



ASSURANT
Solutions

Assurant Argentina
Compañía de Seguros S.A.
Av. Paseo Colón 221 - Piso 9
C1063ACC - Buenos Aires, Argentina
T: (54-11) 4121-8666
F: (54-11) 4343-8384

www.assurant.com

SEGURO COLECTIVO DE ENFERMEDADES CRÍTICAS

CONDICIONES GENERALES

ART. 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 que la complementan o modifican, cuando ello es admisible. En caso de no coincidir las Condiciones Generales con las Particulares, se estará a lo que dispongan estas últimas.

Los derechos y obligaciones del Asegurador que se mencionan con indicación de los respectivos artículos de la Ley de Seguros, deben entenderse como simples enunciaciones informativas del contenido esencial de la Ley, la cual rige en su integridad con las modalidades convenidas por las partes. Esta póliza y los certificados individuales adquieren fuerza legal desde las doce (12) horas del día fijado en las Condiciones Particulares como inicio de su vigencia y se renueva automáticamente en cada aniversario de la misma.

ART. 2 - DEFINICIONES

“Compañía y Asegurador ” serán utilizados para hacer referencia a American Bankers Argentina Compañía de Seguros Sociedad Anónima.

"Asegurado" será la persona física que cumpla las condiciones establecidas en el Art.4, cuya solicitud de incorporarse al seguro sea aceptada por la Compañía y esté recibiendo cobertura.

"Tomador" es la persona o entidad que ha contratado esta póliza de seguro con el Asegurador y nuclea a las personas asegurables por esta póliza. El grupo conformado entre Tomador y los asegurables debe ser previo a la existencia del seguro y deben tener un interés común independiente a la contratación del seguro.

“Certificado Individual de Cobertura” es el documento que se extiende a nombre de cada asegurado y que acredita su incorporación a esta póliza.

“Enfermedad Crítica” hace referencia al diagnóstico positivo de cualquier enfermedad, evento o invalidez que se define a continuación:

CÁNCER: - Presencia de tumor maligno caracterizado por el crecimiento y dispersión incontrolable de células malignas y la invasión del tejido, incluyendo leucemia (excepto leucemia linfática crónica), pero se excluyen cánceres no invasivos in situ, tumores por la presencia de cualquier virus de inmunodeficiencia humana y cualquier cáncer de piel con excepción del melanoma maligno.

El diagnóstico positivo deberá ser confirmado por examen anatómico-patológico positivo. Se deberá presentar a la Compañía la documentación relativa al examen anatómico-patológico.

INFARTO AL MIOCARDIO: - Necrosis del miocardio a consecuencia de hipoxia aguda. El diagnóstico deberá incluir los cuatro ítems siguientes:

- (a) Historia de dolores en el pecho;
- (b) alteraciones del electrocardiograma que confirma la lesión miocárdica;



ASSURANT
Solutions

Assurant Argentina
Compañía de Seguros S.A.
Av. Paseo Colón 221 - Piso 9
C1063ACC - Buenos Aires, Argentina
T: (54-11) 4121-8666
F: (54-11) 4343-8384

www.assurant.com

- (c) enzimas cardíacas elevadas y
- (d) estudio radioisótopo del músculo cardíaco.

APOPLEJÍA: - Accidente Cerebrovascular que cause secuelas neurológicas durante más de veinticuatro (24) horas incluyendo destrucción del tejido cerebral por trombosis, hemorragia o embolia de fuente extracraneal. Deberá existir prueba de disfunción neurológica ya sea reversible o irreversible.

INSUFICIENCIA RENAL: Es la falla renal en su última etapa que se presenta como insuficiencia crónica irreversible en el funcionamiento de ambos riñones, a raíz de la cual se instituye diálisis renal regular permanente o se lleva a cabo un trasplante renal.

BY - PASS DE LAS ARTERIAS CORONARIAS: Cirugías realizadas para corregir estenosis u oclusión de dos o más arterias coronarias mediante la técnica de by - pass en personas que presentan síntomas de angiopatía aguda. Se excluye toda otra técnica que no requiera la apertura quirúrgica del tórax, tales como la angioplastia o tratamiento láser.

