Buenos Aires, 2 de Agosto de 2024

Señor/a
BANCO PATAGONIA S.A.
AV DE MAYO 701 Piso 24
1084 - CIUDAD AUTONOMA DE BS AS
C.A.B.A.

Presente
Ref.: Seguro de Salud | Certificado

Estimado Asegurado:

Sabemos lo importante que es contar con una buena cobertura. Por eso, a partir de este momento, Usted puede tener la tranquilidad de haber hecho la elección correcta, al asegurar su protección en SMG LIFE Seguros de Vida S.A., compañía del Grupo Swiss Medical, líder en Salud desde hace más de 20 años.

Adjunto a la presente encontrará su Certificado de Cobertura, como así también los pasos a seguir en caso de necesitar nuestros servicios.

Vigencia de la Cobertura:
Para mantener la cobertura vigente será necesario abonar la cuota mensualmente, a través del medio de pago seleccionado por Usted al momento de la contratación de este seguro

Consultas:
Ante cualquier duda le solicitamos se comunique con nuestro Centro de Atención al Cliente, llamando al 0800-222-7645, de lunes a viernes de 9 a 18 hs. Nuestros Asesores le brindarán la asistencia necesaria. O contáctenos vía mail, escribiendo a clientes@smg-life.com.ar

Una vez más agradecemos su confianza en nosotros, y quedamos a su disposición para resolver cualquier inquietud

Atentamente,

Gustavo Cajiau
Gerente de Operaciones
SMG LIFE Seguros de Vida S.A.

Seguro de Salud
Condiciones particulares

Datos del seguro

Número de póliza y certificado: 149-0

Fecha de vigencia inicial: 01/10/2023 desde las 12:00 horas

Condiciones vigentes a partir de: 18/03/2024

Datos del tomador

Nombre o razón social: BANCO PATAGONIA S.A.

CUIT: 30-50000661-3

Domicilio: AV DE MAYO 701 Piso 24 1084 CIUDAD AUTONOMA DE BS AS, C.A.B.A.

En consideración a las declaraciones suscriptas por el Tomador, a las constancias de las solicitudes individuales de los integrantes del grupo asegurado (en adelante los Asegurados) y al pago de las primas estipuladas, SMG LIFE Seguros de Vida S.A. CUIT Nº 30-68584340-0 (en adelante la Compañía) con domicilio en Arenales 1826 (C1124AAB) Ciudad Autónoma de Buenos Aires, de acuerdo con las Condiciones Generales y Específicas de esta póliza, toma a su cargo el pago de los beneficios previstos por la misma.

Datos de la prima

Periodicidad del pago de primas: MENSUAL

Moneda del contrato: PESOS

Sistemas habilitados para el pago

RESOLUCIÓN 429/00 y SUS MODIFICATORIAS DEL MINISTERIO DE ECONOMÍA
Art. 1° - Los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros son los siguientes:
a) Entidades especializadas en cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electronicos habilitados por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION.
b) Entidades financieras sometidas al régimen de la Ley N° 21.526.
c) Tarjetas de crédito, débito o compras emitidas en el marco de la Ley N° 25.065.
d) Medios electrónicos de cobro habilitados previamente por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN a cada entidad de seguros, los que deberán funcionar en sus domicilios, puntos de venta o cobranza. En este caso, el pago deberá ser realizado mediante alguna de las siguientes formas: efectivo en moneda de curso legal, cheque cancelatorio Ley N° 25.345 o cheque no a la orden librado por el Asegurado y Tomador a favor de la entidad aseguradora.
Cuando la percepción de premios se materialice a través del SISTEMA ÚNICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (SUSS) se considerará cumplida la obligación establecida en el presente artículo.

Composición del premio

	Prima de tarifa	Premio neto
PLAN 1 SALUD MASIVOS 2017 A	2,8369 ‰	3,4610 ‰

Impuestos	
Tasa S.S.N.	0,60 %
Servicios sociales	0,50 %
I.V.A.	21,00 %
Impuestos internos	0,10 %

Riesgos cubiertos

PLAN 1 SALUD MASIVOS 2017 A			
Cobertura	**Rol**	**Capital asegurado**	**Hasta cumplir los**
Intervenciones quirúrgicas de alta complejidad			
Nivel I	Asegurado	1.125.000,00	65 Años
Nivel II		2.250.000,00	
Nivel I	Cónyuge	1.125.000,00	
Nivel II		2.250.000,00	
Según cláusula A. Riesgos no cubiertos art. 4-cláusula A y Anexo 1 Carencia: 90 días			
Indemnización en caso de Diagnóstico de Cáncer	Asegurado	2.025.000,00	65 Años
	Cónyuge	2.025.000,00	65 Años
Según cláusula E. Riesgos no cubiertos art. 1 cláusula E y Anexo 1 Carencia: 60 días			
Trasplante de Organos			
Médula ósea	Asegurado	1.800.000,00	65 Años
Hepático		1.800.000,00	
Cardiopulmonar		1.800.000,00	
Cardíaco		1.800.000,00	
Renal		450.000,00	
Renopancreático		1.390.000,00	
Córnea		180.000,00	
Médula ósea	Cónyuge	1.800.000,00	
Hepático		1.800.000,00	
Cardiopulmonar		1.800.000,00	
Cardíaco		1.800.000,00	
Renal		450.000,00	
Renopancreático		1.390.000,00	
Córnea		180.000,00	
Según cláusula F.Riesgos no cubiertos art. 5-cláusula F y Anexo 1 Carencia: 120 días			
Reintegro de gastos en caso de Prótesis	Asegurado	360.000,00	65 Años
	Cónyuge	360.000,00	65 Años
Según cláusula G-Riesgos no cubiertos art. 4-cláusula G y Anexo 1 Carencia: 90 días			

Edades mínimas y máximas de ingreso y permanencia

Rol	Mínima de ingreso	Máxima de ingreso	Permanencia
Asegurado	18 años	Hasta cumplir los 65 años	Hasta cumplir los 65 años
Cónyuge	18 años	Hasta cumplir los 65 años	Hasta cumplir los 65 años

Intermediario

Nombre y apellido o razón social: BANCO PATAGONIA S.A.
Número de matrícula: 76

Advertencia

La entidad aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado. Por reclamos, que no hayan sido solucionados previamente por las vías de atención al público de la entidad, podrán comunicarse con este servicio al teléfono 0800-222-7645. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.swissmedicalseguros.com.
En caso de que existiera un reclamo ante la entidad aseguradora y que el mismo no haya sido resuelto o haya sido desestimado, total o parcialmente, o que haya sido denegada su admisión, podrá comunicarse con la Superintendencia de Seguros de la Nación por teléfono al 0800-666-8400 o por correo electrónico a consultas@ssn.gob.ar.
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 17:30; o vía Internet a la siguiente dirección: www.ssn.gob.ar

COMUNICACIÓN AL ASEGURADO: El Asegurado que se identifica en este "Certificado de Incorporación" tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

UNIDAD DE INFORMACION FINANCIERA (UIF):

En cumplimiento de las normas emitidas por la Unidad de Información Financiera (UIF), le comunicamos que, al momento de solicitar la contratación de un seguro, la Compañía se encuentra obligada a requerir información y/o documentación que nos permitan la correcta identificación y debido conocimiento de nuestros clientes, así como también solicitar respaldo del origen de los fondos con los cuales se adquieren los productos. La actualización de esta información y documentación podrá también requerirse a lo largo de la vida de la póliza y conforme a los niveles de riesgo que la Compañía determine. Adicionalmente, al momento de la suscripción de la póliza y/o certificado, se requerirá la firma de la Declaración Jurada de identificación de clientes denominados "Personas Expuestas Políticamente (PEP)".

HABEAS DATA: La suscripción de la presente, excepto opción personal por escrito en contrario, importará autorizar a SMG LIFE, y/o a Swiss Medical S.A. y a sus sociedades controladas, controlantes o vinculadas, a utilizar los datos no sensibles en futuras campañas de fidelización, los cuales serán resguardados según las Políticas Corporativas de Seguridad Informática y conforme a la Ley 25.326 de Protección de los Datos Personales. El titular tiene la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación y supresión de los datos (artículos 6, 14, 16, 17 y concordantes, Ley 25.326 y/o la/s modifique/n y/o complemente/n).

Cuando el texto de la póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considera aprobada por el asegurado si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza" (Artículo 12 de la Ley de Seguros).

Esta póliza ha sido autorizada por la Superintendencia de Seguros de la Nación por Resolución/Proveído
Nº 124.617 de fecha 16 de enero de 2017

Gustavo Cajiau
Gerente de Operaciones
SMG LIFE Seguros de Vida S.A.

Firma autorizada (*)
(*) La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8 del Reglamento General de la Actividad Aseguradora

¿Sabías que en Swiss Medical Seguros contamos con un Departamento de Prevención de Fraude?

Nuestra compañía está comprometida a cumplir con el decálogo de desafíos éticos propuesto en la resolución SSN 38.477, que destaca las buenas prácticas, la debida diligencia, el trato justo y la buena fe.

¿Qué es el fraude?

Es toda acción contraria a la verdad y a la buena fe, llevada a cabo con la finalidad de obtener un beneficio que no corresponde. Está penado legal, ética, moral y socialmente.

Recomendaciones:

- No firmar en blanco formularios de reclamos o denuncias de siniestros.
- No aceptar dinero, suscribir documentos o acordar apoderamientos cuyos alcances y efectos no comprendan, como tampoco reconocer hechos que no han sucedido, ni aceptar la asistencia letrada proporcionada por terceros desconocidos.
- No modificar el estado de las cosas dañadas por el siniestro como tampoco exagerar fraudulentamente los daños, emplear pruebas falsas o proporcionar información complementaria falsa.
- El fraude que afecta al asegurador es un delito. La variación, simulación o tergiversación de circunstancias personales, temporales, objetivas, de causalidad, de lugar, y la provocación deliberada, o la simulación total o parcial del acaecimiento del siniestro, son algunas de las formas de fraudes más comunes, lo que lleva a admitirlo como natural, sin comprender la gravedad que conlleva.
- No avenirse a cooperar en la realización de una maniobra de fraude.
- No aceptar ofrecimientos económicos con la pretensión de cobrar indemnizaciones por heridas autoinfligidas, simulación de accidentes, etc.
- No facilitar tus datos a terceros sin tener un motivo justificado.
- Consultar con tu aseguradora ante cualquier duda o eventualidad y comunicar novedades que surjan.
- Formular la denuncia del acaecimiento del siniestro y solicitar el número del mismo.

¡Vos también podés ayudarnos a prevenir el fraude!

En caso de conocer o sospechar de alguien que cometa fraude en seguros podés comunicarte al 0800-999-7745 o al 4363-4041. También podés enviar un correo electrónico a denuncias@swissmedical.com.ar o completar el formulario desde nuestra web: https://www.swissmedical.com.ar/smgnewsite/smglife/fraude.php

Para denunciar un caso de fraude ante la Superintendencia de Seguros de la Nación (SSN) ingresá a www.ssn.gob.ar o comunicate al 0800-666-8400.

