

XXXXXX XXXXXXXXXXXXX  
XXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXX X

(7165) Villa Gesell-Buenos Aires



3 / 26 / 100-0069267-01 / 0000 - W  
4083- SD LAVALLE

## BIENVENIDO A MAPFRE

Estimado cliente:

Queremos agradecerle la confianza que ha depositado en **MAPFRE** tras habernos elegido como su compañía de seguros.

Para su comodidad, junto con esta carta, encontrará la documentación necesaria, exigida por la legislación vigente. Lo invitamos a leerla atentamente, con especial foco en:

- Datos de su póliza.
- Coberturas y servicios adicionales incluidos en su póliza, para su mejor utilización.

Por otro lado, y como parte de nuestra política de Responsabilidad Social, hemos adoptado el formato electrónico para la distribución de las pólizas y certificados, con el fin de agilizar y facilitar su recepción. Un formato que, además de mantener nuestro compromiso con la preservación del medio ambiente, nos permite ofrecerle un historial detallado de sus renovaciones y la posibilidad de solicitar una copia en cualquier momento y de modo inmediato.

Para mayor información y ante cualquier inquietud, consulte a su Productor Asesor o comuníquese con nuestra línea de atención para clientes.

En **MAPFRE**, nuestro compromiso es satisfacer sus necesidades y expectativas como asegurado, brindándole calidad de servicio y soluciones ágiles.

Cordialmente,



Salvador Rueda Ruiz  
Gerente General  
MAPFRE Argentina

## Beneficios exclusivos para nuestros clientes

Porque conocemos el valor de su confianza, con su póliza cuenta con el respaldo y la experiencia de MAPFRE ARGENTINA.

### . Web exclusiva de Clientes / [clientes.mapfre.com.ar](https://clientes.mapfre.com.ar)

Los asegurados que cuenten con pólizas de automóviles (de facturación mensual y cuatrimestral, individuales) y Combinado Familiar y AP tendrán acceso a este sitio exclusivo a través del cual podrán ver el estado de su póliza, realizar la denuncia online de su siniestro y descargar la documentación para conservarla en formato digital o imprimirla (póliza completa, cuponera -siempre de la última refacturación-, Certificado de Mercosur y el carnet del Seguro Obligatorio del Automotor), entre otras funcionalidades.

Para acceder a la Web de Clientes de MAPFRE ingresar en [clientes.mapfre.com.ar](https://clientes.mapfre.com.ar)

### . Atención 24 horas

A través del Contact Center (0810-666-7424) y del canal de WhatsApp (+54 911 2332 0911), de lunes a viernes de 8 a 20hs, contará con atención personalizada para realizar todo tipo de consultas y denuncias de siniestros sobre **Seguros de Autos, Patrimoniales y Vida**, entre otras gestiones.

Además para solicitar asistencia al vehículo podrá comunicarse **vía WhatsApp al número: +54 9 11 6299 6922, las 24 horas** o bien a través de nuestro Contact Center

### . Póliza Electrónica MAPFRE

Como parte de nuestra política de Responsabilidad Social, hemos adoptado el formato electrónico para la distribución de las pólizas, con el fin de agilizar y facilitar su recepción. Un formato que, además de mantener nuestro compromiso con la preservación del medio ambiente, le da la posibilidad de solicitar una copia en cualquier momento y de modo inmediato a través de [clientes.mapfre.com.ar](https://clientes.mapfre.com.ar).

### . Cercanía con nuestros clientes

Con el fin de estar cerca suyo y brindarle un servicio de excelencia, estamos **presentes en todo el país a través de más de 200 oficinas**. En todas ellas recibirá atención personalizada y podrá resolver cualquier consulta, duda o inconveniente.

Además, contamos con cinco centros de inspección al automotor, denominados **ServiMAPFRE**, donde podrá realizar verificaciones a su vehículo antes de contratar el seguro o luego de ocurrido un siniestro.

### . Denuncias de siniestros

Ante la ocurrencia de un siniestro, usted debe hacer la denuncia dentro de las 72 hs de ocurrido el mismo, a través de los siguientes canales:

- De forma on line, a través de nuestra Web de Clientes desde [clientes.mapfre.com.ar](https://clientes.mapfre.com.ar)
- A través del WhatsApp: +54 911 2332 0911
- A través de nuestro Contact Center, llamando al 0810 666 7424.
- Contactando a su Productor Asesor de Seguro.
- En la oficina comercial MAPFRE más próxima a su domicilio.

Recuerde que en MAPFRE le ofrecemos las coberturas más completas del mercado. Contamos con una amplia gama de productos diseñada para satisfacer en forma integral sus necesidades y cuidar de su familia y sus bienes.

### Requisitos de identificación de nuestros clientes:

A fin de dar cumplimiento a los requisitos mínimos exigidos para su identificación, conforme lo establecido en la resolución 28/2018 de la **Unidad de Información Financiera (UIF)**, solicitamos que por favor ingrese a nuestra Web de Clientes mediante <https://clientes.mapfre.com.ar> para cumplimentar lo siguiente:

- Declaración jurada indicando si reviste la condición de **Persona Expuesta Políticamente (PEP)**.
- Indicar si es sujeto obligado en los términos de la ley 25.246 y, en su caso, dar cuenta de la declaración jurada de cumplimiento de dicha norma y a la vez adjuntar constancia de inscripción ante la **Unidad de Información Financiera**

**VIGENCIA DEL SEGURO O ENDOSO**

Desde las 12 hs del Hasta las 12 hs del

05/12/2020 05/12/2021

CASA CENTRAL: Alférez H. Bouchard 4191 (B1605BNA) - Munro - Prov. de Buenos Aires Te: 011-4320-6700 Fax: 4320-4777  
OF. COMERCIAL :xxxxxxx 999 xxxxxxx xxxx ,(1306) CAPITAL FEDERAL Te:9999-9999 Fax:4320-8641

PAGUE EN LOS LUGARES HABILITADOS CON LA CHEQUERA ADJUNTA

**CONDICIONES CUIDADO INTENSIVO CUIDADO EFECTIVO - PREMIUM**

Entre MAPFRE Argentina Seguros de Vida S.A., en adelante "La Compa a" y el "Asegurado" y el "Tomador", en su caso, luego indicados, se conviene en celebrar el presente contrato de seguro, sujeto a las Condiciones Generales, Especiales y Particulares.

TOMADOR: XXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXX D.N.I. 28325145 IVA: Consumidor Final  
DOMICILIO: XXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXX X REF.:026/0069267/000 W  
OBSERVACIONES: C.P.: 7165  
LOCALIDAD: Villa Gesell-Buenos Aires TEL.: 9999 999999

**OBJETO DEL SEGURO - RIESGOS ASUMIDOS Y SUMAS ASEGURADAS**

ACTIVIDAD.....: ABOGADOS  
AMBITO DE LA COBERTURA: MUNDIAL  
PLAN.....: PLAN INDIVIDUAL

**ANEXOS Y/O CLAUSULAS APLICABLES A LA POLIZA**

Forman parte integrante de las condiciones de la presente poliza los siguientes Anexos y/o Clausulas:

- \* EX-SA \* EX CAT-SA \* CG-SA \* CAT-SA \* CP-SA \* CP-SA CL5 \* CP-SA CL9 \* CP-SA CL3 \* CP-SA CL4 \* CP-SA CL8 \* BVM CI-SA \*

**C O N T I N U A E N A N E X O " C " A D J U N T O**

**DESGLOSE DEL PREMIO - FACTURA**

PRIMA	\$	976,60
Recargo Financiero (*)	\$	68,07
IMPUESTOS Y SELLADOS	\$	231,91
<b>*** PREMIO TOTAL</b>	<b>\$</b>	<b>1.276,58</b>
<b>(*) T.E.A.</b>	<b>%</b>	<b>16,08</b>

**PLAN DE PAGOS**

VER ANEXO ADJUNTO

- Cuando se mencionen los vocablos "ASEGURADO" o "TOMADOR" o "CONTRATANTE" se consideraran indistintamente segun corresponda.  
- Cuando el texto de la póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerara aprobada por el asegurado si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza.  
- Solamente las cláusulas y/o articulos y/o anexos que se citan forman parte integrante del presente contrato.  
- Conste que la emisión de cualquier suplemento sobre esta póliza no implica la rehabilitación de cobertura si la misma se haya suspendida por falta de pago en término, a la fecha de emisión del suplemento.  
CLAUSULAS APLICABLES: **Anexo A - Anexo R407**

Esta poliza ha sido aprobada por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION por Proveido 97.338.

4083 SD LAVALLE

La Compa a renuncia a oponer defensa relacionada con la falsedad o inexistencia de la firma segun Circular SSN N  4462.

La entidad aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado que atenderá las consultas y reclamos que presenten los tomadores de seguros, asegurados, beneficiarios y/o derechohabientes. El Servicio de Atención al Asegurado está integrado por un RESPONSABLE y un SUPLENTE, cuyos datos de contacto encontrará disponibles en la página web [www.mapfre.com.ar](http://www.mapfre.com.ar). En caso de que el reclamo 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, correo electrónico a [denuncias@ssn.gov.ar](mailto:denuncias@ssn.gov.ar) o formulario web a través de [www.argentina.gov.ar/ssn](http://www.argentina.gov.ar/ssn).

**Para consultas o reclamos, comunicarse con MAPFRE ARGENTINA SEGUROS DE VIDA S.A al 0810-666-7424**

**MAPFRE Argentina Seguros de Vida S.A.**



Salvador Rueda Ruiz  
Gerente General

La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8. del REGLAMENTO GENERAL DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA.

ANEXO "C"

HOJA: 1

SEGURO DE SALUD

POLIZA: 100-00069267-01

ENDOSO: 0

COBERTURAS	SUMA ASEGURADA	Cláusulas
INTERVENCIONES QUIRURGICAS		CG-SA
BVM 0	\$ 20.000,00	
BVM 1	\$ 10.000,00	
TRANSPLANTE DE ORGANOS		CAT-SA CP-SA CL3
MEDULA OSEA	\$ 100.000,00	
CORAZON	\$ 85.000,00	
CORAZON/PULMON	\$ 100.000,00	
HEPATICO	\$ 100.000,00	
RINON	\$ 35.000,00	
PANCREAS	\$ 85.000,00	
PULMON	\$ 85.000,00	

SECCION: SALUD

POLIZA: 100-00069267-01

ENDOSO: 0

PLAN DE PAGOS

VENCE	VENCIMIENTO	IMPORTE
	26/12/2020	\$ 106,84
	26/01/2021	\$ 106,34
	26/02/2021	\$ 106,34
	26/03/2021	\$ 106,34
	26/04/2021	\$ 106,34
	26/05/2021	\$ 106,34
	26/06/2021	\$ 106,34
	26/07/2021	\$ 106,34
	26/08/2021	\$ 106,34
	26/09/2021	\$ 106,34
	26/10/2021	\$ 106,34
	26/11/2021	\$ 106,34

SECCION : SALUD

POLIZA : 100-00069267-01

ENDOSO : 0

N O M I N A S

-----

SECCION: SALUD

POLIZA: 100-00069267-01

DETALLE A NIVEL POLIZA

ENDOSO: 0

CONDICIONES PARTICULARES DATOS COMPLEMENTARIOS
---

## EX-SA RIESGOS NO CUBIERTOS

La Compañía no indemnizará las intervenciones quirúrgicas provenientes de hechos producidos a consecuencia de:

- a. Accidentes de Trabajo, enfermedades profesionales y/o cualquier otro supuesto proveniente del ámbito cubierto por la ley N° 9.688 y sus modificatorias.
- b. Enfermedades infecto contagiosas de denuncia internacional (fiebre amarilla, peste, cólera, viruela, tifus).
- c. Aborto, en cualquiera de sus formas; alcoholismo, toxicomanía.
- d. Participación como conductor o integrante de equipo de competencias de pericia y velocidad, con vehículo mecánico de tracción a sangre, o en justas hípicas (salto de vallas o carreras con obstáculos), motociclismo, aladeltismo.
- e. Intervención en la prueba de prototipos mecánicos, aéreos, terrestres o marítimos.
- f. Práctica o utilización de la aviación, salvo como pasajero en líneas aéreas autorizadas y de frecuencia regular.
- g. Intervención en otras ascensiones aéreas o en operaciones o viajes submarinos.
- h. Actos de terrorismo, guerra civil, insurrección, huelga o tumulto popular, riña, motín, guerra que no comprenda a la Nación Argentina; en caso de comprenderla, las obligaciones de los Asegurados, como así también las de la Compañía se regirán por las normas que, en tal emergencia dictaren las autoridades competentes.
- i. Desempeño paralelo de las profesiones de acróbata, buzo, jokey, domador de fieras o potros y de tareas con manipuleo de explosivos o con exposición a radiaciones atómicas, salvo pacto en contrario.
- j. Prácticas experimentales.
- k. Hechos catastróficos producidos por la naturaleza en cualquiera de sus formas.
- l. Acontecimientos catastróficos producidos por la energía atómica.
- m. Curas de reposo, adelgazamiento, rejuvenecimiento o ayuno prolongado, tratamiento de enfermedades de cualquier tipo.
- n. Cirugía cosmética o plástica con fines no requeridos por el estado de salud, salvo la de tipo reconstructivo por Accidentes u operaciones cubiertas por esta póliza.
- o. Esterilización y procedimientos anticonceptivos, así como las consecuencias que se deriven de ellos. Tratamientos de la infertilidad, impotencia y frigidez.

