

CONDICIONES GENERALES - SEGURO ACCIDENTES PERSONALES - MUERTE POR ACCIDENTE DE TRÁNSITO

Este seguro se comercializa bajo el nombre "Seguro de Vida ante Accidentes en Vía Pública".

ANEXO I – RIESGOS EXCLUIDOS

Cláusula I – RIESGOS NO CUBIERTOS

Artículo 6 - RIESGOS NO CUBIERTOS

Quedan excluidos de este seguro:

- a) Los accidentes que el asegurado provoque dolosamente o con culpa grave o el asegurado lo sufra en empresa criminal. No obstante quedan cubiertos los actos realizados para precaver el siniestro o atenuar sus consecuencias o por un deber de humanidad generalmente aceptado.
- b) Los accidentes causados por vértigo, vahídos, lipotimias, convulsiones, o parálisis y los que ocurran en estado de enajenación mental, salvo cuando tales trastornos sean consecuencia de un accidente cubierto esta póliza; o por estado de ebriedad o por estar el asegurado bajo la influencia de estupefacientes o alcaloides.
- c) Los accidentes que ocurran mientras el asegurado tome parte en carreras, ejercicios o juegos atléticos de acrobacia o que tengan por objeto pruebas de carácter excepcional, o mientras participe en viajes o excursiones a regiones o zonas inexploradas.
- d) Los accidentes derivados de la navegación aérea no realizada en líneas de transporte aéreo regular.

Cláusula II – PERSONAS NO ASEGURABLES

Artículo 7 – PERSONAS NO ASEGURABLES

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

ANEXO II – CONDICIONES GENERALES

Artículo 1 – DISPOSICIONES FUNDAMENTALES

Las partes contratantes se someten a las disposiciones de la Ley de Seguros Nro. 17418 y a las de la presente póliza. En caso de discordancia entre las Condiciones Generales y las Condiciones Específicas respecto a las Condiciones Particulares, se estará a lo que dispongan estas últimas.

Artículo 2 – VIGENCIA

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

Artículo 3 – COBERTURA

El Asegurador se compromete al pago de los beneficios estipulados en las condiciones particulares en caso del fallecimiento del asegurado como consecuencia de algún Accidente de Tránsito, en la que el Asegurado revista alguna de las siguientes calidades: i) Peatón , ii) Conductor de Vehículo Terrestre, incluyendo Motocicletas o Vehículos similares, o iii) Pasajero de Transporte Terrestre, iv) Pasajero de Transporte Público Acuático, v) Pasajero de Transporte Aéreo, en servicios de líneas aéreas regulares o de transporte aéreo público autorizado.

Artículo 4 – DEFINICION DE ACCIDENTE

A los efectos de este seguro, se entiende por accidente toda lesión corporal que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta, sufrida por el Asegurado independientemente de su voluntad, por la acción repentina y violenta de o con un agente externo.

Artículo 5 – ALCANCE DE LA COBERTURA

La cobertura se extiende al tránsito y/o permanencia del Asegurado en el extranjero, salvo en países que no mantengan relaciones diplomáticas con la República Argentina.

Artículo 6 – RIESGOS NO CUBIERTOS

Quedan excluidos de este seguro:

- a) Los accidentes que el asegurado provoque dolosamente o con culpa grave o el asegurado lo sufra en empresa criminal. No obstante quedan cubiertos los actos realizados para precaver el siniestro o atenuar sus consecuencias o por un deber de humanidad generalmente aceptado.
- b) Los accidentes causados por vértigo, vahídos, lipotimias, convulsiones, o parálisis y los que ocurran en estado de enajenación mental, salvo cuando tales trastornos sean consecuencia de un accidente cubierto esta póliza; o por estado de ebriedad o por estar el asegurado bajo la influencia de estupefacientes o alcaloides.
- c) Los accidentes que ocurran mientras el asegurado tome parte en carreras, ejercicios o juegos atléticos de acrobacia o que tengan por objeto pruebas de carácter excepcional, o mientras participe en viajes o excursiones a regiones a zonas inexploradas.

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

Artículo 7 – PERSONAS NO ASEGURABLES

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

Artículo 8 – PAGO DE LA PRIMA

Las primas del seguro, cuyo importe y periodicidad se estipulan en las Condiciones Particulares de póliza, deberán ser pagadas en las oficinas del Asegurador o en los lugares o forma convenidos a tal efecto.

Si el pago de la primera prima o de la prima única no se efectuara oportunamente, el Asegurador no será responsable por el siniestro ocurrido antes del pago.