Enterate más:

CG

SEGURO DE SALUD

CONDICIONES GENERALES COMUNES

Artículo 1: Disposiciones Aplicables y Orden de Prelación

Las partes contratantes se someten a las disposiciones de la presente póliza, que consta de:

- Condiciones Generales Comunes
- Condiciones Generales – Seguros Individuales o Seguros Colectivos, según corresponda
- Condiciones Específicas de las coberturas contratadas
- Condiciones Particulares

En caso de discordancia, queda entendido y convenido que las Condiciones Particulares prevalecerán sobre las Condiciones Específicas, éstas prevalecerán sobre las Condiciones Generales y éstas sobre las Condiciones Generales Comunes.

Artículo 2: Riesgo Cubierto

El Asegurador se compromete al pago de los beneficios estipulados en las Condiciones Específicas de las coberturas contratadas en la póliza - o certificado individual según corresponda-, en ocasión de que la persona designada en la misma como Asegurado sufra, durante la vigencia del seguro, alguna de las contingencias previstas en las mismas.

Las coberturas contratadas estarán sujetas en cada caso, a los períodos de Espera especificados en las Condiciones Particulares

Artículo 3: Reticencia o Falsa Declaración

Esta póliza ha sido extendida por la Compañía sobre la base de las declaraciones suscriptas por el Tomador y por los Asegurados en sus respectivas solicitudes. Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por Tomador o por los Asegurados, aún hechas de buena fe, que a juicio de los peritos hubiera impedido el Contrato o la aceptación de los Seguros y/o Certificados Individuales respectivamente, o que hubiera modificado las condiciones de los mismos, si la Compañía hubiese sido cerciorada del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato o los Certificados, según corresponda.

Artículo 4: Definiciones

Se entiende por:

Tomador: A la persona física o jurídica tomador de la póliza que suscribe el contrato de Seguro.

Asegurado Principal: A las personas definidas en las Condiciones Generales del Seguro Individual o Colectivo, según corresponda.

Asegurado Familiar: A los miembros primarios de la familia del Asegurado Principal, de acuerdo con la definición establecida en las Condiciones Generales del Seguro Individual o Colectivo, según corresponda.

Asegurado: A los Asegurados Principales y a los Asegurados Familiares.

Premio: Es el importe a pagar por el Tomador y/o Asegurado Principal por la cobertura otorgada por la presente póliza a todos aquellos asegurados que la misma designe a tal efecto.

Artículo 5: Plazo para la Aceptación del Riesgo

La Compañía deberá hacer saber a los Asegurados que soliciten el seguro, la aceptación postergación o rechazo del mismo dentro del plazo de 15 días de recibida la solicitud correspondiente y de cumplimentados los requisitos de asegurabilidad determinados. La no contestación dentro del plazo referido implicará la aceptación de la cobertura solicitada.

Artículo 6: Inicio de Vigencia de la Póliza

Esta póliza adquiere fuerza legal desde las doce horas de la fecha de inicio de vigencia consignada en las Condiciones Particulares. Es de término anual, renovable automáticamente, de no mediar indicación contraria, la que deberá tenerse por comunicada 30 días antes de la fecha de renovación automática.

Artículo 7: 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 de las Intervenciones Quirúrgicas a las que debiera someterse el Asegurado.

Artículo 8: Pago de las primas

Las primas deberán ser abonadas por el Tomador o Asegurado – según corresponda- por adelantado, en las oficinas de la Compañía, en sus agencias oficiales, o en las entidades debidamente habilitadas para tal fin, salvo pacto en contrario.

Artículo 9: Plazo de Gracia

La Compañía concede un plazo de gracia de treinta y un (31) días para el pago, sin recargo de intereses de todas las primas, plazo durante el cual 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 doce (12) horas del día en que venzan cada una de ellas.

Vencido el plazo de gracia y no abonada la prima, 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 primas cesará en la fecha de exigibilidad de la prima 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 10: Falta de pago de las primas

Si cualquier prima no fuere abonada dentro del plazo de gracia, esta póliza caducará automáticamente, pero el Tomador o Asegurado –según corresponda- adeudará a la Compañía la prima correspondiente al mes de gracia, salvo que dentro de dicho plazo hubiese solicitado por escrito su rescisión, en cuyo caso deberá pagar la prima calculada a prorrata por los días transcurridos desde el vencimiento de la prima impaga hasta la fecha de envío de la solicitud de rescisión.

Artículo 11: Riesgos no cubiertos

La Compañía no pagará la indemnización prevista en esta póliza cuando el hecho desencadenante de la patología a tratar sea consecuencia directa de alguna de las siguientes causas:

(a) tentativa de suicidio,

(b) si es provocada deliberadamente por acto ilícito del Tomador del presente seguro, excepto que el pago de prima esté a cargo del Asegurado; o en caso de accidente si es provocado por dolo o culpa grave del Asegurado,

(c) por duelo o riña, salvo que se tratase de legítima defensa; empresa o acto criminal o aplicación legítima de la pena de muerte,

(d) acto de guerra civil o internacional, guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, y tumulto popular (excepto cuando el mismo sea como consecuencia de huelga en el marco de los derechos establecidos por la Organización Internacional del Trabajo), cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo,

(e) Abuso en el consumo de drogas, estupefacientes, narcóticos, enervantes o estimulantes, excepto que se demuestre que los mismos fueron utilizados bajo prescripción médica sin incurrir en abuso.

(f) Abuso en el consumo de alcohol. A los efectos de la presente exclusión y para los casos de accidentes, se define como abuso de alcohol aquellos casos en los que, habiéndose practicado un test o examen de alcoholemia de cualquier tipo, a los efectos de determinar los valores de alcohol en sangre, el resultado del mismo arroje un valor igual o superior a un gramo de alcohol por mil gramos de sangre al momento del accidente, y siempre que exista nexo causal entre el accidente y el resultado

arrojado. En caso que el test o examen de alcoholemia practicado informe el resultado a un momento posterior al accidente, a los fines de determinar el nivel de alcohol al momento del accidente queda establecido que la cantidad del alcohol en la sangre de una persona, desciende a razón de 0,11 gramos de alcohol por mil gramos de sangre por hora.

(g) someterse a intervenciones quirúrgicas o médicas ilícitas o a tratamientos no autorizados legalmente o de carácter experimental o realizados en instituciones o por personal legalmente no habilitado, teniendo conocimiento de tal circunstancia,

(h) por la práctica o el uso de la navegación aérea, salvo como pasajero en líneas regulares, o por ascensiones aéreas o aladeltismo,

(i) por la participación en viajes o excursiones a zonas o regiones inexploradas o prácticas deportivas submarinas o subacuáticas o escalamiento de montaña,

(j) competir en pruebas de pericia y/o velocidad con vehículos mecánicos o de tracción a sangre o en justas hípicas,

(k) intervenir en pruebas de prototipos de aviones, automóviles y otros vehículos de propulsión mecánica,

(l) desempeño paralelo de las profesiones de acróbata, buzo, jockey y domador de potros o fieras, y/o la práctica de los siguientes deportes o actividades: alpinismo, andinismo, esquí acuático o de montaña, motonáutica, manipuleo de explosivos y/o armas o con exposición a radiaciones atómicas,

(m) acontecimientos catastróficos originados por reacciones nucleares o energía atómica,

(n) alteraciones mentales,

(o) epidemias, envenenamiento de carácter colectivo, enfermedades infectocontagiosas de denuncia internacional,

(p) temblor de tierra, erupción volcánica, inundación u otros fenómenos naturales, sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario,

(q) de problemas relacionados con la esterilización masculina o femenina, cambio de sexo o mal funcionamiento sexual o esterilidad,

(r) de cualquier forma de suplemento alimenticio o cualquier programa para controlar el peso, salvo que sea para mantener con vida a un paciente gravemente enfermo,

(s) cirugía estética y/o plástica y/o cosmetológica y sus tratamientos relacionados, excepto aquellas para las que se compruebe que poseen una finalidad reparadora de una función afectada por eventos cubiertos por esta póliza.

(t) heridas autoinfligidas por el Asegurado aún las cometidas en estado de insanía,

(u) Curas de reposo, adelgazamiento, rejuvenecimiento o ayuno prolongado.

Artículo 12: Indemnizaciones - Pagos

Las indemnizaciones a que hubiere lugar por la presente póliza, se abonarán luego de presentada la documentación que acredite el derecho de los reclamantes, de conformidad con lo establecido para cada caso, en las respectivas Condiciones Específicas, sobre la base de las Certificaciones Médicas de diagnóstico y tratamiento efectuado, informaciones de Instituciones Hospitalarias legalmente

autorizadas, documentos y facturas originales concernientes a servicios dispensados al Asegurado (para aquellas cláusulas en las que se reintegre los gastos) y toda otra documentación necesaria para la verificación del siniestro.

Las indemnizaciones a que hubiere lugar, serán abonadas al Asegurado Principal. En caso de fallecimiento o de encontrarse imposibilitado para el cobro, se abonará a los beneficiarios instituidos.

Las indemnizaciones correspondientes al cónyuge serán abonadas a éste. En caso de fallecimiento antes del cobro, se abonará a los beneficiarios instituidos.

Las indemnizaciones correspondientes a los restantes miembros de familia, serán abonadas al Asegurado Principal.

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

El Asegurado Principal 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, harán perder el derecho a la indemnización, salvo que el Asegurado acredite fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa ni negligencia.

Artículo 13: 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 de cada cobertura, deberá hacer saber al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio.

Si las comprobaciones exigidas en cada caso, no resultaren 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 y un (31) 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 14: Beneficio

La Compañía abonará los beneficios previstos en las respectivas Condiciones Específicas de cada cobertura, dentro de los quince (15) días de notificado el siniestro o de cumplimentada la documentación necesaria para acreditar el derecho al beneficio reclamado, lo que sea posterior

Artículo 15: Beneficio Adicional: Anticipos

La Compañía podrá otorgar excepcionalmente anticipos de las indemnizaciones a las cuales el Asegurado tuviera derecho, no mayores al cincuenta por ciento de la suma asegurada, 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, y en las cláusulas en que la indemnización consiste únicamente en un pago único y no para los casos de reintegros de gastos.

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 16: Rescisión de esta Póliza

Sin perjuicio de las demás causales de rescisión y caducidad ya previstas, esta póliza podrá ser rescindida por el Tomador en cualquier momento después del primer período del seguro, previo aviso por escrito con una anticipación no menor a treinta (30) días.

Por su parte, la Aseguradora podrá optar por no renovar la póliza al vencimiento de cada aniversario, mediante aviso por escrito con una anticipación no menor a treinta (30) días.

