

SEGURO COLECTIVO DE SALUD

CONDICIONES GENERALES

Artículo 1: Disposiciones Aplicables y Orden de Prelación

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

- Condiciones Generales
- Condiciones Particulares

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

Artículo 2: Definiciones

Se entiende por:

IPS: Al Instituto Provincial de Salud de Salta, creado por Ley de la Provincia de Salta Nro. 7.127.

Compañía: Instituto de Salta Compañía de Seguros de Vida S.A.U.

Tomador: A la persona contratante de la póliza, que suscribe el contrato de Seguro, cuyos empleados revisten la calidad de afiliados obligatorios al IPS o a la obra social establecida en las Condiciones Particulares.

Asegurado Principal: A los empleados del Tomador, que sean afiliados obligatorios al IPS o a la obra social establecida en las Condiciones Particulares, que hubieran adherido al presente seguro, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 10 de estas Condiciones Generales, y que se identifican en el correspondiente Certificado de Incorporación Individual.

Asegurado Familiar: A las personas que por su vínculo con el Asegurado Principal, sean beneficiarios del sistema de salud instituido por el IPS o por la obra social establecida en las Condiciones Particulares, de conformidad con la normativa aplicable, que hubieran adherido al presente seguro, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 10 de estas Condiciones Generales, y que se identifican en el correspondiente Certificado de Incorporación Individual.

Se deja establecido que únicamente podrán ser incorporados el cónyuge o integrante de la unión convivencial y los hijos del Asegurado Principal.

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

Establecimiento Asistencial: A un establecimiento dedicado a la asistencia médica, sea este un sanatorio, hospital, clínica, instituto, o policlínico que se halle legalmente autorizado, que opere bajo la supervisión permanente de un médico acreditado como tal, que posea servicio de enfermeros durante las veinticuatro (24) horas del día y esté equipado para cirugía mayor, que integre la Nómina de Prestadores del IPS o a la obra social establecida en las Condiciones Particulares.

Internación: A la permanencia en un Establecimiento Asistencial por un lapso de 12 horas o más a los efectos de recibir algún tipo de tratamiento médico específico para una enfermedad, accidente o dolencia. Se incluyen internaciones quirúrgicas, clínicas (no quirúrgicas) y por parto o cesárea.

Emergencias: Situaciones derivadas de una enfermedad o accidente que ponen en riesgo la vida del Asegurado y requieren su atención médica inmediata.

Urgencias: Son aquellas circunstancias derivadas de una enfermedad o accidente en las que, sin bien no se pone en riesgo la vida del paciente en forma inmediata, se requiere premura en la atención por su naturaleza y síntomas, de manera que no se transforme en una Emergencia.

Consultas Médicas: es la atención brindada por un profesional médico a un paciente ambulatorio que asiste a él para solicitar su opinión médica. La atención debe realizarse en un consultorio externo legalmente autorizado o una unidad para paciente externo dentro del Establecimiento Asistencial.

Premio: Es el importe a pagar por el Asegurado Principal por la cobertura otorgada por la presente póliza.

Artículo 3: Inicio de Vigencia de la Póliza

Esta póliza adquiere fuerza legal desde las doce horas de la fecha de inicio de vigencia consignada en las Condiciones Particulares. Es de vigencia anual, renovable automáticamente, de no mediar indicación contraria comunicada con treinta (30) días de anticipación a la fecha de renovación automática por cualquiera de la Partes.

Artículo 4: Riesgo Cubierto

Esta póliza otorga a los Asegurados el derecho a reintegro de gastos, con los alcances estipulados en el Artículo 8 de esta Condiciones Generales, cuando dichos gastos hayan sido incurridos por el Asegurado durante la vigencia de la cobertura bajo su respectivo Certificado Individual de Incorporación, como consecuencia de los eventos cubiertos que se describen a continuación:

4.1. Internación del Asegurado:

Sujeto a los restantes términos y condiciones de esta póliza, la Compañía reintegrará los gastos que reúnan las condiciones enumeradas en el encabezamiento de este Artículo 4, incurridos durante la permanencia del Asegurado en un Establecimiento Asistencial como consecuencia de una Internación que se hubiera iniciado durante la vigencia del respectivo Certificado Individual de Incorporación del Asegurado y una vez transcurrido el Plazo de Carencia, siempre que esos gastos hayan sido incurridos por los siguientes conceptos: pensión sanatorial en habitación individual, servicio general de enfermería, estudios de laboratorio, estudios por imágenes, gasto quirúrgico y otros servicios hospitalarios provistos por el Establecimiento Asistencial durante la internación del Asegurado. Esta cobertura incluye gastos incurridos tanto en Internación general como en Unidad de cuidados intensivos o Unidad Coronaria del Establecimiento Asistencial.

4.2. Prácticas ambulatorias en un Establecimiento Asistencial

Sujeto a los restantes términos y condiciones de esta póliza, la Compañía reintegrará los gastos que reúnan las condiciones enumeradas en el encabezamiento de este Artículo 4, incurridos con motivo de la realización de alguna de las siguientes intervenciones o prácticas en un Establecimiento Asistencial durante la vigencia del respectivo Certificado Individual de Incorporación del Asegurado y una vez transcurrido el Plazo de Carencia, siempre que esos gastos hayan sido incurridos, por los siguientes conceptos:

- a) Estudios diagnósticos por imágenes: ya sean radiográficos, ecográficos, tomográficos o resonancias magnéticas, con o sin anestesia y con o sin contraste;
- b) Atención de emergencias o urgencias médicas;
- c) Las cirugías que no requieran Internación.