SECCION: SALUD

POLIZA: 100-00069267-01

DETALLE A NIVEL POLIZA

ENDOSO: 0

CONDICIONES PARTICULARES DATOS COMPLEMENTARIOS
---

p. Tratamiento odontológico.

q. Culpa grave del Asegurado; tentativa de suicidio voluntario o no.

r. Actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por ninguna necesidad profesional, salvo en caso de tentativa de salvamiento de vidas o bienes.

EX CAT-SA CLAUSULA ADICIONAL DE TRANSPLANTE DE ÓRGANOS

La Compañía no pagará la indemnización cuando el transplante de órgano sea consecuencia de alguna de las siguientes causas:

a. Tentativa de suicidio voluntario del Asegurado.

b. Si es provocada deliberadamente por acto ilícito del Contratante del presente seguro, excepto que el pago de la prima este 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.

d. Acto de guerra civil o internacional, guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo.

e. Abuso del alcohol, drogas, estupefacientes, narcóticos o estimulantes.

f. Someterse a intervenciones médicas o quirúrgicas ilícitas; tratamientos no autorizados legalmente o de carácter experimental o realizados en instituciones o por personal legalmente no habilitado teniendo conocimiento de tal circunstancia.

g. Por la práctica o el uso de la navegación aérea, salvo como pasajero en líneas regulares, o por otras ascensiones aéreas, aladeltismo o parapente.

h. Por la participación en viajes o excursiones a zonas o regiones inexploradas o prácticas deportivas submarinas o subacuáticas o escalamiento de montaña.

i. Competir en pruebas de pericia y/o velocidad con vehículos mecánicos o de tracción a sangre o en justas hípicas, o cualquier otra prueba análoga.

j. Intervenir en pruebas de prototipos de aviones, automóviles y otros vehículos de propulsión mecánica.

k. Desempeño paralelo de las profesiones de acróbata, buzo, jockey y domador de potros o fieras y/o la práctica de deportes o actividades peligrosas como alpinismo, andinismo, esquí acuático o de montaña, motonáutica u otras actividades análogas y manipuleo de explosivos y/o armas o con exposición a radiaciones atómicas, salvo pacto en contrario.

SECCION: SALUD

POLIZA: 100-00069267-01

DETALLE A NIVEL POLIZA

ENDOSO: 0

CONDICIONES PARTICULARES DATOS COMPLEMENTARIOS
---

- l. Acontecimientos catastróficos originados por reacciones o Accidentes nucleares; químicos, biológicos o bacteriológicos y/o fenómenos naturales epidemias o pestes.
- m. Acontecimientos catastróficos tales como terremotos, inundaciones, aluviones, maremotos, erupciones volcánicas y huracanes.
- n. Actos notoriamente peligrosos que no están justificados por ninguna necesidad profesional, salvo en caso de salvar vidas o bienes.
- o. Accidentes derivados del uso de motonetas, motocicletas, motos o similares vehículos.
- p. Inhalaciones de gases o envenenamientos de cualquier naturaleza.
- q. No se cubrirán enfermedades preexistentes a la fecha de vigencia del contrato que sean causa de un diagnóstico de trasplante futuro.
- r. Ningún pago se hará efectivo bajo este seguro si la necesidad de un trasplante ha sido diagnosticada durante un período de 120 días desde la fecha de comienzo del seguro.
- s. Se excluyen trasplantes de médula ósea secundarios a aplasias medulares provocados por tratamientos oncológicos que requieran autotrasplante de células medulares. Solo están incluidos los trasplantes de médula ósea como consecuencia de patologías primarias de la misma.
- t. Quedan excluidas del beneficio aquellas personas que, a su ingreso o reingreso al seguro estén con indicación formal de trasplante de órganos en tratamientos oncológicos de cualquier naturaleza o en hemodiálisis crónica en cualquiera de sus formas, u se encuentre en lista de espera del I.N.C.U.C.A.I.
- u. Quedan expresamente excluidas todo tipo de homologación u operaciones que no sean los trasplantes de órganos humanos estipulados, como todo trámite referido directa o indirectamente a la provisión de órganos.
- v. Se excluyen trasplantes de órganos transgénicos, animales, mecánicos o transitorios.

Los trasplantes deberán ser realizados en establecimientos de la República Argentina, debidamente autorizados a tal fin por la autoridad nacional competente, y por profesionales habilitados para tal fin, quedando excluida cualquier indemnización por trasplantes que no cumpla con estos requisitos.

CG-SA CONDICIONES GENERALES

## ARTICULO 1º DISPOSICIONES FUNDAMENTALES

1. Las partes contratantes se someten a las disposiciones de la Ley de Seguros (Nro. 17.418) y a las de la presente Póliza que complementan o modifican, cuando ello es admisible. En caso de no coincidir las Condiciones Generales con las Particulares, predominarán estas últimas.
2. Esta póliza ha sido extendida por la Compañía sobre la base de las declaraciones suscriptas por el Contratante o los Asegurados Principales en sus respectivas solicitudes. Toda falsa declaración o reticencia

SECCION: SALUD

POLIZA: 100-00069267-01

DETALLE A NIVEL POLIZA

ENDOSO: 0

CONDICIONES PARTICULARES DATOS COMPLEMENTARIOS
---

de circunstancias conocidas por el Contratante o por los Asegurados Principales, aún hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubieran impedido el contrato o la aceptación de los seguros individuales, o habría modificado las condiciones de los mismos, si la Compañía hubiese sido cerciorada del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato o los certificados individuales de los Asegurados, según el caso.

3. Esta Póliza adquiere fuerza legal desde las cero (0) horas del día fijado como comienzo de su vigencia y por el período de un año; siendo renovable automáticamente, salvo pacto en contrario.

#### ARTICULO 2° DEFINICIONES

Se entiende por:

##### 1. ASEGURADO TITULAR O PRINCIPAL:

- a. A los empleados del Contratante, cuando se trate de una póliza colectiva cerrada, comprendiendo a los empleados, obreros, dueños, socios y directores de la Empresa o adherentes vinculados.
- b. También serán Asegurados Titulares o Principales quienes formen parte de una póliza, denominada en adelante para participantes de sistemas agrupados, con no menos de 25 miembros, unidos por un interés común y habiendo aprobado los requisitos de selección determinados por el Asegurador y que a la fecha de vigencia no hubieran superado la edad de sesenta y cinco (65) años.
- c. Asegurados individuales para los que registrarán las mismas condiciones.

##### 2. ASEGURADO FAMILIAR:

A los miembros, primarios de la familia del Asegurado Titular o Principal.

##### 3. MIEMBROS DE LA FAMILIA:

- a. Al cónyuge legal que conviva con el Asegurado Principal.
- b. A los hijos, matrimoniales o extramatrimoniales reconocidos, del Asegurado principal, y a los hijos adoptivos del Asegurado principal, siempre y cuando dichos hijos sean solteros, no emancipados, tengan más de 9 días y menos de 18 años de edad y compartan el hogar del Asegurado principal. Excepcionalmente podrá aceptarse en calidad de cónyuge, a la persona que conviva con el Asegurado Titular, según lo define la Ley en estos casos, sin vínculo legal. Asimismo, en el caso de los Cónyuges éstos podrán incorporarse a los Beneficios de la póliza hasta la edad máxima de sesenta y cinco (65) años.

##### 4. ASEGURADO:

A los Asegurados Titulares y a los Asegurados Familiares.

#### ARTICULO 3° PERSONAS ASEGURABLES

- a. Se consideran asegurables a la fecha de emisión de esta póliza a todos aquellos empleados del Contratante y/o participantes de sistemas agrupados o Asegurados Individuales que se encuentren en servicio activo.
- b. Los empleados del Contratante y/o participantes de sistemas agrupados que a la fecha de emisión no se encuentren en servicio activo, serán Asegurados a partir de la fecha en que reanuden su trabajo, previo cumplimiento de requisitos de selección que determine el Asegurador para su aceptación.

SECCION: SALUD

POLIZA: 100-00069267-01

DETALLE A NIVEL POLIZA

ENDOSO: 0

CONDICIONES PARTICULARES DATOS COMPLEMENTARIOS
---

c. Los empleados que en el futuro ingresen al servicio del Contratante, serán asegurables desde el mismo día de su incorporación efectiva.

En los casos de incorporaciones de participantes de sistemas agrupados, los mismos serán asegurables desde el momento que cumplan los requisitos fijados por el Asegurador para esos casos.

d. Se entiende por servicio activo el desempeño normal de las tareas al servicio del Contratante por las personas que figuren en el listado del personal activo. Para los casos de participantes de sistemas agrupados será el hecho de estar desarrollando normalmente, sus tareas habituales, profesionales, comerciales, o técnicas, igual criterio se aplicará para los casos de Asegurados Individuales.

#### ARTICULO 4° OPCIÓN DE CONTINUIDAD EN EL SEGURO

1. Los Asegurados incorporados en la Póliza antes de haber cumplido los dieciocho (18) años de edad, podrán continuar en la misma después de haber cumplido dicha edad, suscribiendo una nueva póliza, sin plazo de espera y abonando la prima correspondiente a Asegurado Titular.

2. Cuando la caducidad de la cobertura, en el seguro de los hijos, se produzca a consecuencia de independencia económica o por contraer enlace matrimonial, estos tendrán derecho a suscribir una nueva póliza, sin plazo de espera para sí, abonando la prima correspondiente al nuevo estado civil.

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

En todos los casos, las opciones tendrán validez, únicamente, si la prima correspondiente es abonada dentro de los treinta y un (31) días posteriores a la vigencia del nuevo seguro.

#### ARTICULO 5° FORMA Y PLAZO PARA SOLICITAR EL SEGURO INDIVIDUAL

1. Todo empleado asegurable que desee incorporarse a esta póliza, deberá solicitarlo, por escrito, a través de formularios individuales que para tales efectos proveerá la Compañía dentro de los plazos que para cada grupo se fijarán. El mismo criterio se aplicará para los casos de sistemas agrupados de Asegurados o Asegurados individuales.

2. Transcurrido el plazo fijado en el inciso anterior, los empleados sólo podrán incorporarse a esta póliza durante los períodos que, de común acuerdo establezca el Contratante y/o el Administrador de los participantes del sistema agrupado con la Compañía.

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

Esta disposición será aplicable a los participantes de sistemas agrupados o Asegurados Individuales.

#### ARTICULO 6° FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA DE CADA SEGURO INDIVIDUAL

1. El seguro de cada asegurable que hubiera solicitado su incorporación, y esta haya sido aprobada por la Compañía, comenzará a regir desde las cero (0) horas del día fijado como comienzo de vigencia en su Certificado o póliza según corresponda.

SECCION: SALUD  
 DETALLE A NIVEL POLIZA

POLIZA: 100-00069267-01  
 ENDOSO: 0

CONDICIONES PARTICULARES  
 DATOS COMPLEMENTARIOS

2. El seguro de los asegurables que soliciten su incorporación a esta póliza con posterioridad al momento de su vigencia inicial, registrará a partir de la cero (0) horas del día fijado en su Certificado de incorporación al seguro.

3. Los nuevos miembros del grupo familiar, por matrimonio o nacimiento, quedarán automáticamente incorporados al seguro desde la fecha de enlace, en el primer caso, y desde la fecha en que cumplan nueve (9) días o desde la fecha en que la criatura abandone el establecimiento asistencial y/o Maternidad, según la que sea posterior, en el segundo caso.

ARTICULO 7° CANTIDAD MÍNIMA DE ASEGURADOS TITULARES Y PORCENTAJE MÍNIMO DE ADHESIÓN

1. Es requisito primordial para que este seguro pueda mantenerse en vigencia, en las condiciones pactadas en materia de beneficios máximos Asegurados y tarifa de primas, que tanto la cantidad de Asegurados Titulares 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.

2. 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 aplicadas. La Compañía notificará su decisión al Contratante o a los integrantes de sistemas agrupados con una anticipación mínima de treinta y un (31) días.

ARTICULO 8° ESCALA DE BENEFICIOS ASEGURADOS

1. Las coberturas previstas en esta póliza darán lugar a indemnizaciones por intervención quirúrgica a que deba someterse el Asegurado, originadas por enfermedad o Accidente durante la vigencia de la póliza y una vez transcurrido los Plazos de Espera especificados más adelante, cualquiera sea el lugar o país en que éstas ocurran.

2. La suma a indemnizar para cada cirugía será la que corresponda a la cirugía o cirugías ejecutadas cuyos valores figuren en el Listado de Beneficios Valorizados Modulados.

ARTICULO 9° ELECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL

1. La elección del Establecimiento Asistencial (Sanatorio, Hospital, Clínica Instituto, Policlínico etc.) quedará librada a la voluntad del Asegurado; se requerirá que dichos establecimientos y sus profesionales se hallen legalmente autorizados, posean servicio de atención al paciente durante las veinticuatro (24) horas del día y estén equipados para cirugía menor y mayor.

2. Siendo este un seguro de reembolso económico la Compañía no asume responsabilidad alguna por daños y perjuicios producidos por todos y cada uno de los intervinientes con motivo de la o las intervenciones quirúrgicas a las que debiera someterse el Asegurado

ARTICULO 10° PRIMAS

1. El importe de las primas a pagar por el Contratante o el Administrador de Sistemas Agrupados resultará de sumar las primas individuales, insertas en las Condiciones Particulares de esta póliza que correspondan de acuerdo con el grupo y categoría de los Asegurados Titulares o Principales.