Artículo 17: 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 18: Valuación por peritos

Si no hubiere acuerdo entre las partes por las consecuencias indemnizables provenientes de los riesgos cubiertos por esta póliza, las mismas serán determinadas por los médicos designados uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los 8 días de su designación a un tercer facultativo en el caso de divergencia. Los médicos designados por las partes deberán presentar su informe dentro de los 30 días, y en caso de divergencia, el tercero deberá expedirse dentro del plazo de 15 días.

Si una de las partes omitiese designar médico dentro del octavo día de requerido por la otra, o si el tercer facultativo no fuera electo en el plazo establecido en el apartado anterior, la parte más diligente, podrá requerir su nombramiento a la Secretaría de Estado de Salud Pública de la Nación.

Los honorarios y gastos de los médicos de las partes serán a su respectivo cargo y los del tercer médico 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 19: Notificaciones

Las notificaciones (en las pólizas colectivas) entre la Compañía y los Asegurados se desenvolverán siempre por intermedio del Tomador. Lo convenido precedentemente no excluye el derecho propio que contra la Compañía tienen los Asegurados desde que ocurriera alguno de los eventos previstos en esta póliza.

Artículo 20: 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 21: Pluralidad de Seguros

El Asegurado deberá notificar sin dilación a la Compañía los seguros de salud que tenga contratados con otras Aseguradoras. La Compañía podrá aceptar o rechazar la nueva cobertura.

En caso de incumplimiento, se considerará válido únicamente el seguro vigente de mayor suma y se devolverán, las primas cobradas de cualquier otro seguro por el período de coberturas superpuestas.

Artículo 22: Duplicado de póliza y de certificados – Copias

En caso de robo, pérdida o destrucción de la póliza o de cualquier certificado individual, el Tomador o el Asegurado Principal, respectivamente, podrá obtener su sustitución por un duplicado. Las modificaciones o suplementos que se incluyan en el duplicado, a pedido del Tomador o a solicitud del Asegurado Principal según el caso, serán los únicos válidos.

En cualquier momento, el Tomador y los Asegurados Principales tienen derecho a que se les entregue copia de sus declaraciones efectuadas con motivo de este contrato y copia no negociable de la póliza o del correspondiente certificado individual.

Artículo 23: Impuestos, Tasas y Contribuciones

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 o de los Asegurados Principales, según el caso, salvo cuando la ley los declare expresamente a cargo de la Compañía.

Artículo 24: Facultades del Productor o Agente

El productor o agente de Seguro, cualquiera sea su vinculación con la Compañía, 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 instrumentos emitidos por la Compañía, referentes a contratos o a sus prórrogas.

Artículo 25: Domicilio para las Denuncias y Declaraciones

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 26: Cómputo de los Plazos

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

Artículo 27: Prórroga de Jurisdicción

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

Sin perjuicio de ello, el Asegurado o sus beneficiarios, podrán presentar sus demandas contra el Asegurador ante los tribunales competentes del domicilio de la sede central o sucursal donde se emitió la póliza e igualmente se tramitarán ante ellos las acciones judiciales relativas al cobro de primas.

ANEXO I

SEGURO DE SALUD

EXCLUSIONES A LA COBERTURA

La Compañía no pagará la indemnización prevista en esta póliza cuando el hecho desencadenante de la patología a tratar sea consecuencia directa de alguna de las siguientes causas:

(a) tentativa de suicidio,

(b) si es provocada deliberadamente por acto ilícito del Tomador del presente seguro, excepto que el pago de prima esté a cargo del Asegurado; o en caso de accidente si es provocado por dolo o culpa grave del Asegurado,

(c) por duelo o riña, salvo que se tratase de legítima defensa; empresa o acto criminal o aplicación legítima de la pena de muerte,

(d) acto de guerra civil o internacional, guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, y tumulto popular (excepto cuando el mismo sea como consecuencia de huelga en el marco de los derechos establecidos por la Organización Internacional del Trabajo), cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo,

(e) Abuso en el consumo de drogas, estupefacientes, narcóticos, enervantes o estimulantes, excepto que se demuestre que los mismos fueron utilizados bajo prescripción médica sin incurrir en abuso.

(f) Abuso en el consumo de alcohol. A los efectos de la presente exclusión y para los casos de accidentes, se define como abuso de alcohol aquellos casos en los que, habiéndose practicado un test o examen de alcoholemia de cualquier tipo, a los efectos de determinar los valores de alcohol en sangre, el resultado del mismo arroje un valor igual o superior a un gramo de alcohol por mil gramos de sangre al momento del accidente, y siempre que exista nexo causal entre el accidente y el resultado arrojado. En caso que el test o examen de alcoholemia practicado informe el resultado a un momento posterior al accidente, a los fines de determinar el nivel de alcohol al momento del accidente queda establecido que la cantidad del alcohol en la sangre de una persona desciende a razón de 0,11 gramos de alcohol por mil gramos de sangre por hora.

(g) someterse a intervenciones quirúrgicas o médicas ilícitas o a tratamientos no autorizados legalmente o de carácter experimental o realizados en instituciones o por personal legalmente no habilitado, teniendo conocimiento de tal circunstancia,

(h) por la práctica o el uso de la navegación aérea, salvo como pasajero en líneas regulares, o por ascensiones aéreas o aladeltismo,

(i) por la participación en viajes o excursiones a zonas o regiones inexploradas o prácticas deportivas submarinas o subacuáticas o escalamiento de montaña,

(j) competir en pruebas de pericia y/o velocidad con vehículos mecánicos o de tracción a sangre o en justas hípicas,

(k) intervenir en pruebas de prototipos de aviones, automóviles y otros vehículos de propulsión mecánica,

(l) desempeño paralelo de las profesiones de acróbata, buzo, jockey y domador de potros o fieras, y/o la práctica de los siguientes deportes o actividades: alpinismo, andinismo, esquí acuático o de montaña, motonáutica, manipuleo de explosivos y/o armas o con exposición a radiaciones atómicas,

(m) acontecimientos catastróficos originados por reacciones nucleares o energía atómica,

(n) alteraciones mentales,

(o) epidemias, envenenamiento de carácter colectivo, enfermedades infectocontagiosas de denuncia internacional,

(p) temblor de tierra, erupción volcánica, inundación u otros fenómenos naturales, sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario,

(q) de problemas relacionados con la esterilización masculina o femenina, cambio de sexo o mal funcionamiento sexual o esterilidad,

(r) de cualquier forma de suplemento alimenticio o cualquier programa para controlar el peso, salvo que sea para mantener con vida a un paciente gravemente enfermo,

(s) cirugía estética y/o plástica y/o cosmetológica y sus tratamientos relacionados, excepto aquellas para las que se compruebe que poseen una finalidad reparadora de una función afectada por eventos cubiertos por esta póliza.,

(t) heridas autoinfligidas por el Asegurado aún las cometidas en estado de insanía,

(u) Curas de reposo, adelgazamiento, rejuvenecimiento o ayuno prolongado.

SEGURO DE SALUD

CONDICIONES GENERALES – SEGUROS COLECTIVOS

Artículo 1: Personas Asegurables

A los efectos del presente seguro, se considera como Grupo Asegurable, a todo grupo de personas unidas entre sí, por un interés o vínculo anterior y distinto al de la contratación del seguro.

Dichos Asegurables se convertirán un Asegurados Principales, una vez que cumplan satisfactoriamente con los requisitos de selección determinados por el Asegurador y siempre que a la fecha de inicio de cada Certificado Individual, no hubieran superado la edad máxima de ingreso indicada en las Condiciones Particulares

Cuando se trate de un Grupo Asegurable de empleados del Tomador, se consideran asegurables a todos los empleados del mismo que a la fecha de emisión de esta póliza se encontraren en servicio activo.

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

Los empleados que en el futuro ingresen al servicio del Tomador, adquirirán la calidad de asegurables desde el día primero del mes siguiente a la fecha en que cumplan tres meses de servicio activo y continuo.

Se entiende por servicio activo el desempeño normal de tareas al servicio del Tomador por parte de los empleados que, en la fecha de emisión de la póliza, figuren en la lista de personal activo.

A los efectos del presente seguro, el término “empleados” comprende a los dependientes permanentes del Tomador como así también a los obreros, los dueños únicos y/o socios y/o directores del mismo. En tal caso, les serán aplicables todas las disposiciones que para ingreso o reingreso de los empleados se establece en el presente Artículo.

Artículo 2: Asegurados Familiares

Los Asegurados Principales descriptos en el Artículo 1º (Personas Asegurables) de estas Condiciones Generales podrán incorporar al seguro a integrantes de su grupo familiar, quienes pasarán a ser Asegurados Familiares una vez cumplidas satisfactoriamente las pruebas de asegurabilidad exigidas por la Aseguradora.

Los Asegurados Familiares que se podrán incorporar al seguro son los mencionados a continuación:

a) Cónyuge o Integrante de la Unión Convivencial: Se entiende por "Uniones Convivenciales" a aquellas basadas en relaciones afectivas de carácter singular, pública, notoria, estable y permanente de dos personas que conviven y comparten un proyecto de vida común, sean del mismo o de diferente sexo, siempre y cuando los dos integrantes sean mayores de edad, no estén unidos por vínculos de parentesco en línea recta en todos los grados, ni colateral hasta el segundo grado, no se encuentren unidos por vínculos de parentesco por afinidad en línea recta, no tengan impedimento de ligamen ni tampoco registración de otra convivencia de manera simultánea y siempre que hayan mantenido la convivencia durante un periodo no inferior a dos años.

b) Hijos del Asegurado Principal, siempre y cuando sean solteros y no estén emancipados.

Tanto el Cónyuge o el Integrante de la Unión Convivencial, como los Hijos, podrán ser incorporados siempre que sus edades sean menores a las edades máximas de incorporación establecidas para cada caso en las Condiciones Particulares de la Póliza y estarán cubiertos hasta las edades máximas de cobertura estipuladas en dichas Condiciones.

No podrán ser incorporados como Asegurados Familiares, aquellos que estuvieren comprendidos en el Grupo Asegurable definido en el Artículo 1º de estas Condiciones Generales.

Los Asegurados Principales deberán notificar al Tomador, dentro de los quince (15) días de producida, cualquier circunstancia que origine variaciones en los asegurados miembros de la familia, cubiertos en la póliza.

Artículo 3: Plazo para solicitar la incorporación al Seguro

Todo asegurable que desee incorporarse a la póliza, 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. Una vez aprobada la solicitud por la Compañía, entrará en vigor según lo establecido en el artículo 4º.

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 haberlo 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 establecieren y siempre que resultaren satisfactorios a juicio de la Compañía, el asegurable quedará incorporado al seguro desde la fecha que prevé el Artículo 4º.

Los Asegurados Principales 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 la familia, cubiertos en la póliza. En caso de no solicitar su incorporación dentro del plazo referido, serán aplicables las disposiciones del párrafo precedente.