TRANSPLANTE DE ÓRGANOS: - trasplante de corazón, corazón y pulmón, hígado, páncreas, riñón, médula ósea, o pulmón.

Todo trasplante será comunicado en forma previa al I.N.C.U.C.A.I. y se dará cumplimiento a la Ley de Transplantes de Órganos vigente en la República Argentina. El diagnóstico y la recomendación de trasplante deberán ser efectuadas por al menos dos Médicos especialistas, uno de ellos a ser designado por la Compañía y cuyos gastos estarán a cargo de la misma, y deberá, fehacientemente, concretarse la operación.

ESCLEROSIS MÚLTIPLE: - El diagnóstico inequívoco realizado por un Médico especialista en neurología confirmando anomalías neurológicas persistentes, como mínimo moderadas, con daños funcionales, sin que el Asegurado deba necesariamente hallarse confinado a una silla de ruedas.

La enfermedad es marcada por la degeneración de tejido neuronal desmielinizado en el cerebro o en la médula espinal manifestado por la parálisis parcial o total, parestesias, y/o neuritis óptica. Se caracteriza además por episodios de exacerbación y remisión.

El diagnóstico se fundamenta por la historia, estudios por imágenes, potenciales evocados y los análisis físicos del fluido cerebro-espinal; un ataque prematuro o un episodio aislado de Esclerosis Múltiple no constituirá Esclerosis Múltiple a los efectos de esta póliza. En ningún caso la Compañía pagará un beneficio si el primer episodio ocurrió con anterioridad a la Fecha de Inicio de Vigencia de la cobertura individual.

DISTROFIA MUSCULAR: - Enfermedad hereditaria caracterizada por la pérdida progresiva de los músculos.

El diagnóstico deberá ser efectuado por un Médico especialista y deberá estar fundamentado en síntomas clínicos y la historia genética del paciente (estudio cromosómico o historia genética familiar). El informe de cualquier biopsia muscular o electromiografía no constituirá por sí el diagnóstico.

PARÁLISIS: - Pérdida total y permanente del uso y movimiento de dos o más miembros debido a la parálisis con causa únicamente en la espina dorsal. Estos miembros pueden ser inferiores y/o superiores.

Un Médico especializado deberá realizar el diagnóstico y determinar que la pérdida del uso de los miembros es permanente. La parálisis deberá ser continua y permanente durante al menos doce (12) meses consecutivos desde el inicio de la enfermedad. Se requiere evidencia documentada de la causa de la parálisis.



ASSURANT
Solutions

Assurant Argentina
Compañía de Seguros S.A.
Av. Paseo Colón 221 - Piso 9
C1063ACC - Buenos Aires, Argentina
T: (54-11) 4121-8666
F: (54-11) 4343-8384

www.assurant.com

“Médico” es aquel facultativo debidamente matriculado y habilitado para la práctica de la medicina con ejercicio dentro del alcance de su incumbencia profesional. No se aceptará la intervención ni el diagnóstico de ningún médico que, aún matriculado y habilitado para la práctica de medicina, (a) sea el Asegurado mismo, (b) sea el o la cónyuge del Asegurado o (c) sea familiar del Asegurado o de su cónyuge con parentesco de hasta cuarto grado de consanguinidad; o (d) resida en la casa del Asegurado; o (e) efectuara el diagnóstico de la Enfermedad Crítica mediante acupuntura, uso de hierbas o empleara cualquier otra técnica no tradicional que no esté específicamente descripta en la presente póliza.

“Condición Preexistente” es cualquier condición por la cual se haya recibido cuidado, atención, tratamiento o consejo Médico o que se haya manifestado o contraído por primera vez con anterioridad de la fecha de inicio de vigencia de la cobertura individual.

