidez total permanente. Cuando la invalidez así establecida llegue al 80% se considerará invalidez total y se abonará por consiguiente íntegramente la suma asegurada. En caso 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 y 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 en que constituya una agravación de la invalidez anterior.

Artículo 2° – PAGO DEL BENEFICIO

Para obtener el beneficio previsto en esta cobertura, además de lo estipulado en el Artículo 9 de las Condiciones Generales de póliza, se deberá presentar la documentación pertinente que incluya el alta y los certificados que acrediten el grado de invalidez definitiva. Los porcentajes abonados en conjunto en concepto de Invalidez Permanente por éste u otros accidentes ocurridos durante el mismo período anual de vigencia de la póliza, serán deducidos de la indemnización que corresponda al producirse el fallecimiento del Asegurado.

ANEXO 220 - CONDICION ESPECIFICA - ASISTENCIA MEDICA

(La presente cláusula sólo tendrá valor si se la indica expresamente en el Frente de Póliza y/o en las Condiciones Particulares)

Artículo 1° - COBERTURA

Mediante esta cobertura el Asegurador reembolsará los gastos de asistencia médico-farmacéutica prescrita por facultativo en que haya incurrido el Asegurado, como consecuencia de un accidente cubierto

por esta póliza, hasta la suma asegurada prevista para esta cobertura en la Condiciones Particulares de póliza, siendo de aplicación la franquicia por siniestro que se indica en las Condiciones Particulares de póliza. El Asegurador no tomará a su cargo los gastos por viajes y estadías para tratamientos termales o convalecencias ni por el suministro de lentes, aparatos ortopédicos y prótesis dentales. Esta cobertura quedará automáticamente restablecida para nuevos siniestros, obligándose el Asegurado al pago de la prima sobre el monto que se restablece calculada a prorrata desde la fecha del siniestro que originó la reducción de la suma asegurada.

Artículo 2° - PAGO DEL BENEFICIO

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

ANEXO 240 - CONDICION ESPECÍFICA - RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACION

(La presente cláusula sólo tendrá valor si se la indica expresamente en el Frente de Póliza y/o en las Condiciones Particulares)

Artículo 1° - COBERTURA

Si un accidente cubierto por esta póliza causara la hospitalización del

Asegurado, el Asegurador pagará la indemnización diaria estipulada para esta cobertura en las Condiciones Particulares de póliza. Dicha indemnización diaria se comenzará a abonar desde el primer día de hospitalización cuando la misma supere el período de espera que se estipula en las Condiciones Particulares de póliza, computado en días completos y consecutivos, y por el período máximo de pago de beneficio que también se estipula en la Condiciones Particulares de póliza.

Artículo 2° - DEFINICIONES

A los efectos de esta cobertura, se entiende por:

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

Artículo 3° - PAGO DEL BENEFICIO

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

Artículo 4° - HOSPITALIZACIONES RECURRENTE

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

BBVA

Seguros

Más información:



Av. Leandro N. Alem 728, C.A.B.A.



www.bbvaseguros.com.ar



0-800-999-4100

Aseguradora: BBVA Consolidar Seguros S.A. CUIT 30-50006423-0
Av. Leandro N. Alem 728/732 (C1001AAP) - C.A.B.A.