Artículo 4: Fecha de Entrada en vigor de cada Certificado Individual

Los asegurables que hubieran solicitado su incorporación a la póliza hasta las doce (12) horas del día fijado como comienzo de vigencia y la misma hubiera sido aprobada por la Compañía, quedarán comprendidos en la póliza desde dicha fecha y hora.

Los asegurables que soliciten su incorporación a esta póliza con posterioridad al inicio de vigencia, quedarán comprendidos en la misma a partir de las doce (12) horas del día fijado en su certificado individual como fecha de inicio de vigencia del mismo.

Los nuevos miembros del grupo familiar:

- Por matrimonio: se incorporarán desde la fecha de enlace, siempre y cuando presenten la Solicitud dentro de los quince (15) días del mismo y cumplan con los requisitos de asegurabilidad exigidos por la Compañía.
- Por nacimiento: quedarán incorporados al seguro desde que tengan más de 9 días de vida, siempre y cuando sean nominados dentro de los 15 días de la fecha mencionada.
- Por adopción: quedarán incorporados al seguro desde la fecha en que haya sido dictada la sentencia de adopción del menor, siempre y cuando sean nominados dentro de los 15 días de la fecha mencionada.

En caso de que no se solicite dentro de los 15 días, se incorporarán a partir de las 12 hs. del primer día del mes siguiente a la presentación de la solicitud y de que hayan cumplido los requisitos de asegurabilidad exigidos por la compañía.

Artículo 5: Cantidad de Asegurados Principales y Porcentaje Mínimo de Adhesión

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 Principales, 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 esta 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 en el próximo aniversario de la póliza. La Compañía notificará la decisión por escrito al Tomador con una anticipación mínima de treinta y un (31) días.

Artículo 6: Prima del Seguro

El importe a pagar por el Tomador o Asegurado – según corresponda- resultará de sumar las primas individuales insertas en los Certificados Individuales que correspondan, según las coberturas contratadas y la tasa de prima media inicial por mil de capital asegurado de la póliza, con más los gastos, impuestos y tasas que correspondan; y que constituirá el premio.

La prima media inicial por mil mensual de capital asegurado resulta del cociente entre la sumatoria del producto de la tarifa correspondiente a la edad y al capital de cada individuo integrante del grupo asegurable y el total de los capitales asegurados.

El cálculo de la tasa de prima media inicial se realizará teniendo en cuenta exclusivamente a los asegurados principales.

La tasa de prima media sólo podrá ser ajustada en cada aniversario de la póliza por la Compañía, a excepción de lo establecido en el artículo 5º, con el objeto de adecuar la prima al verdadero estado del riesgo sobre la base de la información que a tales efectos se requerirá del Asegurado.

Dichos ajustes no podrán ser realizados como consecuencia de un cambio del estado de salud del Asegurado.

La Compañía comunicará por escrito la nueva tasa de prima media, con una anticipación no inferior a 31 días a la fecha en que comiencen a regir las mismas.

Artículo 7: Certificados Individuales

La Compañía proporcionará a cada Asegurado Principal, por intermedio del Tomador, 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 correspondiente certificado individual.

Artículo 8: Rescisión de la cobertura individual

El seguro de cada Asegurado quedará rescindido o caducará en los siguientes casos:

a) Por su renuncia a continuar con el seguro;

b) Por dejar de pertenecer al grupo regido por el Tomador; por cesantía o retiro voluntario del empleo.

c) Por rescisión o caducidad de la póliza;

d) Al alcanzar el Asegurado la edad máxima de permanencia establecida en las Condiciones Particulares;

e) Para los Asegurados familiares cuando pierdan su condición de Miembros de Familia;

f) Por comprobación de simulaciones o fraudes referentes a un Asegurado o relacionado con sus reclamos de beneficio;

g) Por fallecimiento del asegurado principal.

Tanto la renuncia a que se refiere el punto a) como el retiro del grupo previsto en el punto b) del inciso precedente, serán comunicadas a la Compañía por intermedio del Tomador.

El certificado individual quedará rescindido a la hora veinticuatro (24) del último día del mes en que se haya producido la renuncia o retiro del grupo o el Asegurado haya cumplido la edad máxima de permanencia establecida en las Condiciones Particulares.

No se considerará terminación del empleo a los efectos de la caducidad de los certificados individuales:

- La suspensión en el servicio activo a causa de enfermedad;
- La suspensión temporaria en el trabajo por otros motivos, cuando no exceda de tres (3) meses

Se presumirá que un Asegurado ha renunciado a continuar con el Seguro, sin admitirse prueba en contrario, cuando al mismo no se le efectúe el descuento correspondiente a la prima de este seguro y no se ingrese a la Compañía dicho importe en la forma y plazo previstos en los artículos 8º y 9**°** de las Condiciones Generales Comunes (Pago de las Primas **y** Plazo de Gracia) y 6º de estas Condiciones Generales. (Prima del Seguro)

En todos los casos la rescisión o caducidad de la cobertura para el Asegurado Principal implica la terminación automática del Seguro para los Asegurados Familiares.

En cualquier caso de rescisión o caducidad de esta póliza, caducarán simultáneamente todos los certificados individuales cubiertos por ella, salvo las obligaciones pendientes a cargo de la Compañía. Se dará cobertura, a los siniestros ocurridos a los asegurados siempre que los mismos hayan acontecido antes de la rescisión del certificado del Asegurado Principal, lo cual no afectará el compromiso de la Aseguradora para con el siniestrado, puesto que la obligación es anterior a dicha rescisión.

En caso de existir prima de riesgo no corrido a la fecha de terminación de la cobertura, la Aseguradora procederá a la devolución de la misma.

Artículo 9: Opción de Continuidad para los Asegurados Familiares

Los Asegurados Familiares podrán continuar con el seguro una vez perdida su condición de tales, sujeto a lo establecido a continuación:

Esta opción se instrumentará bajo la modalidad de la emisión de una nueva póliza individual, con idénticas coberturas y sumas aseguradas que la anterior. La prima a abonar será la correspondiente a su edad alcanzada de acuerdo con las bases técnicas autorizadas por la Superintendencia de Seguros de la Nación para el producto a emitir.

- Cónyuge del Asegurado Principal

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

- Hijos del Asegurado Principal

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

1. Al cumplir los 21 años de edad o a consecuencia de independencia económica
2. Al contraer matrimonio

En ambos casos, podrán continuar con la cobertura en las mismas condiciones pactadas a su inicio, constituyéndose el hijo en Asegurado Principal. El cónyuge (del nuevo asegurado principal) deberá

cumplimentar los requisitos de selección que a tal fin determine la Compañía. Asimismo, deberá abonar la prima respectiva.

- En todos los casos

Se exime al nuevo Asegurado Principal de cumplir con los requisitos de selección exigidos por la Compañía.

Las opciones tendrán validez, si son ejercidas dentro de los treinta y un (31) días de ocurridos los hechos mencionados (fallecimiento del Asegurado Principal, y para los hijos: al cumplir 21 años de edad, matrimonio o independencia económica) y de abonada la prima correspondiente.

A fines de comprobar los hechos mencionados, la Compañía podrá solicitar la remisión del certificado de defunción, certificado de matrimonio o la documentación necesaria para verificar el cumplimiento de las condiciones establecidas para la opción de continuidad –según el caso de que se trate-, dentro del plazo de treinta y un (31) días de ocurridos tales hechos.

CLÁUSULA 01

SEGURO DE SALUD

CONDICIONES ESPECÍFICAS
CARENCIA

Artículo 1: Período de Carencia

Se define el concepto de carencia como el período de tiempo inicial, contado desde la fecha de inicio de vigencia de la póliza o del certificado individual, o de la fecha de incorporación al seguro según corresponda, durante el cual el Asegurado Principal y/o los Asegurados Familiares no poseen cobertura, pero sí la obligación de abonar primas.
Ningún beneficio bajo esta póliza se otorgará si el evento indemnizable acontece durante el periodo de carencia, salvo que el mismo sea a consecuencia de un accidente, entendiéndose como tal a toda lesión corporal -que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta- sufrida por el Asegurado independientemente de su voluntad, producida directa y exclusivamente por causas externas, violentas y fortuitas.
Los períodos de carencia se establecen para cada enfermedad, práctica y/o Intervención Quirúrgica en las Condiciones Particulares y Certificados Individuales correspondientes.
Para el caso de reingreso al seguro, el período de carencia se aplicará en su totalidad a partir del inicio de vigencia del nuevo Certificado.

El periodo de Carencia no será de aplicación cuando la Compañía solicite requisitos de asegurabilidad o utilice las Condiciones Específicas – Enfermedades Preexistentes, como así tampoco en el caso de seguros individuales.

CLÁUSULA A

SEGURO DE SALUD

CONDICIONES ESPECÍFICAS

COBERTURA DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

Artículo 1: Riesgo Cubierto

La Compañía abonará el beneficio previsto cuando el Asegurado sea sometido a alguna de las intervenciones quirúrgicas que figuran en el Listado 1 – Beneficios Previstos para Intervenciones Quirúrgicas, antes de alcanzar la edad máxima de cobertura estipulada en las Condiciones Particulares y/o Certificado Individual.

Artículo 2: 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 1 – Beneficios Previstos para Intervenciones Quirúrgicas.

Los beneficios podrán utilizarse durante cada año póliza tantas veces como sea necesario por enfermedades o accidentes diferentes.

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

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

Artículo 3: Requisitos para la validez del diagnóstico

La Compañía debe contar, dentro de los treinta (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.

Artículo 4: Exclusiones Específicas

La Compañía no indemnizará las intervenciones que no se encuentren expresamente detalladas en el Listado 1 – Beneficios Previstos para Intervenciones Quirúrgicas.

Adicionalmente a las exclusiones establecidas en el Artículo 11º "Riesgos No Cubiertos" de las Condiciones Generales Comunes de esta póliza, quedan excluidas de esta cobertura las intervenciones quirúrgicas producidas como consecuencia de:

(a) toda práctica endovascular (incluyendo angioplastias) y técnicas que no requieran apertura del tórax.

Artículo 5: Terminación de la Cobertura

Adicionalmente a lo estipulado en las Condiciones Generales – Seguros Individuales o Colectivos–, según corresponda, la presente cobertura terminará:

a) Cuando se rescinda la presente cobertura por cualquier causa
b) Cuando el Asegurado alcance la edad máxima de permanencia de esta cobertura, establecida en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Incorporación, de corresponder.

En caso de existir prima de riesgo no corrido a la fecha de terminación de la cobertura, la Aseguradora procederá a la devolución de la misma.

ANEXO I

SEGURO DE SALUD

EXCLUSIONES

CLÁUSULA A - COBERTURA DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

La Compañía no indemnizará las intervenciones que no se encuentren expresamente detalladas en el Listado 1 – Beneficios Previstos para Intervenciones Quirúrgicas.