“Síndrome De Inmuno Deficiencia Adquirida” tendrá el significado que la Organización Mundial de la Salud le atribuye. El síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida incluirá el H.I.V. (Virus de Inmuno Deficiencia Humana) detectado (o sea positividad en las reacciones de laboratorio habituales), encefalopatía (demencia), Síndrome de Debilitamiento del H.I.V y “ARC” (asociación de síntomas relacionados con el SIDA).

ART. 3 - RIESGO CUBIERTO

El Asegurador, a cambio del pago de las primas correspondientes, abonará al Asegurado o a la persona designada en carácter de beneficiario, el beneficio establecido en las Condiciones Particulares, si una de las Enfermedades Críticas detalladas en las Condiciones Particulares es diagnosticada al asegurado por primera vez durante la vigencia de la cobertura individual y una vez transcurrido el período de carencia establecido en las Condiciones Particulares. El período de carencia no se aplicará cuando la enfermedad cubierta surja de un accidente.

El beneficio será pagado en un pago único y por única vez durante la vigencia de la cobertura individual independientemente del número de Enfermedades Críticas que sufra o padezca el asegurado.

No se abonará indemnización alguna, a menos que la Enfermedad Crítica sea confirmada por un Médico clínico y acreditada mediante el diagnóstico positivo de un Médico patólogo (cuando la Compañía lo considere pertinente); quienes deberán fundamentar sus opiniones exclusivamente en la definición de cada enfermedad en particular contemplada en las presentes Condiciones, luego de considerar el examen histológico y los diagnósticos clínicos basados en la historia clínica del paciente, exámenes físicos, radiografías y/o cualquier otro análisis de laboratorio. Los gastos de los médicos designados por la Compañía estarán a cargo de la misma.

No se pagará indemnización alguna en caso que se diagnostique al Asegurado una Enfermedad Crítica antes o dentro del período de carencia establecido en las Condiciones Particulares que rigen a partir de la fecha de inicio de vigencia de la cobertura individual.

ART. 4 - PERSONAS ASEGURABLES

Se consideran asegurables a todas las personas físicas cuya relación con el Tomador sea previa a su incorporación a este seguro y estén vinculados entre sí por un interés distinto al de contratar el presente seguro. Asimismo los asegurables deberán cumplir con los requisitos de edad comprendida entre la “Edad Mínima de Contratación” y la “Edad Máxima de Contratación” definida en las Condiciones Particulares al momento de contratar este seguro y con los demás requisitos de asegurabilidad. Sin embargo, una vez asegurado, la cobertura se extenderá hasta alcanzar la “Edad Máxima de Cobertura” definida en las Condiciones Particulares.



ASSURANT
Solutions

Assurant Argentina
Compañía de Seguros S.A.
Av. Paseo Colón 221 - Piso 9
C1063ACC - Buenos Aires, Argentina
T: (54-11) 4121-8666
F: (54-11) 4343-8384

www.assurant.com

ART. 5 – PAGO DEL BENEFICIO

El Asegurador, dentro de los 15 días de notificado el siniestro o de cumplidos los requisitos establecidos en el artículo 8 – Denuncia del Evento Cubierto, abonará al Asegurado el beneficio cuyo importe se consigna en las Condiciones Particulares.

Con posterioridad al pago del beneficio que correspondan al Asegurado y/o beneficiarios respecto de una de las Enfermedades Críticas cubiertas por la póliza presente, ninguna otra indemnización será exigible por parte del Asegurado o de sus beneficiarios.

ART. 6 – PERÍODO DE CARENCIA

El Asegurado carecerá de cobertura durante el período de tiempo que se especifica en las Condiciones Particulares de la póliza, contado desde la vigencia inicial de la cobertura individual. El período de carencia no se aplicará cuando la enfermedad cubierta surja de un accidente.