Las primas individuales podrán ser ajustadas en cada aniversario de póliza o en cualquier momento si las

SECCION: SALUD

POLIZA: 100-00069267-01

DETALLE A NIVEL POLIZA

ENDOSO: 0

CONDICIONES PARTICULARES DATOS COMPLEMENTARIOS
---

mismas no hubieren sufrido modificaciones durante los doce meses anteriores. La Compañía comunicará por escrito al Contratante o Administrador las nuevas primas, con una anticipación no menor a treinta y un (31) días de la fecha en que las mismas comiencen a regir.

**ARTICULO 11° PAGO DE LAS PRIMAS**

1. Las primas deberán ser abonadas por el Contratante o Administrador por adelantado, en las oficinas de la Compañía, en sus Agencias Oficiales, en los Bancos que la misma determine o en el domicilio de Corresponsales debidamente autorizados por ella para dicho fin, igual criterio se aplicará para los Asegurados Individuales.

**ARTICULO 12° PLAZO DE GRACIA**

1. 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.

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

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

4. 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.

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

**ARTICULO 13° FALTA DE PAGO DE LAS PRIMAS**

Si cualquier prima no fuere abonada dentro del plazo de gracia, esta póliza caducará automáticamente, pero el Contratante, Administrador o Asegurado Individual, según fuere, 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 recepción, por parte de la Compañía, de tal solicitud.

**ARTICULO 14° INDEMNIZACIONES**

El Asegurado tendrá derecho a indemnización por intervenciones quirúrgicas en los siguientes casos:

- Por accidente ocurrido después de la fecha de inicio de vigencia de la Póliza o del Certificado correspondiente o de la rehabilitación o de su inclusión en la misma.
- Enfermedad contraída u originada después de sesenta (60) días de la fecha de vigencia o rehabilitación o su inclusión en la póliza, siempre que la resolución de la misma sea quirúrgica.

Los Beneficios especificados en el ART. 8 de estas Condiciones Generales, podrán utilizarse durante cada año póliza, tantas veces como sea necesario por enfermedades o Accidentes diferentes cubiertos por esta póliza,

SECCION: SALUD

POLIZA: 100-00069267-01

DETALLE A NIVEL POLIZA

ENDOSO: 0

CONDICIONES PARTICULARES DATOS COMPLEMENTARIOS
---

siempre que la intervenci3n quir3rgica sea ordenada o efectuada por un m3dico legalmente habilitado. Si en el curso de una intervenci3n quir3rgica se efectuaren dos o m3s operaciones por una o varias v3as, se indemnizar3 como m3ximo, hasta el cien por ciento (100 %) del m3dulo de mayor valor y el cincuenta por ciento (50 %) del mayor m3dulo correspondiente a las dem3s. Si una operaci3n se hubiese podido efectuar durante el curso de una intervenci3n quir3rgica inicial, y no se efectuase antes de transcurridos treinta (30) d3as desde la fecha de dicha intervenci3n, no estar3 cubierta por esta P3liza, salvo que comprobadas complicaciones de salud la hiciesen necesaria. Si un tratamiento quir3rgico se efectuase mediante intervenciones repetidas por programaci3n o secuelas, 3stas ser3n consideradas como una s3la a efectos de la indemnizaci3n.

Las indemnizaciones a que hubiere lugar ser3n abonadas al Asegurado o en caso de fallecimiento de 3ste a sus Herederos Legales o Beneficiarios designados.

Toda indemnizaci3n o indemnizaciones a las cuales tenga derecho el Asegurado se efectuar3n de acuerdo a las sumas aseguradas previstas en la Tabla de Beneficios Valorizados Modulados seg3n diagn3stico y hasta los valores que para dichas intervenciones correspondieren.

La Compa1a abonar3 las indemnizaciones en moneda de curso legal salvo pacto en contrario, en cuyo caso se ajustar3 a las normas que para el pago en moneda extranjera rijan en el momento de la liquidaci3n de cualquier indemnizaci3n.

Para el pago de indemnizaciones por intervenciones quir3rgicas efectuadas fuera del territorio nacional se aplicar3n las disposiciones que, para tal efecto, se encuentren en vigencia en el momento de efectuarse el mismo.

#### ARTICULO 15° CERTIFICADOS INDIVIDUALES

La Compa1a proporcionar3 a cada Asegurado Titular un certificado individual en el que se establecen los derechos y obligaciones de las partes, as3 como tambi3n los beneficios que otorga la presente p3liza y la fecha de entrada en vigor del mismo.

#### ARTICULO 16° RESCISI3N DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL

No obstante las rescisiones previstas en estas Condiciones Generales, 3stos podr3n quedar caducados por los siguientes casos:

- a. Por renuncia del Asegurado Titular a continuar en el seguro.
- b. Por cesant3a o retiro voluntario u obligatorio del empleo, en los casos que el Asegurado Titular integre una p3liza contratada a trav3s de su empleador.
- c. Por rescisi3n o caducidad de la p3liza.
- d. Al finalizar el a1o de vigencia de la p3liza en el cual el Asegurado Titular o C3nyuge cumpla la edad de sesenta y cinco (65) a1os o, en caso del Asegurado familiar dieciocho (18) a1os o contriga matrimonio no siendo Asegurado Titular.
- e. Por la comprobaci3n de errores, simulaciones o fraudes referentes a un Asegurado o relacionado con sus reclamos de beneficios, si as3 lo decidiere la Compa1a.
- f. Para los Asegurados Familiares, cuando pierden su condici3n de Miembros de Familia seg3n se define en la parte correspondiente de estas Condiciones Generales.

SECCION: SALUD

POLIZA: 100-00069267-01

DETALLE A NIVEL POLIZA

ENDOSO: 0

CONDICIONES PARTICULARES DATOS COMPLEMENTARIOS
---

En todos los casos la rescisión o caducidad del seguro individual del Asegurado Titular significará la terminación del seguro para los Asegurados Familiares que se encuentren dentro de dicho Certificado. En cualquier caso de rescisión o caducidad de la póliza, caducarán simultáneamente todos los seguros individuales cubiertos por ella, salvo las obligaciones pendientes a cargo de la Compañía.

**ARTICULO 17° RESIDENCIA Y VIAJES - RIESGOS NO CUBIERTOS**

1. Los Asegurados están cubiertos por esta Póliza sin restricciones en cuanto a residencia y viajes que pueden realizar, dentro o fuera del país.
2. La Compañía no indemnizará las intervenciones quirúrgicas provenientes de hechos producidos a consecuencia de :
  - a. Accidentes de Trabajo, enfermedades profesionales y/o cualquier otro supuesto proveniente del ámbito cubierto por la ley N° 9.688 y sus modificatorias.
  - b. Enfermedades infecto contagiosas de denuncia internacional (fiebre amarilla, peste, cólera, viruela, tifus).
  - c. Aborto, en cualquiera de sus formas; alcoholismo, toxicomanía.
  - d. Participación como conductor o integrante de equipo de competencias de pericia y velocidad, con vehículo mecánico o de tracción a sangre, o en justas hípicas (salto de vallas o carreras con obstáculos), motociclismo , aladeltismo.
  - e. Intervención en la prueba de prototipos mecánicos, aéreos, terrestres o marítimos.
  - f. Práctica o utilización de la aviación, salvo como pasajero en líneas aéreas autorizadas y de frecuencia regular.
  - g. Intervención en otras ascensiones aéreas o en operaciones o viajes submarinos.
  - h. Actos de terrorismo, guerra civil, insurrección, huelga o tumulto popular, riña, motín, guerra que no comprenda a la Nación Argentina; en caso de comprenderla, las obligaciones de los Asegurados, como así también las de la Compañía se regirán por las normas que, en tal emergencia dictaren las autoridades competentes.
  - i. Desempeño paralelo de las profesiones de acróbata, buzo, jokey, domador de fieras o potros y de tareas con manipuleo de explosivos o con exposición a radiaciones atómicas, salvo pacto en contrario.
  - j. Prácticas experimentales.
  - k. Hechos catastróficos producidos por la naturaleza en cualquiera de sus formas.
    1. Acontecimientos catastróficos producidos por la energía atómica.
  - m. Curas de reposo, adelgazamiento, rejuvenecimiento o ayuno prolongado, tratamiento de enfermedades de

SECCION: SALUD

POLIZA: 100-00069267-01

DETALLE A NIVEL POLIZA

ENDOSO: 0

CONDICIONES PARTICULARES  
DATOS COMPLEMENTARIOS

cualquier tipo.

- n. Cirugía cosmética o plástica con fines no requeridos por el estado de salud, salvo la de tipo reconstructivo por Accidentes u operaciones cubiertas por esta Póliza.
- o. Esterilización y procedimientos anticonceptivos, así como las consecuencias que se deriven de ellos. Tratamientos de la infertilidad, impotencia y frigidez.
- p. Tratamiento odontológico.
- q. Culpa grave del Asegurado; tentativa de suicidio voluntario o no.
- r. Actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por ninguna necesidad profesional, salvo en caso de tentativa de salvamiento de vidas o bienes.

ARTICULO 18° PAGO DE LAS INDEMNIZACIONES

Las indemnizaciones a que hubiere lugar por la presente póliza, se abonarán en base a 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 ser efectiva la indemnización correspondiente, el Asegurado Titular deberá formular su derecho por escrito, adjuntando los recaudos señalados y dentro de los (15) días posteriores a la terminación de la intervención quirúrgica, en los formularios provistos por la Compañía.

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

El Asegurado 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 incorporado para tales efectos.

El no cumplimiento de cualquiera de las disposiciones descriptas más arriba harán perder el derecho a la indemnización.

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

ARTICULO 19° MODIFICACIONES O ACTUALIZACIONES DE COBERTURAS

En cada renovación de la póliza, los beneficios cubiertos en la misma como los valores especificados en el Listado de Beneficios Valorizados Modulados como así también las primas correspondientes, de no existir impedimentos legales variarán automáticamente en la misma proporción que lo haya hecho el índice de incremento de los servicios cubiertos por esta Póliza, correspondientes a los últimos doce (12) meses disponibles desde la vigencia de la póliza o de su última renovación.

La Compañía informará al Contratante, Administrador o Asegurado Individual las nuevas condiciones con una anticipación no menor de treinta y un (31) días.

Si después de la vigencia inicial de la Póliza o el ajuste automático previsto en este artículo se acordara un aumento en el monto de las coberturas aseguradas o alguna extensión de coberturas del seguro de las personas inscriptas o que se inscriben en él, tales aumentos o extensiones estarán sujetas a los plazos de espera; salvo pacto en contrario.

ARTICULO 20° REHABILITACIÓN

SECCION: SALUD

POLIZA: 100-00069267-01

DETALLE A NIVEL POLIZA

ENDOSO: 0

CONDICIONES PARTICULARES DATOS COMPLEMENTARIOS
---

Cuando esta Póliza se encuentre caducada por falta de pago de primas a la fecha de su exigibilidad podrá ser rehabilitada previo pago de la o las cuotas pendientes y sus integrantes presenten, a juicio de la Compañía pruebas satisfactorias de asegurabilidad, y cumplan con los plazos de espera determinados en las presentes

**ARTICULO 21° RESCISIÓN DE LA POLIZA**

Sin perjuicio de las demás causales de rescisión y caducidad ya previstas, esta Póliza podrá ser rescindida tanto por el Contratante o Administrador o Asegurado Individual como por la Compañía, previo aviso por escrito remitido con una anticipación no menor de treinta y un (31) días a cualquier vencimiento. Producida la rescisión, la Compañía continuará cubriendo aquellos casos que hayan sido denunciados, fehacientemente, durante la vigencia de esta póliza.

**ARTICULO 22° CESIONES**

Los derechos emergentes de esta Póliza y los Certificados respectivos no pueden ser transferidos a favor de Establecimientos Asistenciales o Médicos, ni a ninguna otra persona.  
 Las indemnizaciones sólo se abonarán a los Asegurados o a sus Herederos Legales en el caso del fallecimiento del Asegurado.

**ARTICULO 23° ARBITRAJE**

Si entre el Asegurado Titular y la Compañía surgiere alguna controversia en cuanto a la interpretación de los términos y condiciones de esta póliza, así como en evaluación o liquidación de cualquier indemnización o módulo, dicha controversia se deberá someter a un Tribunal Profesional elegido por las partes, compuesto de dos miembros elegidos uno por cada parte los cuales deberán producir dictámen dentro de un período no mayor de sesenta días contados del momento de la aceptación a formar parte del Tribunal.  
 De no llegar a acuerdo alguno ellos designarán un tercer miembro para dictaminar sobre el diferendo; dicho miembro deberá elevar, dentro de los treinta (30) días, como amigable componedor, un informe sobre el caso y sus conclusiones serán inapelables.

**ARTICULO 24° DUPLICADOS DE POLIZA O DE CERTIFICADO**

1. En caso de robo, pérdida o destrucción de la Póliza o de cualquier Certificado Individual, el Contratante, Administrador o Asegurado principal respectivamente, podrán obtener su sustitución por un duplicado. Las modificaciones o suplementos que se incluyen en el duplicado serán los únicos válidos.

**ARTICULO 25° IMPUESTOS, TASAS Y CONTRIBUCIONES**

Los impuestos, tasas y contribuciones de cualquier índole y jurisdicción creadas o a crearse en el futuro o los aumentos de los ya existentes, estarán a cargo del Contratante, Administrador o Asegurados Titulares, según el caso, salvo cuando la ley los declare expresamente a cargo exclusivo de la Compañía.