Adicionalmente a las exclusiones establecidas en el Artículo 11º "Riesgos No Cubiertos" de las Condiciones Generales comunes de esta póliza, quedan excluidas de esta cobertura las intervenciones quirúrgicas producidas como consecuencia de:

(a) toda práctica endovascular (incluyendo angioplastias) y técnicas que no requieran apertura del tórax.

LISTADO I
BENEFICIOS PREVISTOS PARA INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS CLÁUSULA A

Prácticas y procedimientos PMO	Código prestación	Nivel
Ventriculocisternostomías	01.02.01	1
Lobectomía parcial o total	01.02.04	2
Tractotomía espinotalámica	01.02.05	1
Tratam.Quir.Aneurisma Intracraneal	01.02.06	1
Reparación plástica senos craneales	01.02.09	2
Escisión neoplasia intracraneana	01.02.10	1
Intervenciones estereotáxicas	01.02.13	1
Hipofisectomía	01.02.16	2
Ligadura aneurismas medulares	01.03.03	2
Cordotomía espinotalámica	01.03.04	2
Neurotomía retrogaseriana trigeminal	01.04.01	2
Neurotomía intermediario vestibular	01.04.03	2
Intervenciones nervios ópticos	01.04.04	2
Cirugía de glomus yugularis	03.02.10	2
Cirugía 2º y 3º nervio facial	03.02.11	2
Cirugía del saco endolinfático	03.03.03	2
Cirugía conducto auditivo interno	03.03.04	1
Tratamiento quir. neurinoma acústico	03.03.06	2
Operación comando de laringe	03.06.01	2
Operación comando de parótida	03.08.02	1
Operación comando piso de boca	03.09.01	2
Operación comando de lengua	03.11.01	2
Operación comando de paladar	03.12.05	1
Operación comando de faringe	03.13.04	2
Operación comando de tiroides	04.01.01	1
Adrenalectomía bilateral	04.02.01	1

Lobectomía, bilobectomía o neumonectomía	05.04.01	2
Resección enfisema bulloso bilateral	05.04.15	2
Tratamiento quirúrgico cardiopatías con hipotermia	07.02.02	2
Reemplazo válvula cardíaca	07.02.03	2
Doble reemplazo valvular	07.02.04	2
Reemplazo valvular y plástica de otra	07.02.05	2
Cierre de defectos septales	07.02.06	2
Tratamiento quir. aneurisma de aorta	07.02.07	2
Aneurisma de aorta descendente	07.02.08	2
Cirugía de revascularización mediante puente aorto-coronario o puente mamario-coronario (by-pass)	07.02.09/10	2
Resección de aneurisma ventricular	07.02.11	2
Resección de aneurisma c/ cirugía de revascularización	07.02.12	2
Tratamiento quir. de aneurisma aorto-toracico	07.03.02	2
Tratamiento quir. de aorta abdominal	07.04.01	2
Cirugía ramas viscer. aorta abdominal y troncos iliácos (anastomosis)	07.04.02	2
Derivación aorto bifemoral	07.04.04	2
Derivación aorto iliáco uni o bilateral	07.04.05	2
Anastomosis porto cava	07.04.07	2
Esofaguectomía total y reconstrucción en un tiempo	08.01.01	2
Reemplazo de esófago	08.01.04	2
Gastrectomía total	08.03.01	2
Colectomía total c/restitución tránsito	08.05.01	1
Colectomía total con ileostomía	08.05.02	1
Operaciones radicales p/megacolon	08.05.06	2
Operaciones radicales p/megacolon(2)	08.05.07	2
Colonprotectomía total	08.05.08	2
Proctosigmoidectomía	08.05.09	2
Lobectomía hepática	08.07.01	2
Segmentectomía	08.07.02	1
Duodenopancreactectomía	08.08.01	2
Nefroureterectomía total c/ cistectomía parcial	10.01.03	1
Derivaciones ureterales	10.01.12	1
Cistectomía total	10.02.01	1
Cistoplastía con colon o iliocistoplastía agrandamiento vesical	10.02.04	1
Cirugía comando de útero y anexos	11.02.01	1

Artroplastía de cadera cementada	12.10.01	2
Reemplazo de artroplastía cementada	12.10.07	1
Amputación interileoabdominal	12.16.04	1
Discectomía cervical, dorsal o lumbar con artrodesis	12.17.02	1

El código de prestación PMO, corresponde al código con que se catalogan las prácticas en el Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas y Sanatoriales.

CLÁUSULA E

SEGURO DE SALUD

CONDICIONES ESPECÍFICAS
COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN EN CASO DE DIAGNÓSTICO DE CANCER

Artículo 1: Riesgo Cubierto

La Compañía abonará el beneficio previsto para esta cobertura cuando al Asegurado se le diagnostique por primera vez Cáncer, antes de alcanzar la edad máxima de cobertura establecida en Condiciones Particulares y/o Certificado Individual.

A los fines de esta póliza se definirá como Cáncer a la enfermedad producida por un tumor maligno caracterizado por el crecimiento y expansión incontrolados de células malignas, con invasión y destrucción del tejido normal. El cáncer debe ser diagnosticado y confirmado como tal por un profesional especializado, patólogo, a través de análisis histológicos.
Se incluyen: leucemia, linfoma maligno, enfermedad de Hodgkin, enfermedades malignas de médula ósea y cáncer de piel metastásico.
Se excluyen expresamente:

a) Tumores benignos.
b) "Carcinoma in situ", displasia cervical, cáncer de cérvix CIN I, II y III y todas las situaciones de premalignidad o cánceres no invasivos.
c) Cáncer de próstata temprano intraglandular diferenciado, sin contacto ni invasión de cápsula ni de uretra, focal o multifocal.
d) Melanoma de piel menor a un milímetro sin ulceración y sin invasión de dermis reticular.
e) Hiperqueratosis o carcinomas de células basales de piel.
f) Carcinomas de células escamosas de piel salvo que exista metástasis.
g) Carcinoma ductal "in situ" de mama.

Artículo 2: Beneficio Previsto

En caso de que al Asegurado se le diagnostique por primera vez algún tipo de Cáncer cubierto por ésta Cláusula, la Compañía hará un pago único al momento de la comprobación del Siniestro. El Capital Asegurado es el que se consigna en las Condiciones Particulares y/o Certificado Individual.

Este beneficio es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la póliza y en el certificado individual.

Artículo 3: Requisitos para la validez del diagnóstico

Corresponde al Asegurado:

a) Denunciar a la Compañía el diagnóstico de la enfermedad dentro de los 30 días de haber sido notificado del mismo, salvo casos de fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.
b) Presentar a la Compañía el diagnóstico confirmado por un informe anatomopatológico suscripto por especialista legalmente autorizado para el ejercicio de la profesión. No será válida al respecto el sólo diagnóstico clínico oncológico.
c) Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta dos exámenes médicos por facultativos designados por la Compañía y con gasto a cargo de ésta.

Artículo 4: Terminación de la Cobertura
Adicionalmente a lo estipulado en las Condiciones Generales – Seguros Individuales o Colectivos–, según corresponda, la presente cobertura terminará:

a) Cuando se rescinda la presente cobertura por cualquier causa
b) Cuando el Asegurado haya percibido el total del beneficio
c) Cuando el Asegurado alcance la edad máxima de permanencia de esta cobertura, establecida en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Incorporación, de corresponder.

En caso de existir prima de riesgo no corrido a la fecha de terminación de la cobertura, la Aseguradora procederá a la devolución de la misma.

ANEXO I

SEGURO DE SALUD

EXCLUSIONES
CLÁUSULA E - COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN EN CASO DE DIAGNÓSTICO DE CANCER

Se excluyen expresamente de la presente cobertura:

a) Tumores benignos.
b) "Carcinoma in situ", displasia cervical, cáncer de cérvix CIN I, II y III y todas las situaciones de premalignidad o cánceres no invasivos.
c) Cáncer de próstata temprano intraglandular diferenciado, sin contacto ni invasión de cápsula ni de uretra, focal o multifocal.
d) Melanoma de piel menor a un milímetro sin ulceración y sin invasión de dermis reticular.
e) Hiperqueratosis o carcinomas de células basales de piel.
f) Carcinomas de células escamosas de piel salvo que exista metástasis.
g) Carcinoma ductal "in situ" de mama.

CLÁUSULA F

SEGURO DE SALUD

CONDICIONES ESPECÍFICAS
COBERTURA DE TRASPLANTE DE ORGANOS

Artículo 1: Riesgo Cubierto

La Compañía concederá el beneficio que acuerdan estas Condiciones Específicas, cuando al Asegurado le haya sido diagnosticada la necesidad de realizar uno de los Trasplantes definidos a continuación, siempre y cuando tal diagnóstico hubiese tenido lugar por primera vez, con posterioridad a la fecha de inicio de vigencia de esta cobertura y antes de la fecha en que el Asegurado alcance la edad máxima de cobertura estipulada en las Condiciones Particulares y/o Certificado Individual.

- ✓ Trasplante de Médula Ósea
- ✓ Trasplante Hepático
- ✓ Trasplante Cardiopulmonar
- ✓ Trasplante Cardíaco
- ✓ Trasplante Renal
- ✓ Trasplante Renopancreático
- ✓ Trasplante de Córnea

Artículo 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 (autoinjerto) o de un cadáver (cadavérico).
El diagnóstico y la recomendación del trasplante correspondiente deberán ser efectuados al menos por dos médicos especialistas, uno de los cuales será designado por el Asegurador y con costos a su cargo.

- ✓ Trasplante de Médula Ósea: se trata del trasplante de células periféricas del propio paciente con potencial de instalarse en la médula ósea y generar las células propias del tejido sanguíneo o tejido de médula ósea de otra persona con la mayor compatibilidad posible con el fin de que funcione para la formación del tejido sanguíneo.
- ✓ Trasplante Hepático: es el trasplante del hígado o de suficientes unidades funcionales del mismo para mantener las funciones metabólicas propias de ese órgano, instalándolo en el lugar anatómico correspondiente al hígado por la necesidad de conexiones arteriales, venosas y de conductos que hacen posible su funcionamiento.
- ✓ Trasplante Cardiopulmonar: es el trasplante del corazón y los pulmones, en bloque, para reemplazar la función de bomba circulatoria y de oxigenación sanguínea de esos órganos ocupando el lugar natural de los mismos para poder realizar las conexiones con las venas, las arterias y el árbol bronquial.
- ✓ Trasplante Cardíaco: es el trasplante del corazón para reemplazar la función de bomba circulatoria ocupando el lugar natural del órgano por la necesidad de las conexiones con arteriales y venosas.
- ✓ Trasplante Renal: es la implantación de riñón para reemplazar la función de filtrado sanguíneo depurador deficitario por enfermedad renal del paciente.
- ✓ Trasplante Renopancreático: es la implantación del riñón y del páncreas en pacientes diabéticos con insuficiencia renal para recuperar la función depuradora sanguínea del riñón y mejorar y hasta curar la diabetes, recuperando la secreción de insulina en forma natural.