ART. 7 - RIESGOS NO ASEGURADOS

El Asegurador no abonará la indemnización cuando la enfermedad, evento o invalidez del Asegurado sea consecuencia de:

1. Guerra declarada o no, que no comprenda a la República Argentina; en caso de comprenderla las obligaciones del Tomador, como las de la Compañía, se regirán por las normas que, en tal caso, dictaren las autoridades competentes.
2. Adicciones al alcohol, drogas, estupefacientes y/o alcaloides.
3. Uso indebido o abuso de alcohol, drogas, estupefacientes y/o alcaloides, salvo que hubieren sido ingeridos en un todo de acuerdo con la prescripción del Médico que lo asista.
4. Enfermedad crítica, crisis o ataques existentes con anterioridad a la fecha de finalización del período de carencia descrito o que se detecten durante el periodo de carencia establecido en las Condiciones Particulares que comienza a regir a partir de la fecha de inicio de vigencia de la cobertura individual. El período de carencia no se aplicará cuando la enfermedad cubierta surja de un accidente.
5. Un daño o herida infligido por el Asegurado a sí mismo en forma deliberada.
6. Condiciones preexistentes, entendiéndose por tales las originadas con anterioridad a la entrada en vigor del certificado individual.
7. Cualquier enfermedad crítica, daño o enfermedad que no esté específicamente definida en la presente póliza.
8. Cualquier diagnóstico efectuado por un especialista en hierbas o acupuntura o que emplee cualquier otra técnica no tradicional que no esté específicamente definida en la presente póliza, es decir que se realice por una persona que no esté comprendida en la definición de Médico.



ASSURANT
Solutions

Assurant Argentina
Compañía de Seguros S.A.
Av. Paseo Colón 221 - Piso 9
C1063ACC - Buenos Aires, Argentina
T: (54-11) 4121-8666
F: (54-11) 4343-8384

www.assurant.com

9. Anomalías congénitas y patológicas derivadas o resultantes de las mismas.

ART. 8 - DENUNCIA DEL EVENTO CUBIERTO

El Asegurado o los beneficiarios deberán denunciar el acaecimiento del siniestro por escrito al Asegurador, dentro de los tres (3) días siguientes de conocido el mismo.

Cualquier demora, salvo acreditación de caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia, hará perder el derecho a los beneficios. Asimismo, el asegurado o los beneficiarios deberán suministrar a la Compañía, a su pedido, la información necesaria para verificar el suministro de la prestación a su cargo, la prueba instrumental en cuanto sea razonable que la suministre y además deberán permitirle a la Compañía las indagaciones necesarias a tales fines.

Contra la recepción de la notificación de existencia de la Enfermedad Crítica, la Compañía entregará al reclamante los formularios adecuados para la presentación de la Prueba de Diagnóstico Positivo. El Asegurado o su representante deberá entregar a la Compañía prueba escrita del Diagnóstico Positivo que acredite la Enfermedad Crítica dentro de los noventa (90) días posteriores a la fecha en que haya confirmado el diagnóstico. Si existieren causas razonables por las que no fuere posible entregar tal prueba dentro del plazo establecido, el incumplimiento de esta obligación no invalidará ni reducirá reclamo alguno a condición de que en todos los casos, se efectúe la presentación de dicha prueba dentro de un período razonable, en ningún caso mayor que el plazo de prescripción mencionado en el Artículo 24 – Prescripción de las presentes condiciones.

ART. 9 – COMPROBACIÓN DEL EVENTO CUBIERTO

La Compañía, a su propio cargo, tendrá la oportunidad y el derecho de realizar hasta dos exámenes médicos a toda persona cuya Enfermedad Crítica sea el motivo de la presentación de un reclamo. La Compañía, además, tendrá derecho a solicitar que se efectúe a su propio cargo, en caso del fallecimiento del asegurado, una autopsia o exhumación del cadáver, siempre que las leyes así lo permitan. En ese caso los beneficiarios deberán prestar conformidad para la obtención de las correspondientes autorizaciones.

Corresponde al Asegurado prestar toda la colaboración que le requiera la Aseguradora, facilitando cualquier comprobación, incluso hasta dos exámenes médicos a cargo de facultativos designados por aquella, incluyendo la realización de estudios médico-diagnósticos. Los gastos de tales estudios y los honorarios de los facultativos designados por el Asegurador, serán a cargo de este último. Asimismo el Asegurado deberá autorizar expresamente a su médico asistente, a proporcionar toda información que el médico asesor del Asegurador solicite a los efectos de este contrato. La Compañía se compromete a velar por la confidencialidad de las informaciones recabadas.