Para las primas siguientes a la inicial, el Asegurador concede un plazo de gracia de treinta (30) días para el pago, sin recargo ni intereses, el que se contará desde las cero (0) horas del día de vencimiento de la prima. Durante dicho plazo la póliza continuara en vigor, y si dentro de él se produjera un siniestro, se deducirá de la suma a abonarse por tal concepto la prima o fracción de prima impaga vencida. Si las primas no fueran abonadas dentro del plazo de gracia, la cobertura quedara automáticamente suspendida desde las cero (0) horas del vencimiento impago, sin necesidad de interpelación judicial o extrajudicial alguna, ni constitución en mora, la que se producirá por el solo vencimiento del plazo.

Toda rehabilitación surtirá efecto desde la hora cero (0) del día siguiente a aquél en que el Asegurador reciba el pago del importe vencido.

Artículo 9 - CARGAS DEL ASEGURADOR O BENEFICIARIOS EN CASO DE ACCIDENTE

Los beneficiarios comunicarán al Asegurador el acaecimiento del siniestro dentro de los tres (3) días de conocerlo, bajo pena de perder el derecho a ser indemnizado, salvo que acredite caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.

Los beneficiarios están obligados a suministrar al Asegurador:

- a) Copia legalizada de la partida de defunción del asegurado,
- b) Certificado médico detallando las causas del accidente, a su pedido.
- c) Cuando los beneficiarios fueran los herederos, testimonio de la declaratoria de herederos dictada por el juez competente

Además se deberá suministrar la información necesaria para verificar el siniestro, la prueba instrumental en cuanto sea razonable que la suministre, constancias de intervención policial o diligencias judiciales si correspondieran, y a permitir al Asegurador las indagaciones necesarias a tales fines sin perjuicio de la información a que se refiere el párrafo anterior.

Ante el fallecimiento del Asegurado, el Asegurador se reserva el derecho de exigir la autopsia o la exhumación del cadáver para establecer las causas de la muerte, debiendo los beneficiarios

prestar su conformidad y su concurso para la obtención de las correspondientes autorizaciones para realizarlas.

La autopsia o exhumación deberá efectuarse con citación de los beneficiarios, los que podrán designar un médico para representarlos. Todos los gastos que ellas motiven serán por cuenta del Asegurador, excepto los derivados del nombramiento del médico representante de los beneficiarios.

Artículo 10 – CUMPLIMIENTO DE LA PRESTACION DEL ASEGURADOR

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

Artículo 11 – VALUACION POR PERITOS

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

Los médicos designados por las partes deberán presentar su informe dentro de los treinta (30) días y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de quince (15) días.

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

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

Artículo 12 – PLURALIDAD DE SEGUROS

Quien asegura el mismo interés y el mismo riesgo con más de un asegurador, notificará sin dilación a cada uno de ellos los demás contratos celebrados, con indicación del asegurador y de la suma asegurada, bajo pena de caducidad, salvo pacto en contrario. (Art. 67 Ley de Seguros)

En caso de siniestro, cuando no existan estipulaciones especiales en el contrato o entre los aseguradores se entiende que cada asegurador contribuye proporcionalmente el monto de su contrato, hasta la concurrencia de la indemnización debida. La liquidación de los daños se hará considerando los contratos vigentes al tiempo del siniestro. El asegurador que abona una suma mayor que la proporcionalmente a su cargo, tiene acción contra el asegurado y contra los demás aseguradores para efectuar el correspondiente reajuste.

Artículo 13 – RETICENCIA

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

condiciones, si el Asegurador hubiese sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato..

El Asegurador debe impugnar el contrato dentro de los tres meses de haber conocido la reticencia o falsedad. Cuando la reticencia no dolosa es alegada dentro del plazo citado precedentemente, el Asegurador, a su exclusivo juicio, puede anular el contrato restituyendo la prima percibida con deducción de los gastos, o reajustarla con la conformidad del Asegurado al verdadero estado del riesgo.

Si la reticencia fuese dolosa o de mala fe, el Asegurador tiene derecho a las primas de los períodos transcurridos y del período en cuyo transcurso invoque la reticencia o falsa declaración. En todos los casos, si el siniestro ocurre durante el plazo para impugnar, el Asegurador no adeuda prestación alguna.

Artículo 14 – AGRAVACION DEL RIESGO

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

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

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

No obstante, cuando la agravación provenga del cambio de la profesión o actividad del Asegurado y si de haber existido ese cambio al tiempo de la celebración, el Asegurador hubiera concluido el contrato por una prima mayor, la suma asegurada se reducirá en proporción a la prima pagada.