- ✓ Trasplante de Córnea: es el reemplazo del tejido corneal con el fin de recuperar la transparencia y la potencialidad de enfoque del mismo.

Artículo 3: Beneficio
La Compañía, una vez comprobado el diagnóstico del trasplante por parte de su auditoria médica, abonará al Asegurado la indemnización correspondiente al trasplante diagnosticado, según los importes detallados para cada tipo de trasplante en las Condiciones Particulares y/o Certificado Individual.
Este beneficio es adicional e independiente de los demás previstos en la póliza y en los certificados individuales.

Artículo 4: 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 I.N.C.U.C.A.I. o a cualquier organismo que en el futuro lo reemplace.
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 (cinco) días de haber sido notificado del mismo, salvo casos de fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.
Asimismo se deberá presentar un informe escrito por un especialista con el diagnóstico y tipo de trasplante, en formulario provisto por la Compañía, acompañado de documentación respaldatoria originada en certificaciones y resultado de estudios practicados.

Artículo 5: Exclusiones Específicas
Adicionalmente a las exclusiones establecidas en el Artículo 11° "Riesgos No Cubiertos" de las Condiciones Generales Comunes de esta póliza, quedan excluidos de esta cobertura:

(a) Diagnósticos de Trasplantes de carácter experimental.
(b) Trasplantes de médula ósea diagnosticados como esquema terapéutico de rescate de tumores sólidos de cualquier origen. Sólo están incluidos los trasplantes de médula ósea como consecuencia de patologías primarias de la misma.

Artículo 6: Terminación de la Cobertura
Adicionalmente a lo estipulado en las Condiciones Generales – Seguros Individuales o Colectivos–, según corresponda, la presente cobertura terminará:

a) Cuando se rescinda la presente cobertura por cualquier causa
b) Cuando el Asegurado haya percibido el total del beneficio
c) Cuando el Asegurado alcance la edad máxima de permanencia de esta cobertura, establecida en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Incorporación, de corresponder.

En caso de existir prima de riesgo no corrido a la fecha de terminación de la cobertura, la Aseguradora procederá a la devolución de la misma.

ANEXO I

SEGURO DE SALUD

EXCLUSIONES
CLÁUSULA F - COBERTURA DE TRASPLANTE DE ORGANOS

Adicionalmente a las exclusiones establecidas en el Artículo 11° "Riesgos No Cubiertos" de las Condiciones Generales comunes de esta póliza, quedan excluidos de esta cobertura:

a. Diagnósticos de Trasplantes de carácter experimental
b. Trasplantes de médula ósea diagnosticados como esquema terapéutico de rescate de tumores sólidos de cualquier origen. Sólo están incluidos los trasplantes de médula ósea como consecuencia de patologías primarias de la misma.

CLÁUSULA G

SEGURO DE SALUD

CONDICIONES ESPECÍFICAS
COBERTURA DE REINTEGRO DE GASTOS EN CASO DE PRÓTESIS

Artículo 1: Riesgo Cubierto
La Compañía abonará el beneficio previsto, cuando a causa de un accidente o enfermedad, se prescriba al Asegurado la implantación de una prótesis comprendida en el "Anexo detallando Beneficios Previstos", dentro de las especialidades de: Traumatología y Ortopedia, Cardiovasculares, Neuroquirúrgicas, Auditivas u Oculares. El beneficio previsto será abonado siempre que la prescripción y la implantación sean efectuadas antes de alcanzar la edad máxima de cobertura estipulada en las Condiciones Particulares y/o Certificado Individual.
Se cubrirá tanto la primera implantación de la primera prótesis como los remplazos posteriores de las mismas.
No se cubrirán los reemplazos de prótesis implantadas con anterioridad al inicio de vigencia de la cobertura.

Artículo 2: Beneficio
La Compañía, una vez comprobada la implantación de la prótesis por parte de su auditoría médica, reintegrará al Asegurado el gasto correspondiente a la adquisición de la prótesis cubierta hasta el máximo Capital Asegurado consignado en las Condiciones Particulares para cada tipo de especialidad.

Este beneficio es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la póliza y en el certificado individual.

Artículo 3: Requisitos para la validez del diagnóstico
El Asegurado deberá informar directamente a la Compañía cualquier diagnóstico acerca de la necesidad de efectuarse una implantación de prótesis, dentro de los 5 (cinco) días de haber sido notificado del mismo, salvo casos de fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.
Asimismo, deberá presentar a la Compañía certificaciones médicas de diagnóstico y tratamiento efectuado, informaciones de instituciones intervinientes, documentos, historia clínica y facturas originales de los gastos realizados para la adquisición de la prótesis;
La Compañía debe contar con esta información, dentro de los treinta (30) días de realizada la implantación de la prótesis, salvo casos de fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.
Asimismo, el Asegurado deberá facilitar cualquier comprobación, incluso hasta dos exámenes médicos por facultativos designados por la Compañía y con gasto a cargo de ésta.

Artículo 4: Exclusiones Específicas
Adicionalmente a las exclusiones establecidas en el Artículo 11° "Riesgos No Cubiertos" de las Condiciones Generales Comunes de esta póliza, quedan excluidas de esta cobertura:

a) Toda órtesis y prótesis cuya finalidad no sea funcional;
b) Todos aquellos elementos protésicos no incluidos específicamente en el listado adjunto por especialidad,
c) Hemodiálisis, tratamientos de fertilización artificial y contracepción

d) Cirugía estética o plástica reparadora por accidente
e) Implantes electrónicos (excepto prótesis coclear que sí está cubierta)
f) Trasplantes de tejidos u órganos
g) Tratamientos con elementos radioactivos
h) Renovaciones de prótesis preexistentes al ingreso del Asegurado.

Artículo 5: Terminación de la Cobertura
Adicionalmente a lo estipulado en las Condiciones Generales – Seguros Individuales o Colectivos–, según corresponda, la presente cobertura terminará:

a) Cuando se rescinda la presente cobertura por cualquier causa
b) Cuando el Asegurado haya percibido el total del beneficio previsto para esta cláusula, consistente en la suma asegurada máxima.
c) Cuando el Asegurado alcance la edad máxima de permanencia de esta cobertura, establecida en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Incorporación, de corresponder.

En caso de existir prima de riesgo no corrido a la fecha de terminación de la cobertura, la Aseguradora procederá a la devolución de la misma.

ANEXO DETALLANDO BENEFICIOS PREVISTOS

1.- TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

- Incluye:

1.1) Prótesis para reemplazo de cadera, total y parcial, de rodilla y de otras articulaciones menores, incluyendo el cemento si fuere necesario para su colocación.
1.2) Clavos, placas, tornillos, alambres y otros elementos de síntesis.
1.3) Prótesis para amputación.
1.4) Corset (tipo Knight, Taylor o Milwaukee) cuando sea la última alternativa terapéutica o en caso de destrucción vertebral.
1.5) Reemplazo humeral en resección oncológica cuando sea indispensable para conservar el miembro.
1.6) Tutores Externos.

- Excluye:

1.7) Arnés de Paulik
1.8) Bastones, Muletas, Sillas de Ruedas, Camas Ortopédicas, Trípodes
1.9) Elementos de tracción y reducción, taloneras, estribos, lechos.
1.10) Prótesis Odontológicas
1.11) Prótesis electrónicas o computarizadas.
1.12) Andadores y Sillas para patologías infantiles

2.- CARDIOVASCULARES

- Incluye:

2.1) Marcapasos definitivos y sus catéteres uni o bipolares
2.2) Prótesis cardíacas valvulares biológicas o mecánicas
2.3) Prótesis vasculares
2.4) Parches Intracardíacos

- Excluye:

2.5) Desfibriladores
2.6) Elementos o insumos descartables para hemodinamia o cardiocirugía
2.7) Filtros o Hemoconcentradores. Computadoras de volumen minuto.
2.8) Stent Arteriales o Expansores Vasculares mecánicos de cualquier tipo.

3.- NEUROQUIRÚRGICAS

- Incluye:

3.1) Válvulas para hidrocefalia, catéteres ventriculares, reservorios de Richman, catéteres peritoneales y arteriales, sistema de derivación de líquido cefalorraquídeo lumboperitoneal.
3.2) Clips para aneurismas.

- Excluye:

3.3) Estimuladores Epidurales
3.4) Stent Arteriales o Expansores Vasculares mecánicos de cualquier tipo.

4.- AUDITIVAS

- Incluye:

4.1) Audífonos según características audiométricas del asegurado. En caso de asegurados con trastornos de audición bilaterales se reconocerá un sólo audífono.
4.2) Prótesis cocleares.

- Excluye:

4.3) Tubos de ventilación de oído
4.4) Prótesis de oídos medio huesecillos

5.- OCULARES

- Incluye:

5.1) Lentes intraoculares y set de colocación.
5.2) Banda de silicona (para retina).
5.3) Prótesis oculares no funcionales.

- Excluye:

Lentes y anteojos de cualquier tipo salvo los arriba incluidos.

ANEXO I

SEGURO DE SALUD

EXCLUSIONES
CLÁUSULA G - COBERTURA DE REINTEGRO DE GASTOS EN CASO DE PRÓTESIS

Adicionalmente a las exclusiones establecidas en el Artículo 11º "Riesgos No Cubiertos" de las Condiciones Generales Comunes de esta póliza, quedan excluidas de esta cobertura:

a) Toda órtesis y prótesis cuya finalidad no sea funcional.
b) Todos aquellos elementos protésicos no incluidos específicamente en el listado adjunto por especialidad.
c) Hemodiálisis, tratamientos de fertilización artificial y contracepción.
d) Cirugía estética o plástica reparadora por accidente.
e) Implantes electrónicos (excepto prótesis coclear que sí está cubierta)
i) Trasplantes de tejidos u órganos
j) Tratamientos con elementos radioactivos
k) Renovaciones de prótesis preexistentes al ingreso del Asegurado.

Servicio de

Consultas médicas telefónicas

SWISS MEDICAL SEGUROS

Junto con tu seguro, recibís como beneficio adicional un **Servicio de Asistencia Médica Telefónica** (*) para poder solicitar orientación médica por llamado telefónico a profesionales de la salud (médico de guardia) los 365 días del año, desde donde estés.

El Servicio está disponible a partir de los 30 días de la fecha de emisión de tu Certificado de Cobertura.

Para utilizarlo, comunicate con tu póliza en mano, al
0810-999-7645
las 24 horas, los 365 días del año.

Podés consultar por:

- Orientación acerca de interrogantes sobre salud en general.
- Orientación sobre medicación: reacciones adversas, efectos secundarios, contraindicaciones, etc.
- Orientación materno-infantil.
- Recomendaciones dietarias generales vinculadas a trastornos médicos.
- Consultas sobre evolución de distintos tratamientos.
- Valoración de necesidad de consulta con especialistas.
- Información sobre centros médicos de la red pública y privada.
- Contacto y datos de prestadores médicos a domicilio y en consultorio.