La Compañía dentro de los quince (15) días de recibida la denuncia y/o constancia deberá hacer saber al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. Si las comprobaciones no resultaran concluyentes en cuanto al carácter de la enfermedad, 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 de los beneficios reclamados.

ART. 10 - VALUACIÓN POR PERITOS



ASSURANT
Solutions

Assurant Argentina
Compañía de Seguros S.A.
Av. Paseo Colón 221 - Piso 9
C1063ACC - Buenos Aires, Argentina
T: (54-11) 4121-8666
F: (54-11) 4343-8384

www.assurant.com

Si no hubiera acuerdo entre las partes sobre la verificación del hecho cubierto, el mismo será analizado 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 si el tercer facultativo no fuese electo en el plazo estipulado en el primer párrafo, la parte más diligente, previa intimación a la otra, procederá a su designación. Los honorarios y los gastos de los médicos de las partes estarán a su respectivo cargo y los del tercero serán pagados por la parte cuyas pretensiones se alejen más del dictamen definitivo, salvo el caso de equidistancia en que se pagará por mitades entre las partes.

ART. 11- PAGO DE LAS PRIMAS

El Tomador deberá pagar la prima correspondiente al seguro, en las oficinas de la Compañía, en sus agencias oficiales, en los bancos o en el domicilio de corresponsales debidamente autorizados por ella para tal fin.

ART. 12- PLAZO DE GRACIA Y FALTA DE PAGO DE LAS PRIMAS

La Compañía concede un plazo de gracia de un mes (nunca inferior a 30 días) para el pago, sin recargo de intereses, de todas las primas. Durante ese plazo esta póliza continuará en vigor.

Para el pago de la primera prima el plazo de gracia se contará desde la fecha de inicio de vigencia de esta póliza. Para el pago de las primas siguientes dicho plazo de gracia correrá a partir de las cero (0) horas del día en que venza cada una.

Vencido el plazo de gracia y no abonada la prima caducarán los derechos emergentes de esta póliza.

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.

Si cualquier prima no fuere pagada dentro del plazo de gracia, esta póliza caducará automáticamente, pero el Tomador adeudará a la Compañía, además de la prima vencida, la prima correspondiente al mes de gracia, salvo que dentro de dicho plazo hubiese solicitado por escrito su rescisión, en cuyo caso deberá pagar dicha prima calculada a prorrata por los días transcurridos desde el inicio del mes de gracia hasta la fecha del envío de tal solicitud.

ART. 13- PRIMAS DEL SEGURO

El importe de la prima total será igual a la suma de las primas individuales, las que resultarán de aplicar la tarifa de la Compañía correspondiente a la edad alcanzada y al capital asegurado de cada seguro individual.

Las tarifas de la Compañía son las establecidas en las Condiciones Particulares. Dichas tarifas serán ajustadas en cada aniversario de la póliza por la Compañía y se comunicarán por escrito al Tomador con una anticipación no menor de treinta (30) días a la fecha del aniversario en que comiencen a regir las mismas.



ASSURANT
Solutions

Assurant Argentina
Compañía de Seguros S.A.
Av. Paseo Colón 221 - Piso 9
C1063ACC - Buenos Aires, Argentina
T: (54-11) 4121-8666
F: (54-11) 4343-8384

www.assurant.com

Las tarifas serán calculadas, en cada valuación, por aplicación de los planes técnicos autorizados por la Superintendencia de Seguros de la Nación.

ART. 14 - RENOVACIÓN AUTOMÁTICA

Este seguro será renovado automáticamente por períodos de un año salvo que cualquiera de las partes de aviso a la otra por escrito que es su voluntad darlo por rescindido, en el caso del Asegurador el preaviso no debe ser menor a treinta (30) días. El pago de la prima de un nuevo período acreditado mediante el recibo extendido en las formas usuales del Asegurador, se tendrá como prueba suficiente de tal renovación.