Artículo 15 – RESIDENCIA EN EXTRANJERO

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

Artículo 16 – REDUCCION DE LAS CONSECUENCIAS

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

Artículo 17 – DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

La designación de beneficiario se hará por escrito y es válida aunque se notifique al Asegurador después del evento previsto.

Designadas varias personas sin indicación de cuota parte, se entiende que el beneficio es por partes iguales. Cuando designe a los hijos se entiende los concebidos y los sobrevivientes al

tiempo de ocurrir el evento previsto. Cuando se designe a los herederos, se entiende a los que por Ley suceden al Asegurado, si no hubiese otorgado testamento; si lo hubiere otorgado, se tendrá por designados a los herederos instituidos. Si no se fija cuota parte, el beneficio se distribuirá conforme a las cuotas hereditarias.

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

Artículo 18 – CAMBIO DE BENEFICIARIO

El contratante podrá cambiar en cualquier momento el beneficiario designado. Para que el cambio de beneficiario surta efecto frente al Asegurador, es indispensable que éste sea debidamente notificado.

Cuando la designación sea a título oneroso y el Asegurador conozca dicha circunstancia no admitirá el cambio de beneficiario.

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

Artículo 19 – CADUCIDAD POR INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES Y CARGAS

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

Artículo 20 – RESCISION UNILATERAL

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

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

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

Artículo 21 – FACULTADES DEL PRODUCTOR O AGENTE

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

- a) Recibir propuestas de celebración y modificación de contratos de seguros.

- b) Entregar los instrumentos emitidos por el Asegurador, referentes a contratos a sus prórrogas.

Artículo 22 – DOMICILIO

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

Artículo 23 – COMPUTOS DE LOS PLAZOS

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

Artículo 24 – PRESCRIPCIÓN

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

Artículo 25 – COMPETENCIA

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

Artículo 26 – MONEDA DEL CONTRATO

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

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

CONDICIONES GENERALES ESPECÍFICAS

SEGURO COLECTIVO

Artículo 1 – DEFINICIONES

A los efectos de este seguro, se entiende por:

- **Asegurador:** Zurich Santander Seguros Argentina S.A., que asume la cobertura de los riesgos objeto de este contrato.
- **Tomador:** Es la persona física o jurídica que suscribe este contrato con el Asegurador y representa al grupo asegurado.
- **Grupo Asegurable:** Es un conjunto de personas unidas por un vínculo o interés común, previo a la contratación del seguro, pero diferente a este.
- **Asegurado:** Cada una de las personas que, perteneciendo al grupo asegurable, satisface las condiciones de adhesión al seguro, y que se identifica en el Certificado Individual de Incorporación. El conjunto de asegurados conforma el grupo asegurado.
- **Beneficiario:** Es la persona designada por el Asegurado, con derecho a recibir las indemnizaciones previstas en esta póliza.

Artículo 2: VARIACION DEL GRUPO ASEGURADO

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

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

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

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

Los ajustes de primas que correspondan con motivo de variaciones en el grupo asegurado, se calcularán a prorrata.

ANEXO III

CLAUSULA DE COBRANZA DEL PREMIO

Artículo 1: De acuerdo con la Resolución 21.600 de la Superintendencia de Seguros de la Nación, el comienzo de la vigencia de la cobertura del riesgo del presente seguro queda supeditado al pago total del premio.

En caso de haberse previsto el pago en cuotas, la primera de las cuotas contendrá el total del impuesto al valor agregado. El componente financiero se calculará de acuerdo con la tasa libre pasiva del Banco de la Nación Argentina calculado sobre el saldo de deuda.

El premio no será exigible sino contra entrega de la póliza o certificado de cobertura o endoso de cada período de facturación.

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

Artículo 2: La Compañía concede un plazo de gracia de treinta días para el pago de las primas vencidas impagas, durante el cual la póliza continuara en vigor. Si ocurriere una pérdida indemnizable durante el transcurso del plazo de gracia, el Asegurador deducirá de las prestaciones a su cargo el monto de la prima impaga.

Vencido el plazo de gracia sin que se hubiere efectuado el pago de lo adeudado, la póliza quedará automáticamente rescindida.

Artículo 3: Las disposiciones de la presente cláusula son también aplicables a los premios de los seguros de período menor de un año y a los adicionales por endosos o suplementos de la póliza. El plazo de pago no podrá exceder el de la vigencia, disminuido en treinta días.

Artículo 4: Todos los pagos que resulten de la aplicación de esta cláusula se efectuarán en las oficinas del Asegurador o en el lugar que se conviniese fehacientemente entre el mismo y el Asegurado.

Artículo 5: Aprobada la liquidación de un siniestro, el Asegurador podrá descontar de la indemnización cualquier saldo o deuda vencida de este contrato.