Este servicio se brinda sin límite de requerimientos. Este beneficio no cubre la realización de diagnósticos y recetas, ni la opinión profesional respecto de diagnósticos y tratamientos indicados por profesionales ajenos a este servicio.

(*) Este servicio asistencial es una prestación adicional de algunas pólizas de Vida, Sepelio, Salud y/o Accidentes Personales de SMG LIFE Seguros de Vida S.A. Puede alcanzar al titular de la póliza únicamente, o bien al titular y su grupo familiar (cónyuge o conviviente e hijos menores de 21 años o discapacitados), según el alcance de la póliza. El servicio se prestará siempre y cuando la póliza o el certificado individual se encuentre vigente al momento de solicitar la asistencia.

LD0163 - versión 10/2020

SMG LIFE Seguros de Vida S. A.
Casa Central: Arenales 1826 (C1124AAB) C.A.B.A.
0810-222-7645
CUIT: 30-68584340-0

www.swissmedicalseguros.com

Servicio de

Asistencia médica a domicilio

SWISS MEDICAL SEGUROS

Junto con tu seguro, recibís como beneficio adicional un **Servicio de Asistencia Médica a Domicilio** (*) ante un cuadro agudo que no requiera atención inmediata. Algunos ejemplos de estos cuadros son síndromes febriles, cuadros gripales, dolor de oídos, catarros, congestión, eruptivas, resfríos comunes, etc.

El Servicio está disponible a partir de los 30 días de la fecha de emisión de tu Certificado de Cobertura.

Para solicitar la asistencia comunicate
con tu póliza en mano al
0810-999-7645
las 24 horas, los 365 días del año.

Es muy importante que contemos con tus datos personales y tu domicilio particular actualizado constantemente, ya que todas las prestaciones solicitadas se darán en la dirección declarada al momento de la contratación de la póliza.

El servicio cubre una visita médica por mes por domicilio, y hasta seis por año, para el titular o todo el grupo familiar cubierto, según el alcance de la póliza. Las visitas no son acumulativas por falta de utilización de un mes a otro.

Este beneficio no opera a través de la modalidad de reintegros, sino que se trata de una prestación. De esta manera, el uso es gratuito excepto que supere el número de visitas por mes incluidas en la cobertura. En el caso de solicitar visitas adicionales no podrás solicitar la devolución de los aranceles abonados.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA

- Todo tipo de internación.
- Terapia intensiva o unidad coronaria.
- Terapias alternativas.
- Atención de maternidad, parto, patología del embarazo.
- Tratamiento neonatal.
- Trasplantes.
- Traslados programados en ambulancias o para efectuar estudios complementarios de diagnóstico y tratamiento.
- Hemodiálisis y diálisis peritoneal.
- Prácticas en etapa experimental.
- Todo tipo de tratamientos prolongados.
- Lesiones causadas por estado de enajenación mental, en estado de ebriedad o bajo influencia de estupefacientes o alcaloides; lesiones autoprovocadas o causadas por tentativa de suicidio o por la participación en la comisión de delitos o riñas, salvo aquellos casos de legítima defensa.
- Las prácticas de diagnóstico y laboratorio.
- Rehabilitación psicomotríz y sensorial.

LD0162 - versión 10/2020

SMG LIFE Seguros de Vida S. A.
Casa Central: Arenales 1826 (C1124AAB) C.A.B.A.
0810-222-7645
CUIT: 30-68584340-0

www.swissmedicalseguros.com

Nº de inscripción en SSN
0580

Atención al asegurado
0800-666-8400

Organismo de control
www.argentina.gob.ar/ssn

SSN | SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN

Servicio de

Emergencias y urgencias médicas

SWISS MEDICAL SEGUROS

Junto con tu seguro, recibís como beneficio adicional un **Servicio de Emergencias y Urgencias Médicas** (*) que comprende la atención, el diagnóstico y las medidas y/o tratamientos preliminares de emergencia que sean necesarios. También incluye el eventual traslado hasta el sanatorio, clínica u hospital que corresponda (**).

El Servicio está disponible a partir de los 30 días de la fecha de emisión de tu certificado de Cobertura.

Para utilizarlo, comunicate con tu póliza en mano, al
0810-999-7645
las 24 horas, los 365 días del año.

Este beneficio opera como una prestación gratuita, pero no podrás presentar gastos a otros prestadores para recibir la devolución de aranceles ya abonados.

Es muy importante que contemos con tus datos personales y tu domicilio particular actualizado constantemente, ya que todas las prestaciones solicitadas se darán en la dirección declarada al momento de la contratación de la póliza.

¡No tiene límite de uso ni copagos!

SMG LIFE Seguros de Vida S. A.
Casa Central: Arenales 1826 (C1124AAB) C.A.B.A.
0810-222-7645
CUIT: 30-68584340-0

www.swissmedicalseguros.com

LD0161 - versión 10/2020

Nº de inscripción en SSN
0580

Atención al asegurado
0800-666-8400

Organismo de control
www.argentina.gob.ar/ssn

SSN | SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN

Servicio de
Urgencias odontológicas

SWISS MEDICAL
SEGUROS

Junto con tu seguro, recibís como beneficio adicional un **Servicio de Urgencias Odontológicas** (*) para cuadros de infección, dolor o trauma dental, que requieran un tratamiento inmediato.

Para solicitar la cobertura, comunicate con tu póliza en mano, al **0800-444-7645 (opción 1) las 24 horas, los 365 días del año.**

EL SERVICIO COMPRENDE:

- Examen médico, historia clínica y diagnóstico. Tope de cobertura hasta 3 veces al año con un máximo de $2.000 por evento.

- Pronóstico y plan de tratamiento.
En caso de ser necesaria la prestación de servicios profesionales dentales distintos a la atención de la emergencia dental, los gastos deberán ser cubiertos con recursos propios del Asegurado.

- Rayos X para diagnóstico.
Tope de cobertura hasta 3 veces al año con un maximo de $2.000 por evento.

- Conexión con centros odontológicos especializados para continuar con el tratamiento con su red de médicos.
También coordina la prestación en hospitales y clínicas cercanas al domicilio del Asegurado (**)

- Coordinación de entrega de medicamentos recetados al domicilio las 24 horas.
Sin tope hasta 3 veces al año. Los costos de los medicamentos y de los envíos corren por cuenta del Asegurado, siempre que la farmacia posea este servicio.

El Servicio está disponible a partir de los 30 días de la fecha de emisión de tu Certificado de Cobertura.

(*) Este servicio asistencial es una prestación adicional de algunas pólizas de Vida, Sepelio, Salud y/o Accidentes Personales de SMG LIFE Seguros de Vida S.A. Puede alcanzar al titular de la póliza únicamente, o bien al titular y su grupo familiar (cónyuge o conviviente e hijos menores de 21 años o discapacitados), según el alcance de la póliza. El servicio se prestará siempre y cuando la póliza o el certificado individual se encuentre vigente al momento de solicitar la asistencia.
(**) Sin límite hasta 3 veces al año. Swiss Medical Seguros se libera de toda responsabilidad sobre la atención que reciba el paciente en los establecimientos especializados.

SMG LIFE Seguros de Vida S. A.
Casa Central: Arenales 1826 (C1124AAB) C.A.B.A.
0800-222-7645
CUIT: 30-68584340-0

www.swissmedicalseguros.com

LD0232 - versión 06/2022

Descuento en farmacias

Seguro de Salud

Con tu Credencial Digital accedé al 40% de descuento en medicamentos en toda la red de farmacias de Swiss Medical.

Instructivo | Uso de la Credencial

Para obtener el descuento correspondiente en la compra de medicamentos debés presentar en la farmacia adherida:

- La receta emitida por tu médico.
- La Credencial Digital adjunta en el mail o también disponible en www.swissmedicalseguros.com
- Tu DNI.

Los descuentos se efectúan sobre el precio de venta al público vigente al día del expendio.

Advertencia al Asegurado:

Este beneficio es de uso personal y exclusivo del titular de la credencial, y su utilización deberá ajustarse a las condiciones de uso establecidas en este documento, así como a las condiciones del contrato principal.

Con el objetivo de evitar el uso indebido de este beneficio y/o por fuera de las condiciones establecidas en este documento, la Compañía se reserva el derecho de realizar auditorías y/o solicitar información sobre la historia clínica del asegurado, que permitan conocer las patologías que dan origen a los consumos realizados, pudiendo proceder a la baja del beneficio en caso de detectar irregularidades.

LD0210 Versión 11/2020

SWISS MEDICAL SEGUROS

SMG LIFE Seguros de Vida S.A. - CUIT 30-68584340-0 - Arenales 1826 3° Piso - (C1124AAB) - CABA, Argentina.
Tel.: (011) 4814-9900 - Departamento de atención al Cliente: 0810-222-7645 - www.swissmedicalseguros.com

Confección de recetas

Algunos requisitos que se deben tener en cuenta para presentar las recetas de farmacias:

- Nombre, apellido y número de Credencial del Asociado.
- Fecha de emisión.
- Detalle de los medicamentos.
- Cantidad de envases en números y letras en el caso que se trate de más de 1 (una) unidad, con un máximo de 2 (dos) unidades por producto.
- Firma del profesional y sello aclaratorio donde conste nombre y apellido, n° de matrícula nacional y/o provincial.

Exclusiones en farmacias

Las farmacias que se encuentran en cartilla harán el 40% de descuento en todos los medicamentos incluidos en el Manual Farmacéutico, exceptuando los detallados a continuación:

- Medicamentos y/o productos de venta libre.
- Pastas, polvos o líquidos dentífricos.
- Fórmulas especiales o artículos para limpiar o fijar dentaduras postizas.
- Colutorios.
- Jabones de todo tipo (aún los que contengan fórmulas medicamentosas).
- Callicidas.
- Cepillos de todo tipo.
- Productos de perfumería, tocador y belleza.
- Productos para la estética corporal.
- Vendas, gasas, alcohol, bolsas de goma y plástico, todo tipo de material descartable y accesorios para las curaciones.
- Mamaderas, pañales, sondas, etc.
- Champúes, lociones y/o productos que no contengan fórmula medicamentosa.
- Herboristería, homeopatía y recetas magistrales de todo tipo.
- Productos o sustancias alimenticias y dietéticas en general.
- Contrastes radiológicos y de diagnóstico.
- Leches comunes o maternizadas.
- Material radiactivo.
- Medicamentos importados no autorizados por Salud Pública.
- Anorexígenos.
- Medicamentos y/o accesorios para tratamiento de esterilidad.
- Productos que contengan ORLISTAT.
- Medicamentos para disfunción sexual masculina.
- Anestésicos.
- Antitabáquicos / parches de nicotina.
- Solventes indoloros (se aceptará su prescripción sólo acompañado del correspondiente antibiótico).
- Medicamentos que se reciban libres de costos a través de los agentes de salud públicos y/o privados, en virtud de lo establecido por la normativa vigente: Resolución 201/2002 del Ministerio de Salud - Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE) y resoluciones modificatorias.