ART. 15 - FINALIZACIÓN DE LA COBERTURA INDIVIDUAL

Esta cobertura terminará en la primera de las siguientes fechas:

- a) Aquella en que tenga lugar la finalización del período de gracia concedido para efectuar el pago de primas, sin que el Tomador hubiese regularizado su situación deudora.
- b) Aquella en la que por incumplimiento de las obligaciones impuestas al Asegurado, el certificado individual se torne en estado de caducidad.
- c) Aquella en que el Asegurado ejerza la opción de rescisión del certificado individual.
- d) Aquella en que el Asegurado termine su relación con el Tomador.
- e) En el mes póliza siguiente a aquel en que el Asegurado cumpla la "Edad Máxima de Cobertura". Si la periodicidad de pago no es mensual, se devolverá la prima no devengada al momento de finalización de la cobertura.
- f) Aquella en que se abone el beneficio previsto.
- g) Por rescisión o caducidad de la póliza por cualquier causa.
- h) En caso de fallecimiento del Asegurado.

ART. 16- 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 la Compañía hubiese sido cerciorada del verdadero estado de riesgo, hace nulo el contrato.

La Compañía debe impugnar el contrato dentro de los tres meses de haber conocido la reticencia o falsedad.

Cuando la reticencia no dolosa es alegada en el plazo del Artículo N ° 5 de la Ley de Seguros, la Compañía, 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.



ASSURANT
Solutions

Assurant Argentina
Compañía de Seguros S.A.
Av. Paseo Colón 221 - Piso 9
C1063ACC - Buenos Aires, Argentina
T: (54-11) 4121-8666
F: (54-11) 4343-8384

www.assurant.com

Si la reticencia fuese dolosa o de mala fe, la Compañía 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, la Compañía no adeuda prestación alguna.

Cuando el contrato se efectúe por cuenta ajena se juzgará la reticencia por el conocimiento y la conducta del contratante y del Asegurado.

ART. 17- AGRAVACION O MODIFICACION DEL RIESGO

El Asegurado debe denunciar a la Compañía las agravaciones del riesgo asumido, causadas por un hecho suyo, antes de que se produzcan; y las debidas a un hecho ajeno, inmediatamente después de conocerlas.

Se entiende por agravación del riesgo asumido, la que si hubiese existido al tiempo de la celebración, a juicio de peritos hubiera impedido este contrato o modificado sus condiciones

Se consideran agravaciones del riesgo únicamente las que provengan de las siguientes circunstancias:

- a) Modificación de su profesión o actividad;
- b) Fijación de residencia fuera del país.

Cuando la agravación se deba a un hecho del Asegurado la cobertura queda suspendida. La Compañía, en el término de siete días deberá notificar su decisión de rescindir.

Cuando la agravación resulte de un hecho ajeno al Asegurado, la Compañía deberá notificarle su decisión de rescindir dentro del término de un mes y con un preaviso de siete días. Se aplicará el Artículo N° 39 de la Ley de Seguros si el riesgo no se hubiera asumido según las prácticas comerciales de la Compañía.

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, la Compañía hubiera concluido el contrato por una prima mayor, la suma asegurada se reducirá en proporción a la prima pagada.

La rescisión del contrato por agravación del riesgo da derecho a la Compañía

- a) Si la agravación del riesgo le fue comunicada oportunamente, a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido.
- b) Si no le fue comunicada oportunamente, a percibir la prima por el período de seguro en curso, no mayor de un año

ART. 18- DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

El Asegurado tiene derecho de nombrar a los beneficiarios según el caso. El Beneficiario es la persona que habrá de recibir el beneficio del seguro pagadero en caso del fallecimiento del Asegurado.

La designación de los beneficiarios se hará por escrito, al completar la solicitud del seguro o en cualquier otro momento posterior y será válida aunque se notifique a la Compañía después de producido el evento.



ASSURANT
Solutions

Assurant Argentina
Compañía de Seguros S.A.
Av. Paseo Colón 221 - Piso 9
C1063ACC - Buenos Aires, Argentina
T: (54-11) 4121-8666
F: (54-11) 4343-8384

www.assurant.com

Designadas varias personas sin indicación de proporciones, se entiende que el beneficio es por partes iguales.

Si un Beneficiario hubiese fallecido antes o al mismo tiempo que el Asegurado, su asignación en el seguro acrecerá la de los demás beneficiarios, si los hubiere, en la proporción de sus propias asignaciones.

Cuando se designe a los herederos, se entiende a los que por Ley sucedan al Asegurado, si no hubiera otorgado testamento. Si lo hubiese otorgado, se tendrá por designados a los herederos instituidos. Si no se fija cuota parte, el beneficio se distribuirá conforme a las cuotas hereditarias.

ART. 19- CAMBIO DE BENEFICIARIO

El Asegurado podrá cambiar, en cualquier momento, el o los beneficiarios, salvo que la designación sea a título oneroso.

Atento al carácter irrevocable de la designación de beneficiario a título oneroso, la Compañía en ningún caso asume responsabilidad alguna por la validez del negocio jurídico que dio lugar a la designación o por las cuestiones que se susciten con motivo de ella.

El cambio de beneficiarios se hará por escrito sin formalidad determinada y será válida aunque se notifique a la Compañía después del fallecimiento del Asegurado.

La Compañía quedará liberada en el caso de pagar la indemnización correspondiente a los Beneficiarios designados con anterioridad a la recepción de cualquier comunicación modificatoria de esa designación.

ART. 20- CADUCIDAD POR INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES

Conforme con lo dispuesto por la Ley de Seguros, el incumplimiento de las obligaciones y cargas impuestas al Tomador y/o Asegurado por la Ley de Seguros y por el presente contrato, produce la caducidad de los derechos del Asegurado y/o beneficiarios.

ART. 21- DUPLICADO DE PÓLIZA - COPIAS

1. En caso de robo, pérdida o destrucción de esta póliza, el Tomador y el Asegurado podrán obtener un duplicado en sustitución de la póliza original. Las modificaciones o suplementos que se incluyan en el duplicado, a pedido del Tomador o del Asegurado, serán los únicos válidos.
2. El Tomador o Asegurado tienen derecho a que se le entregue copia de las declaraciones efectuadas con motivo de este contrato y copia no negociable de la póliza.
3. Serán por cuenta del Asegurado o Tomador los gastos que origine la extensión de duplicados y copias.

ART. 22 - IMPUESTOS, TASAS Y CONTRIBUCIONES



ASSURANT
Solutions

Assurant Argentina
Compañía de Seguros S.A.
Av. Paseo Colón 221 - Piso 9
C1063ACC - Buenos Aires, Argentina
T: (54-11) 4121-8666
F: (54-11) 4343-8384

www.assurant.com

Los impuestos, tasas y contribuciones de cualquier índole y jurisdicción que se crearen en lo sucesivo o los aumentos eventuales de los existentes, estarán a cargo del Tomador, Asegurados o de sus beneficiarios, según sea el caso, salvo cuando la ley los declare expresamente a cargo exclusivo de la Compañía.

ART. 23- 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.

ART. 24- PRESCRIPCIÓN

Las acciones fundadas en esta póliza prescriben en el plazo de un año, computado desde que la correspondiente obligación es exigible. El plazo de prescripción para el beneficiario se computa desde que conoce la existencia del beneficio, pero en ningún caso excederá de tres años contados desde el siniestro.

ART. 25- MODIFICACIÓN DEL CONTRATO

Cualquier modificación al contrato deberá ser por escrito y refrendada por los funcionarios autorizados del Asegurador, de lo contrario carecerá de todo valor.

ART. 26- COMPUTO DE PLAZOS

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

ART. 27- JURISDICCIÓN

Toda controversia judicial relativa a la presente póliza, será dirimida ante los Tribunales ordinarios competentes con jurisdicción en la Ciudad de Buenos Aires.