**ARTICULO 26° FACULTADES DEL PRODUCTOR O AGENTE**

El Productor o Agente de Seguros cualquiera sea su vinculación con la Compañía, autorizado por ésta para la mediación, sólo está facultado con respecto a las operaciones en las cuales interviene, para:

SECCION: SALUD

POLIZA: 100-00069267-01

DETALLE A NIVEL POLIZA

ENDOSO: 0

CONDICIONES PARTICULARES DATOS COMPLEMENTARIOS
---

- a. Recibir propuestas de celebración y modificación de contratos de seguros.
- b. Entregar los instrumentos emitidos por la Compañía, referentes a contratos a sus prórrogas.
- c. Aceptar el pago de la prima si se halla en posesión de un recibo oficial de pago de la Compañía.

**ARTICULO 27° DOMICILIO**

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

**ARTICULO 28° JURISDICCIÓN**

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

**CAT-SA COBERTURA ADICIONAL DE TRANSPLANTES**
**1. RIESGO CUBIERTO**

La Compañía concederá el beneficio que acuerda esta cláusula cuando el Asegurado deba ser sometido a un transplante de los siguientes órganos:

- a. Transplante de Médula Ósea.
- b. Transplante de Corazón.
- c. Transplante de Corazón Pulmón.
- d. Transplante Hepático.
- e. Transplante de Riñón.
- f. Transplante de Páncreas y siempre que la necesidad de efectuar el transplante de órganos humanos se haya prescripto en la forma establecida en la presente cláusula, ciento veinte (120) días a partir de la fecha de inicio de vigencia de su Certificado Individual y antes que el Asegurado haya cumplido sesenta y cinco (65) años de edad o veintiún (21) años de edad, cuando se trate de hijos menores solteros del Asegurado.
- g. Transplante de Pulmón

El Certificado Individual debe estar en vigencia ininterrumpidamente durante el período de carencia de cien o veinte (120) días, el que deberá cumplirse cada vez que se ingrese al seguro, independientemente de que el Asegurado lo hubiese cumplido en un ingreso anterior; siempre que dicho seguro haya estado interrumpido en su vigencia por un período mayor a seis (6) meses.

**2. BENEFICIO**

SECCION: SALUD

POLIZA: 100-00069267-01

DETALLE A NIVEL POLIZA

ENDOSO: 0

CONDICIONES PARTICULARES DATOS COMPLEMENTARIOS
---

La Compañía comprobada la necesidad de efectuar el transplante de órganos, abonará al Asegurado, dentro del plazo estipulado en el Artículo 49°, 2° párrafo de la Ley N° 17.418 los siguientes importes indicados en las Condiciones Particulares.

### 3. CÁRACTER DEL BENEFICIO

El beneficio que otorga la presente cláusula es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la póliza. Para cualquier solicitud de indemnización por transplante indicado en el presente contrato es condición ineludible e indispensable haberlo comunicado previamente al I.N.C.U.C.A.I. o cualquier otro organismo que en el futuro lo reemplace.

Es indispensable, asimismo, que se cumplan en todas sus partes, las disposiciones de la Ley de Transplantes de Órganos.

### 4. DEFINICIONES

Los beneficios previstos en el punto 2) de la presente cláusula regirán para cada transplante de órgano, siempre que se cumplan las siguientes condiciones:

- Que la patología que afecte al órgano a transplantar sea de carácter irreversible y total.
- Que el transplante de órgano sea el único recurso terapéutico para la recuperación de su función.

### 5. FORMA Y PLAZO PARA LA SOLICITUD DE LA CLAÚSULA

Además de los requisitos que debe cumplir el Asegurado para ingresar al seguro y que constan en las Condiciones Generales de la póliza, para ingresar a esta cláusula la Compañía puede solicitar un examen médico, cuyos costos estarán a su propio cargo, el cual deberá ser efectuado dentro de los 15 días de su solicitud. En el caso de que la póliza contemple la incorporación de los cónyuges o de los cónyuges y los hijos, el ingreso de los mismos a la presente cláusula será en el mismo momento y estará sujeto a los mismos requisitos establecidos para su ingreso en los respectivos seguros adicionales de cónyuges y cónyuges e hijos, sin perjuicio del período de carencia que en todos los casos deben cumplir una vez incorporados a la presente cláusula.

### 6. INVESTIGACIONES Y REVISACIÓN DE LOS ASEGURADOS

- a. La Compañía podrá hacer revisar al Asegurado por facultativos designados por ella durante su internación o en su domicilio particular, o citarlo al consultorio de aquella para comprobar la procedencia de la reclamación de los beneficios. Asimismo, podrá investigar en los Institutos Asistenciales y solicitar información a los médicos que hayan asistido al Asegurado. En general, podrá adoptar todas las medidas tendientes a comprobar y controlar las informaciones recibidas, así como esclarecer presuntos errores, simulaciones o fraudes.
- b. Si cualquier información referente a un Asegurado o relacionada con su internación fuera errónea, simulada o fraudulenta, hará perder al Asegurado todo derecho a reembolso, sin perjuicio de que la Compañía inicie contra los responsables las acciones legales que correspondieren.

### 7. VALUACIÓN POR PERITOS

SECCION: SALUD

POLIZA: 100-00069267-01

DETALLE A NIVEL POLIZA

ENDOSO: 0

CONDICIONES PARTICULARES DATOS COMPLEMENTARIOS
---

Si no hubiere acuerdo entre las partes, la existencia o persistencia, carácter y grado de la enfermedad serán determinadas por 2 médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los ocho 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 días y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de quince días.

Si una de las partes omitiera 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 párrafo anterior, la parte más diligente previa intimación a la otra, procederá a su designación.

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

#### 8. DENUNCIAS Y DECLARACIONES

- a. El Asegurado o el Contratante deberán informar directamente a la Compañía cualquier diagnóstico acerca de la necesidad de un trasplante de órganos dentro de los 5 días corridos de haber sido notificados del mismo, siempre que no existieren razones de fuerza mayor que lo impidieren. Dicho diagnóstico deberá ser confirmado mediante evidencias clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio, efectuado y certificado por un profesional médico autorizado legalmente para el ejercicio de la profesión.
- b. El Contratante y el Asegurado se comprometen a suministrar a la Compañía, en cuanto sea razonable, todas las informaciones necesarias para el fiel cumplimiento de esta cláusula.
- c. El Asegurado pierde el derecho a ser indemnizado si deja de cumplir maliciosamente con el suministro de información necesaria o emplea comprobantes falsos.

#### 9. PLAZO DE PRUEBA

La Compañía, dentro de los quince días de recibida la denuncia y/ o las constancias a que se refiere el artículo anterior, contados desde la fecha que sea posterior, deberá hacer saber al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. Si las comprobaciones a que se refiere el artículo 8º) no resultaran concluyentes en cuanto al carácter de la enfermedad, la Compañía podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor de 30 días, a fin de confirmar el diagnóstico.

La no contestación por parte de la Compañía dentro del plazo establecido, significará automáticamente el reconocimiento del beneficio reclamado.

#### 10. RIESGOS NO CUBIERTOS

La Compañía no pagará la indemnización cuando el trasplante de órgano sea consecuencia de alguna de las siguientes causas:

- Tentativa de suicidio voluntario del Asegurado.
- Si es provocada deliberadamente por acto ilícito del Contratante del presente seguro, excepto que el pago de la prima este a cargo del Asegurado; o en caso de accidente si es provocado por dolo o culpa grave del Asegurado.
- Por duelo o riña, salvo que se tratase de legítima defensa; empresa o acto criminal.
- Acto de guerra civil o internacional, guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo;

SECCION: SALUD

POLIZA: 100-00069267-01

DETALLE A NIVEL POLIZA

ENDOSO: 0

CONDICIONES PARTICULARES  
DATOS COMPLEMENTARIOS

- Abuso del alcohol, drogas, estupefacientes, narcóticos o estimulantes;
- Someterse a intervenciones médicas o quirúrgicas ilícitas; tratamientos no autorizados legalmente o de carácter experimental o realizados en instituciones o por personal legalmente no habilitado teniendo conocimiento de tal circunstancia.
- Por la práctica o el uso de la navegación aérea, salvo como pasajero en líneas regulares, o por otras ascensiones aéreas, aladeltismo o parapente.
- Por la participación en viajes o excursiones a zonas o regiones inexploradas o prácticas deportivas submarinas o subacuáticas o escalamiento de montaña.
- Competir en pruebas de pericia y/o velocidad con vehículos mecánicos o de tracción o en justas hípicas, o cualquier otra prueba analógica.
- Intervenir en pruebas de prototipos de aviones, automóviles y otros vehículos de propulsión mecánica.
- Desempeño paralelo de las profesiones de acróbata, buzo, jockey y domador de potros o fieras y/o la práctica de deportes o actividades peligrosas como alpinismo, andinismo, esquí acuático o de montaña, motonáutica u otras actividades análogas y manipuleo de explosivos y/o armas o con exposición a radiaciones atómicas, salvo pacto en contrario.
- Acontecimientos catastróficos originados por reacciones o Accidentes nucleares; químicos, biológicos o bacteriológicos y/o fenómenos naturales epidemias o pestes.
- Acontecimientos catastróficos tales como terremotos, inundaciones, aluviones, maremotos, erupciones volcánicas y huracanes.
- Actos notoriamente peligrosos que no están justificados por ninguna necesidad profesional, salvo en caso de salvar vidas o bienes.
- Accidentes derivados del uso de motonetas, motocicletas, motos o similares vehículos.
- Inhalaciones de gases o envenenamientos de cualquier naturaleza.
- No se cubrirán enfermedades preexistentes a la fecha de vigencia del contrato Que sean causa de un diagnóstico de trasplante futuro;
- Ningún pago se hará efectivo bajo este seguro Si la necesidad de un trasplante ha sido diagnosticada durante un período de 120 días desde la fecha de comienzo del seguro.
- Se excluyen trasplantes de médula ósea secundarios a aplasias medulares provocados por tratamientos oncológicos que requieran autotrasplante de células medulares. Solo están incluidos los trasplantes de médula ósea como consecuencia de patologías primarias de la misma.
- Quedan excluidas del beneficio aquellas personas que, a su ingreso o reingreso al seguro estén con indicación formal de trasplante de órganos en tratamientos oncológicos de cualquier naturaleza o en hemodiálisis crónica en cualquiera de sus formas, o se encuentre en lista de espera del I.N.C.U.C.A.I.
- Quedan expresamente excluidas todo tipo de homologación u operaciones Que no sean los trasplantes de órganos humanos estipulados, como todo trámite referido directa o indirectamente a la provisión de órganos.

v. Se excluyen trasplantes de órganos transgénicos, animales, mecánicos o transitorios.

Los trasplantes deberán ser realizados en establecimientos de la República Argentina, debidamente autorizados a tal fin por la autoridad nacional competente, y por profesionales habilitados para tal fin, quedando excluida cualquier indemnización por trasplantes que no cumpla con estos requisitos.

11. CESIONES

Los derechos emergentes de esta cláusula, solamente pueden ser transferidos a favor de Establecimientos Asistenciales, debiendo dicha transferencia ser previamente aprobada por la Compañía. Toda otra cesión o transferencia se considerará nula y sin efecto alguno.

SECCION: SALUD

POLIZA: 100-00069267-01

DETALLE A NIVEL POLIZA

ENDOSO: 0

CONDICIONES PARTICULARES  
 DATOS COMPLEMENTARIOS

12. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

La cobertura prevista en esta cláusula, cesará, para cada certificado, en las siguientes circunstancias:

- a. Al caducar la póliza y/o el certificado individual por cualquier causa.
- b. A partir de la fecha en que el Asegurado cumpla sesenta y cinco (65) años de edad o 21 años de edad, cuando se trate de hijos menores solteros del Asegurado.
- c. Cuando el Asegurado se haya efectuado un trasplante de acuerdo con lo establecido en la presente cláusula.
- d. Cuando el Asegurado se retire del servicio activo del contratante.

En el caso de que el Asegurado haya efectuado ya un trasplante, por las características del presente plan, cada integrante del grupo familiar conserva su cobertura en forma individual e independiente. Si la póliza o el certificado individual caduca por cualquier causa, en este caso, la cobertura del cónyuge y los hijos cesarán conjuntamente con la del Asegurado principal.

Ante la terminación de la cobertura dejarán de abonarse las extraprimas correspondientes a esta cláusula.

CP-SA CONDICIONES PARTICULAR SALUD

CP-SA CL5 RIESGOS NO CUBIERTOS

Se deja constancia que contrariamente a lo estipulado en el artículo 17° inciso 2 punto A, se cubren los Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales ocurridos con posterioridad al inicio de vigencia del certificado individual.

CP-SA CL9 REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

Requisitos de asegurabilidad:

- Para la cobertura de intervenciones quirúrgicas de alta complejidad, carencias:
  - a. Intervenciones a causa de enfermedad: tendrán una carencia (periodo de espera) de 60 (sesenta) días a partir del inicio de vigencia de cada certificado individual sin prestaciones.
  - b. Intervenciones a causa de accidentes: tendrán cobertura inmediata desde el primer día de vigencia del certificado individual.

Los accidentes serán indemnizables siempre que sean producidos por elementos externos, independientes de la voluntad del asegurado, y que le provoque una súbita lesión.

SECCION: SALUD  
DETALLE A NIVEL POLIZA

POLIZA: 100-00069267-01  
ENDOSO: 0

CONDICIONES PARTICULARES  
DATOS COMPLEMENTARIOS

- \* Ampliación de cobertura: Cuando el asegurado acredite una antigüedad ininterrumpida de 10 (diez) meses en la póliza, la cobertura se amplía a las operaciones cardiovasculares de circulación extracorporea.
- \* Preexistencias: No estarán cubiertas las cirugías producidas por enfermedades diagnosticadas y tratadas con anterioridad a la toma del seguro.
- Para la cobertura de trasplante de órganos:
  - a. Periodo de carencia de 120 (ciento veinte) días contados desde la fecha de inicio de vigencia del certificado individual, para la vigencia de la cobertura.
  - b. No se cubren las enfermedades preexistentes.

Ampliando lo establecido en las Condiciones Generales, como requisito de asegurabilidad, se deberá cumplimentar solicitud de adhesión con Declaración de Salud.

CP-SA CL3 TRANSPLANTES

Queda entendido y convenido, para la Cobertura Adicional de Transplantes de Órganos que comprobado el trasplante de órganos humanos descriptos en la cláusula, como única alternativa terapéutica para la recuperación de la salud del Asegurado, o la prolongación de su vida, se abonará exclusivamente las sumas indemnizatorias estipuladas, al momento o con posterioridad al acto quirúrgico mismo. en caso de diagnosticarse la necesidad de Transplante de Órganos humanos, pero por algún motivo no se produzca el acto quirúrgico, no se indemnizara suma alguna.

CP-SA CL4 4 CESIONES

Se deja constancia que se modifica el artículo 22° de las Condiciones Generales de la póliza, permitiendo que los derechos emergentes de la misma, con relación al pago de las indemnizaciones, puedan ser cedidas por el Asegurado a favor del establecimiento asistencia que éste oportunamente indique a la Compañía, debiendo dicha transferencia ser previamente aprobada por la Compañía. Toda otra transferencia o cesión se considera nula y sin efecto alguno.

CP-SA CL8 DESCUENTO EN MEDICAMENTOS

Servicio Adicional de descuento en medicamentos:

Ampliando lo establecido en las Condiciones Generales de la presente póliza de seguro, el Asegurado que realice compra de medicamentos incluidos en el VADEMECUM, debidamente recetado por un profesional médico, en la red de farmacias adheridas, obtendrá como beneficio un descuento equivalente al 40% del precio de lista del mismo.

Advertencia: este servicio queda condicionado a la efectiva presentación ante la farmacia, por parte del Asegurado, de la credencial personal original (o credencial provisoria), el documento del Asegurado solicitante original y el recetario.

SECCION: SALUD  
 DETALLE A NIVEL POLIZA

POLIZA: 100-00069267-01  
 ENDOSO: 0

CONDICIONES PARTICULARES  
 DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos que deben figurar en puño y letra del profesional y con la misma tinta:

- Denominación de la entidad (en caso de que el recetario no sea el oficial de la entidad);
- Nombre y apellido del asegurado;
- Numero de afiliado (\*);
- Medicamentos recetados y cantidad de cada uno;
- Firma y sello con numero de matricula y aclaración;
- fecha de prescripción.

(\*) Cuando en una receta el numero del Asegurado sea poco legible o se encuentre incompleto, la farmacia deberá repetirlo al dorso, en forma clara y correcta, indicando junto al numero consignado por el médico la frase (ver al dorso). El Asegurado deberá firmar nuevamente como prueba de conformidad.

2. VALIDEZ DE LA RECETA:

El día de la prescripción y los 15 (quince) días siguientes.

3. CREDENCIAL PROVISORIA:

Adjunto a la presente el Asegurado cuenta con una credencial provisoria con el fin de poder acceder a los beneficios antedichos, en caso de no haber recibido por correo la credencial personal. Esta credencial contara con una validez de 60 días desde la vigencia de la póliza. Concluido este plazo, el Asegurado deberá presentarse con la credencial plástica personal original correspondiente, sin excepción. Siempre se debe acompañar la presentación con el documento del mismo.

4. MEDICAMENTOS EXCLUIDOS DEL PRESENTE SERVICIO ADICIONAL

No se encuentran incluidos dentro del beneficio otorgado por el presente servicio adicional los medicamentos relaciones con afecciones oncologicas, diabéticas, virales e inmunológicas.

Adicionalmente se encuentran excluidos del presente beneficio los siguientes medicamentos: adelgazantes, anabólicos, anorexigenos, anticonceptivos locales, cosmetologicos, derivados hemáticos o plasmáticos, disfunción sexual masculina, elementos fijadores y/o limpiadores de prótesis, eritropoyetina, hormonas de crecimiento, inductores de la ovulación, inmunosupresores, insulinas e hipoglucemiantes orales, interferones y anticuerpos monoclonales, leucovorina, parches y chicles para dejar de fumar, pastas y dentifricos dentales no medicamentosas, preparados magistrales y accesorios, productos dietéticos o alimenticios, productos para diagnósticos, productos que evitan esterilidad, sida y soluciones parenterales.

5. CONSULTAS DE FARMACIAS, CENTROS ASISTENCIALES ADHERIDOS Y VADEMECUM

A los efectos de conocer la nómina de los mismos, en forma actualizada, el Asegurado podrá consultar en la web site [www.mapfre.com.ar](http://www.mapfre.com.ar) o telefónicamente al 0810-666-7424 durante las 24hs.

BVM CI - SA LISTADO DE BENEFICIOS VALORIZADOS MODULADOS

\* OPERACIONES EN EL CORAZON Y PERICARDIO

SECCION: SALUD

POLIZA: 100-00069267-01

DETALLE A NIVEL POLIZA

ENDOSO: 0

CONDICIONES PARTICULARES  
DATOS COMPLEMENTARIOS

Septostomía interauricular, Cardioto-  
mía.Valvulotomía, Pericardiotomía

BVM 1 07.01.01

\* CIRUGIA CARDIOVASCULAR CON CIRCULACION EXTRACORPOREA

Cardiopatía congénita

BVM 0 07.02.01

Tratamiento quirúrgico cardiopatías  
con hipotermia

BVM 0 07.02.02

Reemplazo válvula cardíaca

BVM 0 07.02.03

Doble reemplazo valvular

BVM 0 07.02.04

Reemplazo valvular y plástica de otra

BVM 0 07.02.05

Cierre de defectos septales

BVM 0 07.02.06

Tratamiento quir. aneurisma de aorta

BVM 0 07.02.07

Aneurisma de aorta descendente

BVM 0 07.02.08

By Pass aorto coronario / mamario

BVM 0 07.02.09/10

Resección de aneurisma ventricular

BVM 0 07.02.11

Resección de aneurisma c/ cirugía de  
revascularización

BVM 0 07.02.12

Angioplastía transluminal coronaria

BVM 1 (sin cod.)

Angioplastía transluminal perif.o renal

BVM 1 (sin cod.)

\* OPERACIONES EN EL CRANEO

Tratam. Quir. Encefalomeningocele

BVM 1 01.01.01

\* OPERACIONES INTRACRANEANAS

Ventriculocisternostomías

BVM 1 01.02.01

Lobectomía parcial o total

BVM 1 01.02.04

Tractotomía espinotalámica

BVM 1 01.02.05

Tratam.Quir.Anerurisma Intracraneal

BVM 1 01.02.06

Craneotomía exploradora

BVM 1 01.02.08

Reparación plástica senos craneales

BVM 1 01.02.09

Escisión neoplasia intracraneana

BVM 1 01.02.10

Intervenciones estereotáxicas

BVM 1 01.02.13

Hipofisectomía

BVM 1 01.02.16

\* CIRUGIA VERTEBROMEDULAR

Reparación mielomeningocele

BVM 1 01.03.01

Ligadura aneurismas medulares

BVM 1 01.03.03

Cordotomía espinotalámica

BVM 1 01.03.04

\* INTERVENCIONES SOBRE LOS PARES CRANEALES

Neurotomía retrogasieriana trigeminal

BVM 1 01.04.01

Neurotomía intermediario vestibular

BVM 1 01.04.03

Intervenciones nervios ópticos

BVM 1 01.04.04

SECCION: SALUD

POLIZA: 100-00069267-01

DETALLE A NIVEL POLIZA

ENDOSO: 0

CONDICIONES PARTICULARES  
 DATOS COMPLEMENTARIOS

\* OPERACIONES EN EL OIDO MEDIO

Cirugía de glomus yugularis	BVM 1	03.02.10
Cirugía 2° y 3° nervio facial	BVM 1	03.02.11

\* OPERACIONES EN EL OIDO INTERNO Y CONDUCTO AUDITIVO INTERNO

Cirugía del saco endolinfático	BVM 1	03.03.03
Cirugía conducto auditivo interno	BVM 1	03.03.04
Tratamiento quir.neurinoma acústico	BVM 1	03.03.06

\* OPERACIONES EN LA LARINGE

Operación comando de laringe	BVM 1	03.06.01
------------------------------	-------	----------

\* OPERACIONES EN GLANDULA Y CONDUCTOS SALIVALES

Operación comando de parótida	BVM 1	03.08.02
-------------------------------	-------	----------

\* OPERACIONES EN LA BOCA

Operación comando piso de boca	BVM 1	03.09.01
--------------------------------	-------	----------

\* OPERACIONES EN LA LENGUA

Operación comando de lengua	BVM 1	03.11.01
-----------------------------	-------	----------

\* OPERACIONES EN EL PALADAR Y UVULA

Operación comando de paladar	BVM 1	03.12.05
------------------------------	-------	----------

\* OPERACIONES EN AMIGDALAS, ADENOIDES Y FARINGE

Operación comando de faringe	BVM 1	03.13.04
------------------------------	-------	----------

\* OPERACIONES EN LAS GLANDULAS TIROIDES Y PARATIROIDES

Operación comando de tiroides	BVM 1	04.01.01
-------------------------------	-------	----------

\* OPERACIONES EN LAS GLANDULAS SUPRARRENALES

Adrenalectomía bilateral	BVM 1	04.02.01
--------------------------	-------	----------

\* OPERACIONES EN LA GLANDULA HIPOFISIS

Hipofisectomía transeptoefenoidal	BVM 1	04.03.01
-----------------------------------	-------	----------

SECCION: SALUD

POLIZA: 100-00069267-01

DETALLE A NIVEL POLIZA

ENDOSO: 0

CONDICIONES PARTICULARES  
DATOS COMPLEMENTARIOS

\* OPERACIONES EN PULMON, PLEURA Y MEDIASTINO

Lobectomía, bilobectomía o neumonectomía	BVM 1	05.04.01
Resección enfisema bulloso bilateral	BVM 1	05.04.15

\* OPERACIONES EN ARTERIAS Y VENAS DE LA CAVIDAD TORACICA

Cirugía grandes troncos arteriovenosos de la cavidad torácica	BVM 1	07.03.01
Tratamiento quir. de aneurisma aorta-toraco abdominal	BVM 1	07.03.02

\* OPERAC.EN ARTERIAS Y VENAS CAVIDAD ABDOMINO-PELVIANA

Tratamiento quir. de aorta abdominal	BVM 1	07.04.01
Cirugía ramas viscer. aorta abdominal y troncos iliácos (anastomosis)	BVM 1	07.04.02
Derivación aorta bifemoral	BVM 1	07.04.04
Derivación aorta iliáco uni-bilateral	BVM 1	07.04.05
Anastomosis porto cava	BVM 1	07.04.07

\* OPERACIONES EN EL ESOFAGO

Esofagectomía total y reconstrucción en un tiempo	BVM 1	08.01.01
Reemplazo de esófago	BVM 1	08.01.04
Tratamiento atresia esofágica	BVM 1	08.01.07

\* OPERACIONES EN EL ESTOMAGO

Gastrectomía total	BVM 1	08.03.01
--------------------	-------	----------

\* OPERACIONES EN EL COLON Y RECTO

Colectomía total c/restitución tránsito	BVM 1	08.05.01
Colectomía total con ileostomía	BVM 1	08.05.02
Operaciones radicales p/megacolon	BVM 1	08.05.06
Operaciones radicales p/megacolon(2)	BVM 1	08.05.07
Colonprotectomía total	BVM 1	08.05.08
Proctosigmoidectomía	BVM 1	08.05.09
Operación plástica malformaciones congénitas ano-rectales	BVM 1	08.05.16

\* OPERACIONES EN EL HIGADO Y VIAS BILIARES

Lobectomía hepática	BVM 1	08.07.01
Segmentectomía hepática	BVM 1	08.07.02

SECCION: SALUD

POLIZA: 100-00069267-01

DETALLE A NIVEL POLIZA

ENDOSO: 0

CONDICIONES PARTICULARES  
DATOS COMPLEMENTARIOS

Sección de ampolla de Vater transduodenal -  
papilotomía

BVM 1 08.07.10

\* OPERACIONES EN EL PANCREAS

Duodenopancreatectomía  
Sutura de páncreas

BVM 1 08.08.01

BVM 1 08.08.05

\* OPERACIONES EN EL RIÑÓN Y URETER

Nefroureterectomía total c/ cistectomía  
parcial

BVM 1 10.01.03

Derivaciones ureterales

BVM 1 10.01.12

\* OPERACIONES EN LA VEJIGA

Cistectomía total  
Cistectomía total con derivación ureteral  
Cistoplastía colon o ileocitoplastía  
agrandamiento vesical

BVM 1 10.02.01

BVM 1 10.02.02

BVM 1 10.02.04

\* OPERACIONES EN EL UTERO

Cirugía comando de útero y anexos  
Exenteración pelviana

BVM 1 11.02.01

BVM 1 11.02.02

\* ARTROPLASTIAS

Artroplastía de cadera

BVM 1 12.10.01

\* AMPUTACIONES Y DESARTICULACIONES

Amputación interileoabdominal

BVM 1 12.16.04

\* TRAT. QUIRURGICOS POR PROCEDIMIENTOS COMBINADOS. MISCELANEAS

Dissectomía cervical, dorsal o lumbar  
con artrodesis

BVM 1 12.17.0

## Certificado de Garantía

Asegurado: XXXXXX XXXXXXXXXXXXX

Se Certifica por el presente que la persona que se individualiza en este Certificado, se encuentra asegurada en Mapfre Argentina Seguros de Vida S.A., en el **PLAN INDIVIDUAL** bajo los términos y condiciones que surgen de la póliza número: **100-00069267-01**

En el caso de la Compañía reconozca el derecho del asegurado a percibir una indemnización bajo el citado Plan, La Compañía abonará la misma directamente al Establecimiento Asistencial que le indique el asegurado, dentro de 15 días de recibida toda la documentación que permita a la misma satisfacer el pago a favor del Establecimiento Asistencial.

Emitido en la Ciudad de Buenos Aires el 14 de Diciembre de 2020

SEGURO DE SALUD

CERTIFICADO NRO.: 000001

CASA CENTRAL: Alférez H. Bouchard 4191 (B1605BNA) - Munro - Prov. de Buenos Aires Te: 011-4320-6700 Fax: 4320-  
OF. COMERCIAL : :xxxxxx 999 xxxxxx xxxx (1306) CAPITAL FEDERAL Te:9999-9999 Fax:4320-8641

POLIZA N°: 100-00069267-01

SUPLEMENTO N°: 0

EMISION: 11/12/2020

**VIGENCIA DEL SEGURO O ENDOSO**

Desde las 12 hs del	Hasta las 12 hs del
05/12/2020	05/12/2021

**CERTIFICADO DE INCORPORACION (Resolución General N° 24697 S.S.N.)**

Por el presente, certificamos que la póliza del rubro celebrada en la fecha de emisión indicada precedentemente, entre **MAPFRE Argentina Seguros de Vida S.A.**, en adelante "La Compañía" y el "Asegurado" y el "Tomador", en su caso, luego indicados, incluye en sus especificaciones al asegurado individual que a continuación se detalla.

Dicho asegurado individual se halla sujeto a las disposiciones establecidas por las Condiciones Generales, Especiales y Particulares que forman parte integrante de la referida póliza.

TOMADOR: XXXXXX XXXXXXXXXXXX D.N.I. 28325145 IVA: Consumidor Final  
DOMICILIO: XXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXX X REF.: 026/0069267/000 W  
OBSERVACIONES: C.P.: 7165  
LOCALIDAD: Villa Gesell-Buenos Aires TEL.: 9999 999999

**OBJETO DEL SEGURO - RIESGOS ASUMIDOS Y SUMAS ASEGURADAS**

ASEGURADO.....: XXXXXX , XXXXXXXXXXXXX  
DOCUMENTO.....: DU - 28325145  
PLAN.....: CUIDADO EFECTIVO - PREMIUM  
AMBITO DE LA COBERTURA...: MUNDIAL

IT. APELLIDO Y NOMBRE TIPO NRO. DOC. PARENT. FEC. NAC.

Coberturas	Suma Asegurada	Cláusulas
INTERVENCIONES QUIRURGICAS	\$ 20.000,00	CG-SA
TRANSPLANTE DE ORGANOS	\$ 100.000,00	CAT-SA CP-SA CL3

**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.

Esta póliza ha sido aprobada por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION por Proveído 97.338.

La Compañía renuncia a oponer defensa relacionada con la falsedad o inexistencia de la firma según Circular SSN N° 4462.

La entidad aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado que atenderá las consultas y reclamos que presenten los tomadores de seguros, asegurados, beneficiarios y/o derechohabientes. El Servicio de Atención al Asegurado está integrado por un RESPONSABLE y un SUPLENTE, cuyos datos de contacto encontrará disponibles en la página web [www.mapfre.com.ar](http://www.mapfre.com.ar). En caso de que el reclamo 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, correo electrónico a [denuncias@ssn.gob.ar](mailto:denuncias@ssn.gob.ar) o formulario web a través de [www.argentina.gob.ar/ssn](http://www.argentina.gob.ar/ssn).

**MAPFRE Argentina**  
Seguros de Vida S.A.



Salvador Rueda Ruiz  
Gerente General

Para consultas o reclamos, comunicarse con MAPFRE ARGENTINA SEGUROS S.A al 0810-666-7424

**Resolución del Ministerio de Economía Nro.407/01 del 29/08/01 y del 11/05/2001 y  
Resolución N° 28.268 SSN del 26/6/2001**

Los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros, endosos y facturaciones **emitidos a partir del 1/7/2001**

**Advertencias a Asegurados, Tomadores y Asegurables:**

**Artículo 1ro (Según Resolución M.E.N° 407/01):**

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 electrónicos 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 NACION 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 de 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 o tomador a favor de la entidad aseguradora.

**Artículo 2do (Según Resolución M.E.N° 407/01):**

Los productores asesores de seguros Ley N°22.400 deberán ingresar el producido de la cobranza de premios a través de los medios detallados en el Artículo 1° de la presente resolución.

**Artículo 3ro (Resolución N° 28.268):**

No están sujetos al régimen de la presente Resolución los pagos de los premios correspondientes a los contratos de seguro:

- a) Celebrados por entes oficiales, organismos públicos nacionales, provinciales y municipales cuando ejerzan funciones públicas.
- b) Comprendidos en los artículos 99 y 101 de la Ley N° 24.241.
- c) Celebrados en el marco de la Ley N° 24.557.

**Nómina de los medios habilitados en los términos del Artículo 1ro:**

En la página siguiente encontrará la nómina de los medios habilitados *a la fecha* para el pago de su póliza, pudiendo consultar permanentemente la nómina actualizada a través de los siguientes canales:

- Su Productor Asesor de Seguros
- Nuestro sitio en Internet: **[www.mapfre.com.ar](http://www.mapfre.com.ar)**
- **SI24 (Servicio integral 24 hs.) 0810-666-SI24 (7424)**
- La Oficina Comercial de su zona.

**Usted elige la forma de hacer el pago de su seguro...**  
**Nómina de los medios habilitados**

**Débito automático en:**

• **Tarjeta de Crédito:**

American Express, Diners, Visa, Cabal, Mastercard, Tarjeta Naranja, Tarjeta Nevada, Tarjeta Nativa.

• **Débito en cuenta corriente o caja de ahorro en cualquier banco adherido a Coelsa.**

**Podrá adherirse a estas modalidades de pago llamando a nuestro Servicio de Atención al Cliente 0810.666.7424 y completando el respectivo formulario de adhesión.**

**Ventajas del pago por débito automático:**

- Su seguro lo abona en mayor cantidad de cuotas.
- El Asegurado no debe ser necesariamente el Titular de la Tarjeta , basta que El Titular dé su consentimiento por escrito.
- El resumen de cuenta / extracto bancario opera como comprobante de pago.
- No necesita ocuparse más de ir a pagar cada factura, su única "molestia" es adherirse y mantener saldos suficientes en su cuenta.
- Se acabaron las colas para pagar.
- Ahorro de tiempo y comodidad.
- Seguridad, al no tener que trasladarse con efectivo.

**A quienes aun no han optado por el débito automático, les ofrecemos las siguientes alternativas:**

- Pago Fácil
- Rapipago
- Rapipago por teléfono, llamando al número 0810.345.7274 .
  
- Pago a través de cajeros automáticos de la Red Banelco o en Internet en [www.pagomiscuentas.com.ar](http://www.pagomiscuentas.com.ar)

---

**Advertencia al Asegurado/Tomador:** Déjase establecido que, en caso de que el Asegurado abonara una cuota determinada sin que se hubiere cancelado alguna de las anteriores, dicho pago será imputado a la cuota cuyo vencimiento hubiese operado primero en el tiempo y la suspensión de cobertura no cesará hasta tanto se encuentren íntegramente canceladas todas las cuotas vencidas.

---

**SI24 0810-666-SI24 (7424)** las 24 hs, los 365 días del año.

Esta es su tarjeta de servicio de atención las 24 hs. En ella se detallan los números a los que debe comunicarse para solicitar asistencia en caso de urgencias y/o emergencias.



<p>SERVICIO DE ASISTENCIA LAS 24 HS. A LAS PERSONAS</p> <p><b>SEGURO DE SALUD PREMIUM</b></p> <p>APELLIDO Y NOMBRE: XXXXXX , XXXXXXXXXXXXX</p> <p>PÓLIZA: 6926726</p> <p>DESDE: 05/12/2020 HASTA: 05/12/2021 DNI: 28325145</p> <p> <b>MAPFRE</b></p>	<p>CÓDIGO ROJO + CÓDIGO VERDE + MEDIPHONE + SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA + DESCUENTO EN FARMACIA</p> <p><b>Seguro de Salud</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>Asistencia las 24 horas los 365 días del año.</li></ul> <p><b>0810-666-7424</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>Esta credencial es personal e intransferible. Su uso se rige por los términos y condiciones detallados en la póliza.</li><li>Medicamentos excluidos según Condiciones Particulares de Póliza (anexo A).</li></ul> <p><a href="http://www.mapfre.com.ar">www.mapfre.com.ar</a></p> <p>VIP0029 201407</p>
---	--



Para armar su credencial siga las siguientes instrucciones:  
Corte por la línea indicada y luego doble por la línea punteada.

**MAPFRE ARGENTINA SEG VIDA S.A.**

I.V.A.R.I. C.U.I.T.: 33700893729



Cod. 28325145 ,XXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXX  
Póliza: 100-00069267-01  
Ramo: 35-SALUD

Talón: 1/12  
TOTAL A PAGAR: \$ 106,84  
SON PESOS CIENTO SEIS CON 84/100

Banco: Sucursal:  
IMPORTANTE: Ver cláusulas de Cobranza del Premio en las Condiciones Generales de la Póliza. La cobertura de la póliza quedará automáticamente suspendida DESDE LA HORA 24 DEL DIA DEL VENCIMIENTO IMPAGO. Déjase establecido que en caso de que el Tomador o Asegurado abonara un importe determinado sin que se hubiese cancelado el total de las obligaciones ya vencidas, de acuerdo con el plan de pago estipulado en el contrato dicho pago será imputado a la obligación cuyo vencimiento hubiese operado primero en el tiempo y la suspensión de la cobertura no cesará hasta tanto se encuentren íntegramente canceladas todas las obligaciones vencidas. En caso de abonarse el premio, mediante el entrega de un cheque, no se tendrá por cumplida la obligación hasta el momento de la efectiva acreditación de dichos valores.

Recibo válido sólo con el sello de las Entidades

**MAPFRE ARGENTINA SEG VIDA S.A.**

I.V.A.R.I. C.U.I.T.: 33700893729



Cod. 28325145 ,XXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXX  
Póliza: 100-00069267-01  
Ramo: 35-SALUD

Talón: 2/12  
TOTAL A PAGAR: \$ 106,34  
SON PESOS CIENTO SEIS CON 34/100

Banco: Sucursal:  
IMPORTANTE: Ver cláusulas de Cobranza del Premio en las Condiciones Generales de la Póliza. La cobertura de la póliza quedará automáticamente suspendida DESDE LA HORA 24 DEL DIA DEL VENCIMIENTO IMPAGO. Déjase establecido que en caso de que el Tomador o Asegurado abonara un importe determinado sin que se hubiese cancelado el total de las obligaciones ya vencidas, de acuerdo con el plan de pago estipulado en el contrato dicho pago será imputado a la obligación cuyo vencimiento hubiese operado primero en el tiempo y la suspensión de la cobertura no cesará hasta tanto se encuentren íntegramente canceladas todas las obligaciones vencidas. En caso de abonarse el premio, mediante el entrega de un cheque, no se tendrá por cumplida la obligación hasta el momento de la efectiva acreditación de dichos valores.

Recibo válido sólo con el sello de las Entidades

**MAPFRE ARGENTINA SEG VIDA S.A.**

I.V.A.R.I. C.U.I.T.: 33700893729



Cod. 28325145 ,XXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXX  
Póliza: 100-00069267-01  
Ramo: 35-SALUD

Talón: 3/12  
TOTAL A PAGAR: \$ 106,34  
SON PESOS CIENTO SEIS CON 34/100

Banco: Sucursal:  
IMPORTANTE: Ver cláusulas de Cobranza del Premio en las Condiciones Generales de la Póliza. La cobertura de la póliza quedará automáticamente suspendida DESDE LA HORA 24 DEL DIA DEL VENCIMIENTO IMPAGO. Déjase establecido que en caso de que el Tomador o Asegurado abonara un importe determinado sin que se hubiese cancelado el total de las obligaciones ya vencidas, de acuerdo con el plan de pago estipulado en el contrato dicho pago será imputado a la obligación cuyo vencimiento hubiese operado primero en el tiempo y la suspensión de la cobertura no cesará hasta tanto se encuentren íntegramente canceladas todas las obligaciones vencidas. En caso de abonarse el premio, mediante el entrega de un cheque, no se tendrá por cumplida la obligación hasta el momento de la efectiva acreditación de dichos valores.

Recibo válido sólo con el sello de las Entidades

MAPFRE ARGENTINA SEG VIDA S.A.  
I.V.A.R.I. C.U.I.T.: 33700893729

Cod. 28325145  
Póliza: 100-00069267-01  
Ramo: SALUD

Talón: 1/12  
Vencimiento 26/12/20  
Importe \$ 106,84  
SON PESOS CIENTO SEIS CON 84/100

Banco: Sucursal:

No Cheque: Por favor sellar al dorso

Talón para la Entidad Recaudadora

MAPFRE ARGENTINA SEG VIDA S.A.  
I.V.A.R.I. C.U.I.T.: 33700893729

Cod. 28325145  
Póliza: 100-00069267-01  
Ramo: SALUD

Talón: 2/12  
Vencimiento 26/01/21  
Importe \$ 106,34  
SON PESOS CIENTO SEIS CON 34/100

Banco: Sucursal:

No Cheque: Por favor sellar al dorso

Talón para la Entidad Recaudadora

MAPFRE ARGENTINA SEG VIDA S.A.  
I.V.A.R.I. C.U.I.T.: 33700893729

Cod. 28325145  
Póliza: 100-00069267-01  
Ramo: SALUD

Talón: 3/12  
Vencimiento 26/02/21  
Importe \$ 106,34  
SON PESOS CIENTO SEIS CON 34/100

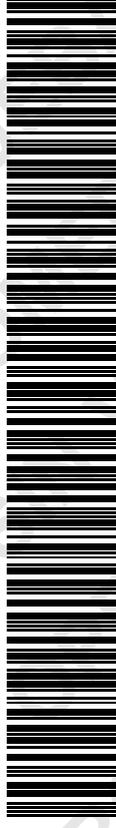
Banco: Sucursal:

No Cheque: Por favor sellar al dorso

Talón para la Entidad Recaudadora

MAPFRE ARGENTINA SEG VIDA S.A.  
I.V.A.R.I. C.U.I.T.: 33700893729

Cod. 28325145 ,XXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXX  
Póliza: 100-00069267-01  
Ramo: SALUD



0946990190006926700000802600010684210226030

Importe: 106,84

SON PESOS CIENTO SEIS CON 84/100

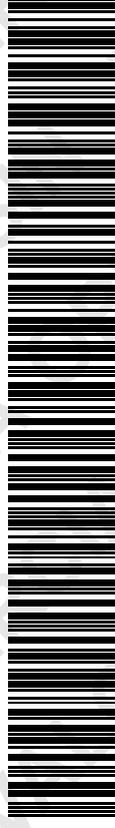
Banco: Sucursal:

No Cheque: Por favor sellar al dorso

Talón para la Entidad Recaudadora

MAPFRE ARGENTINA SEG VIDA S.A.  
I.V.A.R.I. C.U.I.T.: 33700893729

Cod. 28325145 ,XXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXX  
Póliza: 100-00069267-01  
Ramo: SALUD



0946990190006926700000802600010634210326030

Importe: 106,34

SON PESOS CIENTO SEIS CON 34/100

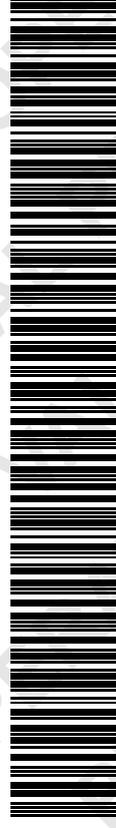
Banco: Sucursal:

No Cheque: Por favor sellar al dorso

Talón para la Entidad Recaudadora

MAPFRE ARGENTINA SEG VIDA S.A.  
I.V.A.R.I. C.U.I.T.: 33700893729

Cod. 28325145 ,XXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXX  
Póliza: 100-00069267-01  
Ramo: SALUD



0946990190006926700000802600010634210426030

Importe: 106,34

SON PESOS CIENTO SEIS CON 34/100

Banco: Sucursal:

No Cheque: Por favor sellar al dorso

Talón para la Entidad Recaudadora

**MAPFRE ARGENTINA SEG VIDA S.A.**

I.V.A.R.I. C.U.I.T.: 33700893729



Cod. 28325145 ,XXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXX  
Póliza: 100-00069267-01  
Ramo: 35-SALUD

TOTAL A PAGAR: \$ 106,34  
SON PESOS CIENTO SEIS CON 34/100

**Banco:** Sucursal:  
**IMPORTANTE:** Ver cláusulas de Cobranza del Premio en las Condiciones Generales de la Póliza. La cobertura de la póliza quedará automáticamente suspendida DESDE LA HORA 24 DEL DIA DEL VENCIMIENTO IMPAGO. Déjase establecido que en caso de que el Tomador o Asegurado abonara un importe determinado sin que se hubiese cancelado el total de las obligaciones ya vencidas, de acuerdo con el plan de pago estipulado en el contrato dicho pago será imputado a la obligación cuyo vencimiento hubiese operado primero en el tiempo y la suspensión de la cobertura no cesará hasta tanto se encuentren íntegramente canceladas todas las obligaciones vencidas. En caso de abonarse el premio, mediante el entrega de un cheque, no se tendrá por cumplida la obligación hasta el momento de la efectiva acreditación de dichos valores.

Recibo válido sólo con el sello de las Entidades

**MAPFRE ARGENTINA SEG VIDA S.A.**

I.V.A.R.I. C.U.I.T.: 33700893729



Cod. 28325145 ,XXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXX  
Póliza: 100-00069267-01  
Ramo: 35-SALUD

TOTAL A PAGAR: \$ 106,34  
SON PESOS CIENTO SEIS CON 34/100

**Banco:** Sucursal:  
**IMPORTANTE:** Ver cláusulas de Cobranza del Premio en las Condiciones Generales de la Póliza. La cobertura de la póliza quedará automáticamente suspendida DESDE LA HORA 24 DEL DIA DEL VENCIMIENTO IMPAGO. Déjase establecido que en caso de que el Tomador o Asegurado abonara un importe determinado sin que se hubiese cancelado el total de las obligaciones ya vencidas, de acuerdo con el plan de pago estipulado en el contrato dicho pago será imputado a la obligación cuyo vencimiento hubiese operado primero en el tiempo y la suspensión de la cobertura no cesará hasta tanto se encuentren íntegramente canceladas todas las obligaciones vencidas. En caso de abonarse el premio, mediante el entrega de un cheque, no se tendrá por cumplida la obligación hasta el momento de la efectiva acreditación de dichos valores.

Recibo válido sólo con el sello de las Entidades

**MAPFRE ARGENTINA SEG VIDA S.A.**

I.V.A.R.I. C.U.I.T.: 33700893729



Cod. 28325145 ,XXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXX  
Póliza: 100-00069267-01  
Ramo: 35-SALUD

TOTAL A PAGAR: \$ 106,34  
SON PESOS CIENTO SEIS CON 34/100

**Banco:** Sucursal:  
**IMPORTANTE:** Ver cláusulas de Cobranza del Premio en las Condiciones Generales de la Póliza. La cobertura de la póliza quedará automáticamente suspendida DESDE LA HORA 24 DEL DIA DEL VENCIMIENTO IMPAGO. Déjase establecido que en caso de que el Tomador o Asegurado abonara un importe determinado sin que se hubiese cancelado el total de las obligaciones ya vencidas, de acuerdo con el plan de pago estipulado en el contrato dicho pago será imputado a la obligación cuyo vencimiento hubiese operado primero en el tiempo y la suspensión de la cobertura no cesará hasta tanto se encuentren íntegramente canceladas todas las obligaciones vencidas. En caso de abonarse el premio, mediante el entrega de un cheque, no se tendrá por cumplida la obligación hasta el momento de la efectiva acreditación de dichos valores.

Recibo válido sólo con el sello de las Entidades



MAPFRE ARGENTINA SEG VIDA S.A.

I.V.A.R.I. C.U.I.T.: 33700893729

Cod. 28325145  
Póliza: 100-00069267-01  
Ramo: SALUD

Talón 4/12  
Vencimiento 26/03/21  
Importe \$ 106,34

SON PESOS  
CIENTO SEIS CON 34/100

**Banco:**  
**Sucursal:**  
**Nº Cheque:**

Por favor sellar al dorso

Talón para la Entidad Recaudadora



MAPFRE ARGENTINA SEG VIDA S.A.

I.V.A.R.I. C.U.I.T.: 33700893729

Cod. 28325145  
Póliza: 100-00069267-01  
Ramo: SALUD

Talón 5/12  
Vencimiento 26/04/21  
Importe \$ 106,34

SON PESOS  
CIENTO SEIS CON 34/100

**Banco:**  
**Sucursal:**  
**Nº Cheque:**

Por favor sellar al dorso

Talón para la Entidad Recaudadora



MAPFRE ARGENTINA SEG VIDA S.A.

I.V.A.R.I. C.U.I.T.: 33700893729

Cod. 28325145  
Póliza: 100-00069267-01  
Ramo: SALUD

Talón 6/12  
Vencimiento 26/05/21  
Importe \$ 106,34

SON PESOS  
CIENTO SEIS CON 34/100

**Banco:**  
**Sucursal:**  
**Nº Cheque:**

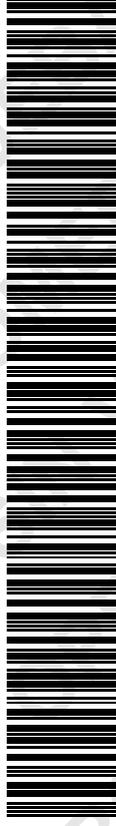
Por favor sellar al dorso

Talón para la Entidad Recaudadora

**MAPFRE ARGENTINA SEG VIDA S.A.**

I.V.A.R.I. C.U.I.T.: 33700893729

Cod. 28325145 ,XXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXX  
Póliza: 100-00069267-01  
Ramo: SALUD



094699019000692670000080260001063421026030

Importe: 106,34  
SON PESOS CIENTO SEIS CON 34/100

**Banco:**  
**Nº**

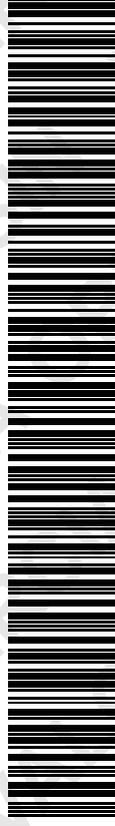
En caso de abonar con cheque - debe  
Por favor sellar al dorso

Sucursal

**MAPFRE ARGENTINA SEG VIDA S.A.**

I.V.A.R.I. C.U.I.T.: 33700893729

Cod. 28325145 ,XXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXX  
Póliza: 100-00069267-01  
Ramo: SALUD



094699019000692670000080260001063421026030

Importe: 106,34  
SON PESOS CIENTO SEIS CON 34/100

**Banco:**  
**Nº**

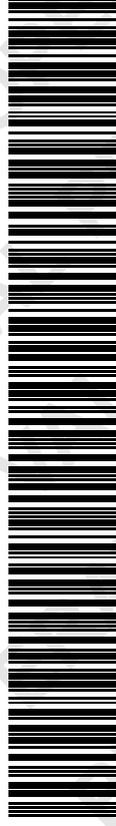
En caso de abonar con cheque - debe  
Por favor sellar al dorso

Sucursal

**MAPFRE ARGENTINA SEG VIDA S.A.**

I.V.A.R.I. C.U.I.T.: 33700893729

Cod. 28325145 ,XXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXX  
Póliza: 100-00069267-01  
Ramo: SALUD



094699019000692670000080260001063421026030

Importe: 106,34  
SON PESOS CIENTO SEIS CON 34/100

**Banco:**  
**Nº**

En caso de abonar con cheque - debe  
Por favor sellar al dorso

Sucursal

Talón para la Compañía

Talón para la Compañía

Talón para la Compañía

**MAPFRE ARGENTINA SEG VIDA S.A.**

I.V.A.R.I. C.U.I.T.: 33700893729



Cod. 28325145 ,XXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXX  
Póliza: 100-00069267-01  
Ramo: 35-SALUD

TOTAL A PAGAR: \$ 106,34  
SON PESOS CIENTO SEIS CON 34/100

Banco: Sucursal:  
IMPORTANTE: Ver cláusulas de Cobranza del Premio en las Condiciones Generales de la Póliza. La cobertura de la póliza quedará automáticamente suspendida DESDE LA HORA 24 DEL DIA DEL VENCIMIENTO IMPAGO. Déjase establecido que en caso de que el Tomador o Asegurado abonara un importe determinado sin que se hubiese cancelado el total de las obligaciones ya vencidas, de acuerdo con el plan de pago estipulado en el contrato dicho pago será imputado a la obligación cuyo vencimiento hubiese operado primero en el tiempo y la suspensión de la cobertura no cesará hasta tanto se encuentren íntegramente canceladas todas las obligaciones vencidas. En caso de abonarse el premio, mediante el entrega de un cheque, no se tendrá por cumplida la obligación hasta el momento de la efectiva acreditación de dichos valores.

Recibo válido sólo con el sello de las Entidades

**MAPFRE ARGENTINA SEG VIDA S.A.**

I.V.A.R.I. C.U.I.T.: 33700893729



Cod. 28325145 ,XXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXX  
Póliza: 100-00069267-01  
Ramo: 35-SALUD

TOTAL A PAGAR: \$ 106,34  
SON PESOS CIENTO SEIS CON 34/100

Banco: Sucursal:  
IMPORTANTE: Ver cláusulas de Cobranza del Premio en las Condiciones Generales de la Póliza. La cobertura de la póliza quedará automáticamente suspendida DESDE LA HORA 24 DEL DIA DEL VENCIMIENTO IMPAGO. Déjase establecido que en caso de que el Tomador o Asegurado abonara un importe determinado sin que se hubiese cancelado el total de las obligaciones ya vencidas, de acuerdo con el plan de pago estipulado en el contrato dicho pago será imputado a la obligación cuyo vencimiento hubiese operado primero en el tiempo y la suspensión de la cobertura no cesará hasta tanto se encuentren íntegramente canceladas todas las obligaciones vencidas. En caso de abonarse el premio, mediante el entrega de un cheque, no se tendrá por cumplida la obligación hasta el momento de la efectiva acreditación de dichos valores.

Recibo válido sólo con el sello de las Entidades

**MAPFRE ARGENTINA SEG VIDA S.A.**

I.V.A.R.I. C.U.I.T.: 33700893729



Cod. 28325145 ,XXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXX  
Póliza: 100-00069267-01  
Ramo: 35-SALUD

TOTAL A PAGAR: \$ 106,34  
SON PESOS CIENTO SEIS CON 34/100

Banco: Sucursal:  
IMPORTANTE: Ver cláusulas de Cobranza del Premio en las Condiciones Generales de la Póliza. La cobertura de la póliza quedará automáticamente suspendida DESDE LA HORA 24 DEL DIA DEL VENCIMIENTO IMPAGO. Déjase establecido que en caso de que el Tomador o Asegurado abonara un importe determinado sin que se hubiese cancelado el total de las obligaciones ya vencidas, de acuerdo con el plan de pago estipulado en el contrato dicho pago será imputado a la obligación cuyo vencimiento hubiese operado primero en el tiempo y la suspensión de la cobertura no cesará hasta tanto se encuentren íntegramente canceladas todas las obligaciones vencidas. En caso de abonarse el premio, mediante el entrega de un cheque, no se tendrá por cumplida la obligación hasta el momento de la efectiva acreditación de dichos valores.

Recibo válido sólo con el sello de las Entidades



MAPFRE ARGENTINA SEG VIDA S.A.

I.V.A.R.I. C.U.I.T.: 33700893729

Cod. 28325145 ,XXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXX  
Póliza: 100-00069267-01  
Ramo: SALUD

Talón 7/12  
Vencimiento 26/06/21  
Importe \$ 106,34  
SON PESOS CIENTO SEIS CON 34/100

Banco: Sucursal:

No Cheque: Por favor sellar al dorso

Talón para la Entidad Recaudadora



MAPFRE ARGENTINA SEG VIDA S.A.

I.V.A.R.I. C.U.I.T.: 33700893729

Cod. 28325145 ,XXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXX  
Póliza: 100-00069267-01  
Ramo: SALUD

Talón 8/12  
Vencimiento 26/07/21  
Importe \$ 106,34  
SON PESOS CIENTO SEIS CON 34/100

Banco: Sucursal:

No Cheque: Por favor sellar al dorso

Talón para la Entidad Recaudadora



MAPFRE ARGENTINA SEG VIDA S.A.

I.V.A.R.I. C.U.I.T.: 33700893729

Cod. 28325145 ,XXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXX  
Póliza: 100-00069267-01  
Ramo: SALUD

Talón 9/12  
Vencimiento 26/08/21  
Importe \$ 106,34  
SON PESOS CIENTO SEIS CON 34/100

Banco: Sucursal:

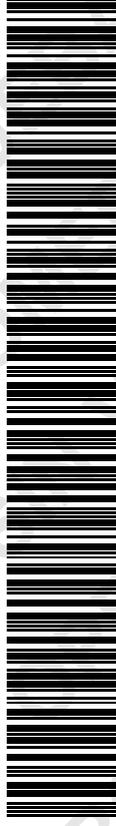
No Cheque: Por favor sellar al dorso

Talón para la Entidad Recaudadora

**MAPFRE ARGENTINA SEG VIDA S.A.**

I.V.A.R.I. C.U.I.T.: 33700893729

Cod. 28325145 ,XXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXX  
Póliza: 100-00069267-01  
Ramo: SALUD



0946990190006926700000802600010634211026070

Importe: 106,34

SON PESOS CIENTO SEIS CON 34/100

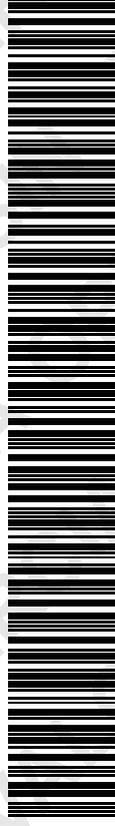
Banco: Sucursal:

No Cheque: Por favor sellar al dorso

**MAPFRE ARGENTINA SEG VIDA S.A.**

I.V.A.R.I. C.U.I.T.: 33700893729

Cod. 28325145 ,XXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXX  
Póliza: 100-00069267-01  
Ramo: SALUD



0946990190006926700000802600010634210926080

Importe: 106,34

SON PESOS CIENTO SEIS CON 34/100

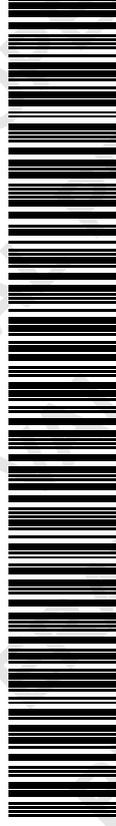
Banco: Sucursal:

No Cheque: Por favor sellar al dorso

**MAPFRE ARGENTINA SEG VIDA S.A.**

I.V.A.R.I. C.U.I.T.: 33700893729

Cod. 28325145 ,XXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXX  
Póliza: 100-00069267-01  
Ramo: SALUD



0946990190006926700000802600010634211026070

Importe: 106,34

SON PESOS CIENTO SEIS CON 34/100

Banco: Sucursal:

No Cheque: Por favor sellar al dorso

Talón para la Compañía

Talón para la Compañía



Talón para la Compañía

**MAPFRE ARGENTINA SEG VIDA S.A.**

I.V.A.R.I. C.U.I.T.: 33700893729



Cod. 28325145 ,XXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXX  
Póliza: 100-00069267-01  
Ramo: 35-SALUD

TOTAL A PAGAR: \$ 106,34  
SON PESOS CIENTO SEIS CON 34/100

**Banco:** Sucursal:  
**IMPORTANTE:** Ver cláusulas de Cobranza del Premio en las Condiciones Generales de la Póliza. La cobertura de la póliza quedará automáticamente suspendida DESDE LA HORA 24 DEL DIA DEL VENCIMIENTO IMPAGO. Déjase establecido que en caso de que el Tomador o Asegurado abonara un importe determinado sin que se hubiese cancelado el total de las obligaciones ya vencidas, de acuerdo con el plan de pago estipulado en el contrato dicho pago será imputado a la obligación cuyo vencimiento hubiese operado primero en el tiempo y la suspensión de la cobertura no cesará hasta tanto se encuentren íntegramente canceladas todas las obligaciones vencidas. En caso de abonarse el premio, mediante el entrega de un cheque, no se tendrá por cumplida la obligación hasta el momento de la efectiva acreditación de dichos valores.

Recibo válido sólo con el sello de las Entidades

**MAPFRE ARGENTINA SEG VIDA S.A.**

I.V.A.R.I. C.U.I.T.: 33700893729



Cod. 28325145 ,XXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXX  
Póliza: 100-00069267-01  
Ramo: 35-SALUD

TOTAL A PAGAR: \$ 106,34  
SON PESOS CIENTO SEIS CON 34/100

**Banco:** Sucursal:  
**IMPORTANTE:** Ver cláusulas de Cobranza del Premio en las Condiciones Generales de la Póliza. La cobertura de la póliza quedará automáticamente suspendida DESDE LA HORA 24 DEL DIA DEL VENCIMIENTO IMPAGO. Déjase establecido que en caso de que el Tomador o Asegurado abonara un importe determinado sin que se hubiese cancelado el total de las obligaciones ya vencidas, de acuerdo con el plan de pago estipulado en el contrato dicho pago será imputado a la obligación cuyo vencimiento hubiese operado primero en el tiempo y la suspensión de la cobertura no cesará hasta tanto se encuentren íntegramente canceladas todas las obligaciones vencidas. En caso de abonarse el premio, mediante el entrega de un cheque, no se tendrá por cumplida la obligación hasta el momento de la efectiva acreditación de dichos valores.

Recibo válido sólo con el sello de las Entidades

**MAPFRE ARGENTINA SEG VIDA S.A.**

I.V.A.R.I. C.U.I.T.: 33700893729



Cod. 28325145 ,XXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXX  
Póliza: 100-00069267-01  
Ramo: 35-SALUD

TOTAL A PAGAR: \$ 106,34  
SON PESOS CIENTO SEIS CON 34/100

**Banco:** Sucursal:  
**IMPORTANTE:** Ver cláusulas de Cobranza del Premio en las Condiciones Generales de la Póliza. La cobertura de la póliza quedará automáticamente suspendida DESDE LA HORA 24 DEL DIA DEL VENCIMIENTO IMPAGO. Déjase establecido que en caso de que el Tomador o Asegurado abonara un importe determinado sin que se hubiese cancelado el total de las obligaciones ya vencidas, de acuerdo con el plan de pago estipulado en el contrato dicho pago será imputado a la obligación cuyo vencimiento hubiese operado primero en el tiempo y la suspensión de la cobertura no cesará hasta tanto se encuentren íntegramente canceladas todas las obligaciones vencidas. En caso de abonarse el premio, mediante el entrega de un cheque, no se tendrá por cumplida la obligación hasta el momento de la efectiva acreditación de dichos valores.

Recibo válido sólo con el sello de las Entidades

MAPFRE ARGENTINA SEG VIDA S.A.  
I.V.A.R.I. C.U.I.T.: 33700893729

Cod. 28325145  
Póliza: 100-00069267-01  
Ramo: SALUD

Talón: 10/12  
Vencimiento: 26/09/21  
Importe \$ 106,34

SON PESOS  
CIENTO SEIS CON 34/100

**Banco:** Sucursal:  
**№ Cheque:**

Por favor sellar al dorso

Talón para la Entidad Recaudadora

MAPFRE ARGENTINA SEG VIDA S.A.  
I.V.A.R.I. C.U.I.T.: 33700893729

Cod. 28325145  
Póliza: 100-00069267-01  
Ramo: SALUD

Talón: 11/12  
Vencimiento: 26/10/21  
Importe \$ 106,34

SON PESOS  
CIENTO SEIS CON 34/100

**Banco:** Sucursal:  
**№ Cheque:**

Por favor sellar al dorso

Talón para la Entidad Recaudadora

MAPFRE ARGENTINA SEG VIDA S.A.  
I.V.A.R.I. C.U.I.T.: 33700893729

Cod. 28325145  
Póliza: 100-00069267-01  
Ramo: SALUD

Talón: 12/12  
Vencimiento: 26/11/21  
Importe \$ 106,34

SON PESOS  
CIENTO SEIS CON 34/100

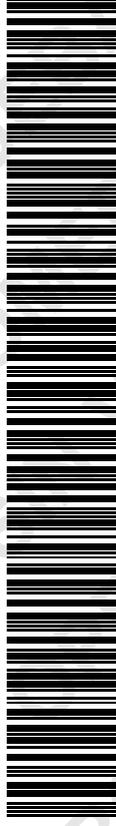
**Banco:** Sucursal:  
**№ Cheque:**

Por favor sellar al dorso

Talón para la Entidad Recaudadora

MAPFRE ARGENTINA SEG VIDA S.A.  
I.V.A.R.I. C.U.I.T.: 33700893729

Cod. 28325145 ,XXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXX  
Póliza: 100-00069267-01  
Ramo: SALUD



0946990190006926700000802600010634221126020

Importe: 106,34  
SON PESOS CIENTO SEIS CON 34/100

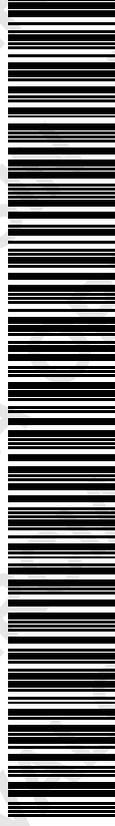
**Banco:** Sucursal:  
**№ Cheque:**

En caso de abonar con cheque - debe

Por favor sellar al dorso

MAPFRE ARGENTINA SEG VIDA S.A.  
I.V.A.R.I. C.U.I.T.: 33700893729

Cod. 28325145 ,XXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXX  
Póliza: 100-00069267-01  
Ramo: SALUD



0946990190006926700000802600010634221126020

Importe: 106,34  
SON PESOS CIENTO SEIS CON 34/100

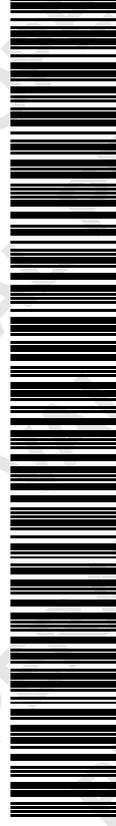
**Banco:** Sucursal:  
**№ Cheque:**

En caso de abonar con cheque - debe

Por favor sellar al dorso

MAPFRE ARGENTINA SEG VIDA S.A.  
I.V.A.R.I. C.U.I.T.: 33700893729

Cod. 28325145 ,XXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXX  
Póliza: 100-00069267-01  
Ramo: SALUD



0946990190006926700000802600010634220126030

Importe: 106,34  
SON PESOS CIENTO SEIS CON 34/100

**Banco:** Sucursal:  
**№ Cheque:**

En caso de abonar con cheque - debe

Por favor sellar al dorso

Talón para la Compañía

Talón para la Compañía

Talón para la Compañía