LD0210 Versión 11/2020

SMG LIFE Seguros de Vida S.A. - CUIT 30-68584340-0 - Arenales 1826 3° Piso - (C1124AAB) - CABA, Argentina.
Tel.: (011) 4814-9900 - Departamento de atención al Cliente: 0810-222-7645 - www.swissmedicalseguros.com

Recordá que:

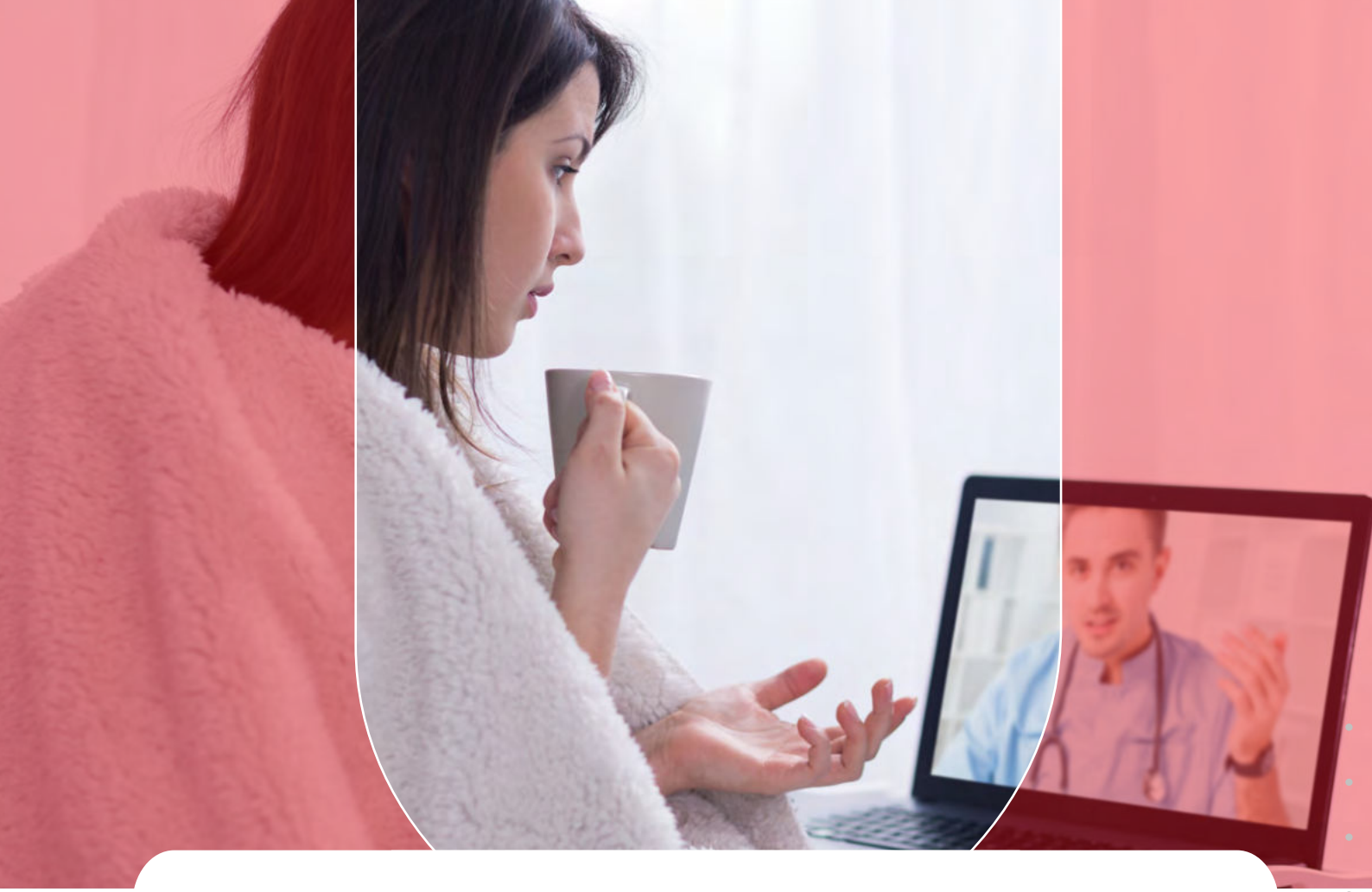
- La receta debe estar confeccionada en recetarios con membrete de la institución que te brindó asistencia, o del médico que prescribe. Los recetarios no podrán ser aquellos con publicidad médica o de medicamentos.
- Puede estar escrita por el médico que prescribe de puño y letra o bien tratarse de una receta pre-impresa, pero en ambos casos deberá contener obligatoriamente la firma y sello del médico a modo de aval. Las correcciones o enmiendas deben ser realizadas por el mismo profesional no debiéndose observar, entonces, diferencias en la letra o el color y la calidad de la tinta en el caso de las recetas de puño y letra.
- Cada receta tiene 30 días corridos de validez a partir de la fecha de prescripción.
- Las recetas por las cuales se prescriben medicamentos psicotrópicos o psicofármacos deberán extenderse por duplicado, no pudiendo presentarse fotocopias.
- Cantidad de medicamentos "distintos" por receta: hasta 3 (tres) medicamentos distintos por receta y hasta 2 (dos) envases por renglón.
- Si no se especifica el tamaño se expenderá el menor.
- Tamaño grande significa el envase siguiente al menor.

Por consultas, podés comunicarte con nuestro Centro de Atención al Cliente 0810 222 7645 de lunes a viernes de 9 a 18h

LD0210 Versión 11/2020

SWISS MEDICAL SEGUROS

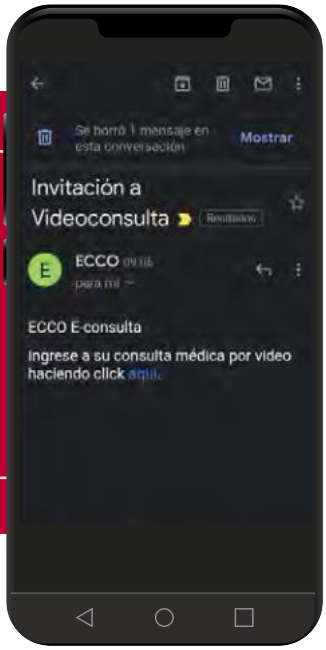
SMG LIFE Seguros de Vida S.A. - CUIT 30-68584340-0 - Arenales 1826 3° Piso - (C1124AAB) - CABA, Argentina.
Tel.: (011) 4814-9900 - Departamento de atención al Cliente: 0810-222-7645 - www.swissmedicalseguros.com



SERVICIO DE E-CONSULTA

A partir de ahora, podrás realizar tus consultas médicas sin salir de tu casa. Servicio por demanda espontánea de lunes a lunes las 24h.

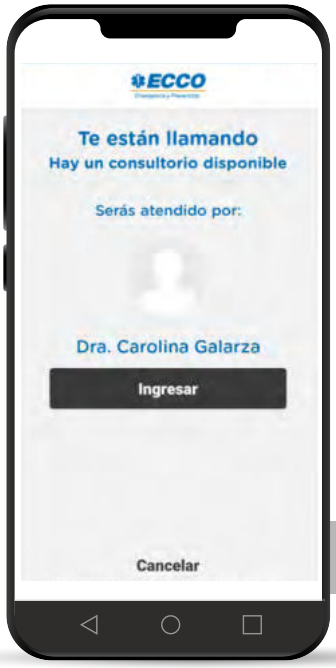
Te detallamos el paso a paso para solicitar el servicio de manera online:



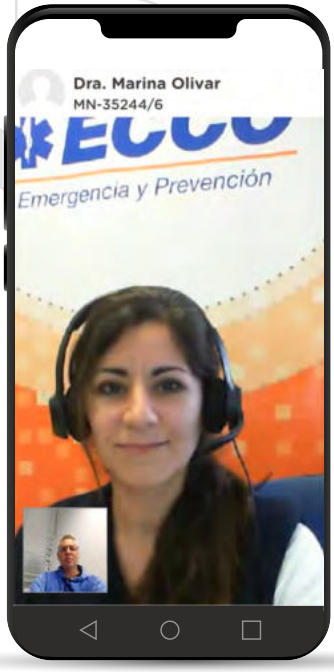
01. Cuando solicites la consulta al **0810-888-3226** te llegará a tu teléfono un SMS y un mail con el link de invitación. Podrás acceder por cualquiera de las dos vías.

02. Una vez que accedas al link deberás registrar tus datos y ***aceptar los términos y condiciones.***

03. Antes de ingresar al consultorio te aparecerá una ***sala de espera virtual.***

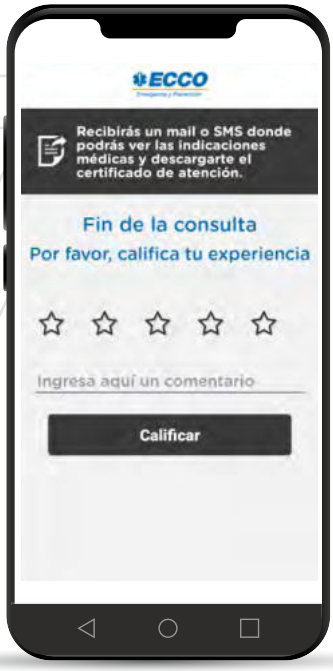


04. A la brevedad se establecerá ***el video con el profesional.***



05. Realizá tu ***consulta médica.***

06. Finalizá la consulta.



←

07. Realizá la ***calificación de la atención.***

08. Luego te llegará un mail donde encontrarás la constancia de atención y receta u orden médica, según corresponda, para descargar.

→

ECCO
Emergencia y Prevención

SWISS MEDICAL SEGUROS

LD0424 Versión 10/2020

www.swissmedicalseguros.com

SMG LIFE Seguros de Vida S.A. | CUIT 30-68584340-0 | Arenales 1826 | (C1124AAB) Buenos Aires, Argentina.

Este servicio asistencial es una prestación adicional de algunas pólizas de Vida, Sepelio, Salud y/o Accidentes Personales de SMG LIFE Seguros de Vida S.A. Puede alcanzar al titular de la póliza únicamente, o bien al titular y su grupo familiar (cónyuge o conviviente e hijos menores de 21 años o discapacitados), según el alcance de la póliza. El servicio se prestará siempre y cuando la póliza o el certificado individual se encuentre vigente al momento de solicitar la asistencia.
Swiss Medical Seguros se libera de toda responsabilidad sobre la atención que reciba el paciente en los establecimientos especializados.

Nº de inscripción en SSN 0580 | Atención al asegurado 0800-666-8400 | Organismo de control www.argentina.gob.ar/ssn | SSN SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN