

CONDICIONES GENERALES ACCIDENTES PERSONALES

PREEMINENCIA DE LAS CONDICIONES

Cláusula 1 -

En caso de discordancia entre las Condiciones Generales y las Particulares, predominarán estas últimas.

RIESGO CUBIERTO

Cláusula 2 -

El Asegurador se compromete al pago de las prestaciones estipuladas en la presente póliza, en el caso de que la persona designada en la misma como Asegurado sufriera, durante la vigencia del seguro, algún accidente que fuera la causa originaria de su muerte o invalidez permanente o temporaria, total o parcial, y siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha del mismo, de acuerdo con lo establecido en las Condiciones Particulares.

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

Se consideran también como accidentes: la asfixia o intoxicación por vapores o gases, la asfixia por inmersión u obstrucción en el aparato respiratorio que no provenga de enfermedad; la intoxicación o envenenamiento por ingestión de sustancias tóxicas o alimentos en mal estado consumidos en lugares públicos o adquiridos en tal estado; las quemaduras de todo tipo producidas por cualquier agente, salvo lo dispuesto en la Cláusula 5, Inc. b); el carbunco, tétanos u otras infecciones microbianas o intoxicaciones cuando sean de origen traumático; rabia, luxaciones articulares y distensiones, dilaceraciones y rupturas musculares, tendinosas y viscerales (excepto lumbalgias, várices y hernias) causadas por esfuerzo repentino y evidentes al diagnóstico.

Cláusula 3 -

Salvo las limitaciones o exclusiones que resulten de la presente póliza, el seguro cubre todos los accidentes (en los términos y alcances establecidos en la cláusula anterior) que le puedan ocurrir al Asegurado, ya sea en el ejercicio de la profesión declarada o mientras se halle prestando servicio militar en tiempo de paz, en su vida particular; o mientras esté circulando o viajando en vehículos particulares terrestres o acuáticos, propios o ajenos, conduciéndolos o no, o haciendo uso de cualquier medio habitual de transporte público de personas, ya sea terrestre, fluvial, lacustre, marítimo o en líneas de transporte aéreo regular.

Se cubren también los accidentes que se produzcan durante la participación en los siguientes entretenimientos y deportes exclusivamente: juegos de salón y la práctica normal y no profesional de: atletismo, básquetbol, bochas, bolos, canotaje, caza menor, ciclismo, deporte náutico a vela y/o motor por ríos o lagos, equitación, esgrima, excursiones a montañas por carreteras y senderos,

gimnasia, golf, handball, hockey sobre césped, natación, patinaje, pelota paleta, pelota al cesto, pesca (salvo en alta mar), remo, tenis, tiro (en polígonos habilitados), voleibol y water-polo.

Cláusula 4 -

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

RIESGOS NO ASEGURADOS

Cláusula 5 -

Quedan excluidos de este seguro:

- a) Las consecuencias de las enfermedades de cualquier naturaleza, inclusive las originadas por la picadura de insectos, salvo lo especificado en la Cláusula 2.
- b) Las lesiones causadas por la acción de los rayos X y similares, y de cualquier elemento radioactivo, u originadas en reacciones nucleares; de las lesiones imputables a esfuerzo, salvo los casos contemplados en la Cláusula 2; de insolación, quemaduras por rayos solares, enfriamiento y demás efectos de las condiciones atmosféricas o ambientales; de psicopatías transitorias o permanentes, y de operaciones quirúrgicas o tratamientos; salvo que cualquiera de tales hechos sobrevenga a consecuencia de un accidente cubierto conforme con la Cláusula 2 o del tratamiento de las lesiones por éste producidas.
- c) Los accidentes que el Asegurado o los beneficiarios, por acción u omisión, provoquen dolosamente o con culpa grave o el Asegurado los sufra en empresa criminal.
No obstante, quedan cubiertos los actos realizados para precaver el siniestro o atenuar sus consecuencias, o por un deber de humanidad generalmente aceptado (Arts. 152 y 70 L. de S.).
- d) Los accidentes causados por vértigos, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis, y los que ocurran por estado de enajenación mental, salvo cuando tales trastornos sean consecuencia de un accidente cubierto conforme a la Cláusula 2; o por estado de ebriedad o por estar el Asegurado bajo la influencia de estupefacientes o alcaloides.
- e) Los accidentes que ocurran mientras el Asegurado tome parte en carreras, ejercicios o juegos atléticos de acrobacia, o que tengan por objeto pruebas de carácter excepcional, o mientras participe en viajes o excursiones a regiones o zonas inexploradas.
- f) Los accidentes derivados de la navegación aérea no realizada en líneas de transporte aéreo regular.
- g) Los accidentes derivados del uso de motocicletas y vehículos similares, o de la práctica de deportes que no sean los enumerados en la Cláusula 3, o en condiciones distintas de las enunciadas en la misma.

Cláusula 6 -

También quedan excluidos de este seguro:

- a) Los accidentes causados por hechos de guerra civil o internacional.
- b) Los accidentes causados por hechos de: guerrilla, rebelión, terrorismo, motín o tumulto popular, huelga o lock-out, cuando el Asegurado participe como elemento activo.
- c) Los accidentes causados por fenómenos sísmicos, inundaciones u otros fenómenos naturales de carácter catastrófico.

PERSONAS NO ASEGURABLES

Cláusula 7 -

El seguro no ampara a menores de 14 años o mayores de 65 años, salvo pacto expreso en contrario.

MUERTE

Cláusula 8 -

Si el accidente causare la muerte, el Asegurador abonará la suma asegurada para este caso. Sin embargo, el Asegurador reducirá la prestación prevista para la muerte en los porcentajes tomados en conjunto, que hubiere abonado en concepto de invalidez permanente por este u otros accidentes ocurridos durante el mismo período anual de vigencia de la póliza.

El Asegurador deducirá también los importes que hubiere abonado en concepto de invalidez temporaria por el accidente que causó la muerte.

En caso de fallecimiento o de invalidez permanente que dé lugar a la prestación de la suma total asegurada a raíz de uno o varios accidentes cubiertos por la póliza y ocurridos durante su vigencia, quedarán automáticamente sin efecto las restantes coberturas, ganando el Asegurador la totalidad de la prima. En los seguros polianuales, el Asegurador gana la prima de los períodos transcurridos, incluyendo el del siniestro (hasta la prima total cobrada), calculada sobre la base de la tarifa anual.

INVALIDEZ PERMANENTE

Cláusula 9 -

Si el accidente causara una invalidez permanente determinada con prescindencia de la profesión u ocupación del Asegurado, el Asegurador pagará al Asegurado una suma igual al porcentaje, sobre la indemnización estipulada en las Condiciones Particulares, que corresponda de acuerdo con la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida y según se indica a continuación:

TOTAL	%
Estado absoluto e incurable de alienación mental, que no le permita al Asegurado realizar ningún trabajo u ocupación, por el resto de su vida.....	100
Fractura incurable de la columna vertebral que determine la invalidez total y permanente.....	100
 PARCIAL	
a) Cabeza	
Sordera total e incurable de los dos oídos.....	50
Pérdida total de un ojo o reducción de la mitad de la visión binocular normal.....	40
Sordera total e incurable de un oído.....	15
Ablación de la mandíbula inferior.....	50

b) Miembros superiores	der. izq.
Pérdida total de un brazo.....	65 52
Pérdida total de una mano.....	60 48
Fractura no consolidada de un brazo (seudoartrosis total).....	45 36
Anquilosis del hombro en posición no funcional.....	30 24
Anquilosis del hombro en posición funcional.....	25 20
Anquilosis del codo en posición no funcional.....	25 20
Anquilosis del codo en posición funcional.....	20 16
Anquilosis de la muñeca en posición no funcional.....	20 16
Anquilosis de la muñeca en posición funcional.....	15 12
Pérdida total del pulgar.....	18 14
Pérdida total del índice.....	14 11
Pérdida total del dedo medio.....	9 7
Pérdida total del anular o el meñique.....	8 6
c) Miembros inferiores	
Pérdida total de una pierna.....	55
Pérdida total de un pie.....	40
Fractura no consolidada de un muslo (seudoartrosis total).....	35
Fractura no consolidada de una pierna (seudoartrosis total).....	30
Fractura no consolidada de una rótula.....	30
Fractura no consolidada de un pie (seudoartrosis total).....	20
Anquilosis de la cadera en posición no funcional.....	40
Anquilosis de la cadera en posición funcional.....	20
Anquilosis de la rodilla en posición no funcional.....	30
Anquilosis de la rodilla en posición funcional.....	15
Anquilosis del empeine (garganta del pie) en posición no funcional.....	15
Anquilosis del empeine (garganta del pie) en posición funcional.....	8
Acortamiento de un miembro inferior de por lo menos cinco centímetros.....	15
Acortamiento de un miembro inferior de por lo menos tres centímetros.....	8
Pérdida total del dedo gordo de un pie.....	8
Pérdida total de otro dedo del pie.....	4

Por la pérdida total se entiende aquella que tiene lugar por la amputación o por la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano lesionado.

La pérdida parcial de los miembros u órganos será indemnizable en proporción a la reducción defini-

tiva de la respectiva capacidad funcional, pero si la invalidez deriva de pseudoartrosis, la indemnización no podrá exceder el 70% de la que corresponde por la pérdida total del miembro u órgano afectado.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo si se ha producido por amputación total o anquilosis, y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponde por la pérdida del dedo entero si se trata del pulgar y a la tercera parte por cada falange, si se trata de otros dedos.

Por la pérdida de varios miembros u órganos, se sumarán los porcentajes correspondientes a cada miembro u órgano perdido, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada para invalidez total permanente.

Cuando la invalidez así establecida llegue al 80% se considerará invalidez total y se abonará, por consiguiente, íntegramente la suma asegurada.

En caso de constar en la solicitud o propuesta que el Asegurado ha declarado ser zurdo, se invertirán los porcentajes de indemnización fijados por la pérdida de los miembros superiores.

La indemnización por lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración que precede constituyan una invalidez permanente será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con la de los casos previstos y siempre independientemente de la profesión u ocupación del Asegurado.

Las invalideces derivadas de accidentes sucesivos ocurridos durante un mismo período anual de la vigencia de la póliza y cubiertos por la misma serán tomados en conjunto a fin de fijar el grado de invalidez a indemnizar por el último accidente.

La pérdida de miembros u órganos incapacitados antes de cada accidente, solamente será indemnizada en la medida en que constituya una agravación de la invalidez anterior.

INVALIDEZ TEMPORARIA

Cláusula 10 -

Si el accidente causara una invalidez temporaria que impida al Asegurado atender sus ocupaciones habituales declaradas, el Asegurador le pagará la indemnización diaria estipulada para este caso por toda la duración de la invalidez, desde el primer día del tratamiento médico y hasta el máximo de 365 días. Dicha indemnización se reducirá a la mitad tan pronto como el Asegurado pueda dedicarse parcialmente a sus ocupaciones. Si el Asegurado no ejerce ninguna profesión, la indemnización quedará reducida a la mitad desde el día en que pueda salir de su vivienda.

Si con anterioridad al accidente el Asegurado hubiere sufrido otro u otros accidente/s cubierto/s por la póliza y ocurrido/s durante un mismo período anual de su vigencia, la indemnización diaria será reducida en un porcentaje igual al que representen, de acuerdo con la Cláusula 9, las invalideces permanentes indemnizables sufridas en los mismos y tomadas en conjunto, respecto a la suma asegurada para el caso de invalidez permanente.

CONCURRENCIA DE INVALIDECES

Cláusula 11 -

Cuando a una invalidez temporaria acompañe o sobrevenga una invalidez parcial permanente, la indemnización no podrá ser menor a la suma que corresponda por la invalidez parcial permanente,

más la que resulte de aplicar el porcentaje de capacidad final conservada, al importe total que hubiere correspondido por la invalidez temporaria.

AGRAVACIÓN POR CONCAUSAS

Cláusula 12 -

Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente de éste, de un estado constitucional anormal con respecto a la edad del Asegurado o de un defecto físico de cualquier naturaleza y origen, la indemnización que corresponda se liquidará de acuerdo con las consecuencias que el mismo accidente hubiera presumiblemente producido sin la mencionada concausa, salvo que esta fuere consecuencia de un accidente cubierto por la póliza y ocurrido durante la vigencia de la misma.

PLURALIDAD DE SEGUROS

Cláusula 13 -

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

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

El Asegurado no tiene obligación de notificar los riesgos de Accidentes Personales que se cubran accesoriamente en otras ramas de seguros.

RETICENCIA

Cláusula 14 -

Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Asegurado, aun hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones, si el Asegurador hubiese sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato.

El Asegurador debe impugnar el contrato dentro de los tres meses de haber conocido la reticencia o falsedad (Art. 5 - L. de S.).

Cuando la reticencia no dolosa es alegada en el plazo del Artículo 5 de la Ley de Seguros, el Asegurador, a su exclusivo juicio, puede anular el contrato, restituyendo la prima percibida con deducción de los gastos, o reajustarla, con la conformidad del Asegurado al verdadero estado del riesgo (Art. 6 - L. de S.).

Si la reticencia fuese dolosa o de mala fe, el Asegurador tiene derecho a las primas de los períodos transcurridos y del período en cuyo transcurso invoque la reticencia o falsa declaración (Art. 8 - L. de S.).

En todos los casos, si el siniestro ocurre durante el plazo para impugnar, el Asegurador no adeuda

prestación alguna (Art. 9 - L. de S.).

Cuando el contrato se efectúe por cuenta ajena, se juzgará la reticencia por el conocimiento y la conducta del Contratante y del Asegurado (Art. 10 - L. de S.).

AGRAVACIÓN O MODIFICACIÓN DEL RIESGO

Cláusula 15 -

El Asegurado debe denunciar al Asegurador las agravaciones del riesgo asumido, causadas por un hecho suyo, antes de que se produzcan; y las debidas a un hecho ajeno, inmediatamente después de conocerlas (Art. 38 - L. de S.).

Se entiende por agravación del riesgo asumido la que, si hubiese existido al tiempo de la celebración, a juicio de peritos habría impedido este contrato o modificado sus condiciones (Art. 37 - L. de S.).

Se consideran agravaciones del riesgo (Art. 132 - L. de S.) únicamente las que provengan de las siguientes circunstancias:

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

Cuando la agravación se deba a un hecho del Asegurado la cobertura queda suspendida. El Asegurador, en el término de siete días, deberá notificar su decisión de rescindir (Art. 39 - L. de S.).

Cuando la agravación resulte de un hecho ajeno al Asegurado, el Asegurador deberá notificarle su decisión de rescindir dentro del término de un mes y con un preaviso de siete días. Se aplicará el Artículo 39 de la Ley de Seguros si el riesgo no se hubiera asumido según las prácticas comerciales del Asegurador (Art. 40 - L. de S.).

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

Esta regla no se aplica a las exclusiones previstas en la Cláusula 5, Inciso g).

La rescisión del contrato por agravación del riesgo da derecho al Asegurador:

- a) Si la agravación del riesgo le fue comunicada oportunamente, a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido.
- b) Si no le fue comunicada oportunamente, a percibir la prima por el período de seguro en curso, no mayor de un año (Art. 41 - L. de S.).

PAGO DE LA PRIMA

Cláusula 16 -

La prima es debida desde la celebración del contrato, pero no es exigible sino contra entrega de la póliza, salvo que se haya emitido un certificado o instrumento provisorio de cobertura (Art. 30 - L. de S.). En caso de que la prima no se pague contra la entrega de la presente póliza, su pago queda sujeto a las condiciones y efectos establecidos en la "Cláusula de Cobranza de Premios" que forma parte del presente contrato.

FACULTADES DEL PRODUCTOR O AGENTE

Cláusula 17 -

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

- a) Recibir propuestas de celebración y modificación de contratos de seguro.
- b) Entregar los instrumentos emitidos por el Asegurador, referentes a contratos o sus prórrogas.

CARGAS DEL ASEGURADO O BENEFICIARIOS EN CASO DE ACCIDENTE

Cláusula 18 -

El Asegurado o los beneficiarios comunicarán al Asegurador el acaecimiento del siniestro dentro de los tres días de conocerlo, bajo pena de perder el derecho a ser indemnizado, salvo que acredite caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia (Arts. 46 y 47 - L. de S.).

Desde el momento de hacerse aparentes las lesiones, el accidentado deberá someterse, a su cargo, a un tratamiento médico racional y seguir las indicaciones del facultativo que lo asiste; deberá enviarse al Asegurador un certificado del médico que atiende al lesionado expresando la causa y naturaleza de las lesiones sufridas por el Asegurado, sus consecuencias conocidas o presuntas, y la constancia de que se encuentra sometido a un tratamiento médico racional. El Asegurado remitirá al Asegurador cada 15 días certificaciones médicas que informen sobre la evolución de las lesiones y actualicen el pronóstico de curación. Asimismo, el Asegurado deberá someterse al examen de los médicos del Asegurador cada vez que éste lo solicite.

El Asegurado o los beneficiarios están obligados a suministrar al Asegurador, a su pedido, la información necesaria para verificar el siniestro o la extensión de la prestación a su cargo, la prueba instrumental en cuanto sea razonable que la suministre, y a permitirle al Asegurador las indagaciones necesarias a tales fines (Art. 46 - L. de S.) sin perjuicio de la información a que se refiere el párrafo anterior. En especial, el Asegurado o los beneficiarios deberán presentar:

- a) En caso de muerte: la documentación pertinente y la comprobación del derecho de los reclamantes.
- b) En caso de invalidez permanente: la documentación pertinente, que incluya el alta y los certificados que acrediten el grado de invalidez definitiva.
- c) En caso de invalidez temporaria: la documentación pertinente, que incluirá el alta definitiva.

Cláusula 19 -

En caso de fallecimiento del Asegurado, el Asegurador se reserva el derecho de exigir la autopsia o la exhumación del cadáver para establecer las causas de la muerte, debiendo los beneficiarios prestar su conformidad y su concurso para la obtención de las correspondientes autorizaciones para realizarlas.

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

RESIDENCIA EN EL EXTRANJERO

Cláusula 20 -

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

REDUCCIÓN DE LAS CONSECUENCIAS

Cláusula 21 -

El Asegurado, en cuanto le sea posible, debe impedir o reducir las consecuencias del siniestro, y observar las instrucciones del Asegurador al respecto, en cuanto sean razonables (Art. 150 - L. de S.).

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO

Cláusula 22 -

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

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

Cuando se designe a los hijos, se entiende los concebidos y los sobrevivientes al tiempo de ocurrir el evento previsto.

Cuando se designe a los herederos, se entiende a los que, por ley, suceden al Asegurado, si no hubiere otorgado testamento; si lo hubiere otorgado, se tendrá por designados a los herederos instituidos. Si no se fija cuota parte, el beneficio se distribuirá conforme a las cuotas hereditarias. Cuando el contratante no designe beneficiario o por cualquier causa la designación se haga ineficaz o quede sin efecto, se entiende que designó a los herederos (Arts. 145 y 146 - L. de S.).

CAMBIO DE BENEFICIARIO

Cláusula 23 -

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

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

VALUACIÓN DE PERITOS

Cláusula 24 -

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

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

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

Los honorarios y gastos de los médicos de las partes serán a su respectivo cargo y los del tercero serán pagados por la parte cuyas pretensiones se alejen más del dictamen definitivo, salvo en caso de equidistancia en que se pagarán por mitades entre las partes (Art. 57 - última parte - L. de S.).

CUMPLIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DEL ASEGURADOR

Cláusula 25 -

El pago se hará dentro de los 15 días de notificado el siniestro o de cumplidos los requisitos a que se refieren las Cláusulas 18 y 19 de estas Condiciones Generales, el que sea posterior.

Cuando el Asegurador hubiere reconocido el derecho, pero aún no estuviera establecido el grado de invalidez permanente, el Asegurado podrá reclamar un pago a cuenta del 50% de la prestación estimada por el Asegurador. A más tardar, dentro de los 18 meses de ocurrido el accidente se ajustará y liquidará definitivamente la prestación según la invalidez resultante en ese momento.

En caso de invalidez temporaria y mientras no se dé el alta definitiva, se pagará al Asegurado, a su pedido, la renta diaria correspondiente en forma mensual.

En caso de viaje aéreo del Asegurado, si no se tuvieron noticias del avión por un período no inferior a dos meses, el Asegurador hará efectivo el pago de la indemnización establecida en la presente póliza para el caso de muerte. Si apareciera el Asegurado o se tuvieron noticias ciertas de él, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de las sumas pagadas, pero el Asegurado podrá hacer valer sobre tales sumas las pretensiones a que eventualmente tenga derecho en el caso de que hubiere sufrido accidentes resarcibles cubiertos por la presente póliza.

CADUCIDAD POR INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES Y CARGAS

Cláusula 26 -

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

RESCISIÓN UNILATERAL

Cláusula 27 -

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

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

Si el Asegurador ejerce el derecho de rescindir, la prima se reducirá proporcionalmente por el plazo no corrido.

Si el Asegurado opta por la rescisión, el Asegurador tendrá derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido, según las tarifas de corto plazo (Art. 18, 2do párrafo, L. de S.).

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

DOMICILIOS PARA DENUNCIAS Y DECLARACIONES

Cláusula 28 -

El domicilio en que las partes deben efectuar las denuncias y declaraciones previstas en la Ley de Seguros o en el presente contrato es el último declarado (Arts. 15 y 16 - L. de S.).

CÓMPUTO DE LOS PLAZOS

Cláusula 29 -

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

PRÓRROGA DE JURISDICCIÓN

Cláusula 30 -

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

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