4.3. Consultas Médicas

Sujeto a los restantes términos y condiciones de esta póliza, la Compañía reintegrará los gastos que reúnan las condiciones enumeradas en el encabezamiento de este Artículo 4, incurridos con motivo de la realización de Consultas Médicas correspondientes a todas las especialidades reconocidas por la autoridad sanitaria, durante la vigencia del respectivo Certificado Individual de Incorporación del Asegurado y una vez transcurrido el Plazo de Carencia.

Artículo 5: Plazo de Carencia

Se define el concepto de carencia como el período contado desde la fecha de inicio de vigencia del Certificado Individual de Incorporación, durante el cual el Asegurado no posee cobertura, pero sí la obligación de abonar primas.

Ninguna cobertura bajo esta póliza se indemnizará si el evento acontece durante el plazo de tres (3) meses, desde el inicio de vigencia del Certificado Individual de Incorporación del Asegurado, salvo que el mismo sea consecuencia de una urgencia o emergencia, es decir que no sea programado.

Asimismo, queda convenido que a los fines de indemnizar una Internación por parto o cesárea, el plazo de carencia será de trescientos (300) días, contado desde la fecha de inicio de vigencia del Certificado Individual de Incorporación, salvo que el mismo sea consecuencia de una urgencia o emergencia, es decir que no sea programado.

Finalmente se deja establecido que el plazo de carencia para la cobertura de “Estudios Diagnósticos por Imágenes” será de 60 días.

El Plazo de Carencia no será de aplicación cuando la Compañía hubiera solicitado requisitos de asegurabilidad para aceptar la cobertura.

Artículo 6: Gastos No Cubiertos

La presente póliza no otorga cobertura en caso de Internación del Asegurado, conforme al artículo 4.1. o en caso de cirugías que no requieren Internación, conforme al artículo 4.2, inciso c), respecto de los siguientes gastos:

- a) Honorarios médicos y de anestesiastas.
- b) Gastos de artículos de uso personal que no sean de índole médica.
- c) Gastos derivados de internaciones psiquiátricas, por rehabilitaciones de cualquier naturaleza
- d) Prótesis.

A su vez, la presente póliza no otorga cobertura en caso de Consultas Médicas, conforme al artículo 4.3, respecto de los siguientes gastos:

- a) Honorarios por Consultas Médicas que no se encuentren en el Nomenclador de IPS, Establecimiento Asistencial o en la obra social establecida en las Condiciones particulares.
- b) Honorarios por Consultas Médicas diferenciales o “plus”, adicionales a los enunciados en el punto a) anterior.
- c) Prácticas que deriven de la consulta médica, salvo las enumeradas conforme a los artículos 4.1 y 4.2.

Artículo 7: Riesgos No Cubiertos

La Compañía no pagará el beneficio previsto en esta póliza cuando el hecho desencadenante del gasto incurrido por el Asegurado sea consecuencia directa de alguna de las siguientes causas:

- a) Tentativa de suicidio o suicidio.
- b) Si es provocado por deliberadamente por acto ilícito del Asegurado;
- c) Por duelo o riña, salvo que se tratase de legítima defensa; por participación en empresa criminal o por aplicación legítima de la pena de muerte;
- d) Acto de guerra civil o internacional, guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo y tumulto popular (excepto cuando el mismo sea consecuencia de huelga en el marco de los derechos establecidos por la Organización Internacional del Trabajo), cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo
- e) Abuso en el consumo de drogas, estupefacientes, narcóticos, enervantes o estimulantes, excepto que se demuestre que los mismos fueron utilizados bajo prescripción médica sin incurrir en abuso.
- f) Abuso en el consumo de alcohol. A los efectos de la presente exclusión y para los casos de accidentes, se define como abuso de alcohol aquellos casos en los que, habiéndose practicado un test o examen de alcoholemia de cualquier tipo, a los efectos de determinar los valores de alcohol en sangre, el resultado del mismo arroje un valor igual o superior a un gramo de alcohol por mil gramos de sangre al momento del accidente, y siempre que exista nexos causal entre el accidente y el resultado arrojado. En caso que el test o examen de alcoholemia practicado informe el resultado a un momento posterior al accidente, a los fines de determinar el nivel de alcohol al momento del accidente queda establecido que la cantidad del alcohol en la sangre de una persona, desciende a razón de 0,11 gramos de alcohol por mil gramos de sangre por hora.
- g) Someterse a intervenciones quirúrgicas o médicas ilícitas o a tratamientos no autorizados legalmente o de carácter experimental o realizados en instituciones o por personal legalmente no habilitado, teniendo conocimiento de tal circunstancia,
- h) Por la práctica o el uso de la navegación aérea, salvo como pasajero en líneas regulares, o por ascensiones aéreas o aladeltismo,
- i) Por la participación en viajes o excursiones a zonas o regiones inexploradas o prácticas deportivas submarinas o subacuáticas o escalamiento de montaña,
- j) Competir en pruebas de pericia y/o velocidad con vehículos mecánicos o de tracción a sangre o en justas hípicas,
- k) Intervenir en pruebas de prototipos de aviones, automóviles y otros vehículos de propulsión mecánica,
- l) Desempeño paralelo de las profesiones de acróbata, buzo, jockey y domador de potros o fieras, y/o la práctica de los siguientes deportes o actividades: alpinismo, andinismo, esquí acuático o de montaña, motonáutica, manipuleo de explosivos y/o armas o con exposición a radiaciones atómicas, (m) acontecimientos catastróficos originados por reacciones nucleares o energía atómica, (n) alteraciones mentales,
- m) Epidemias, pandemias, envenenamiento de carácter colectivo, enfermedades infectocontagiosas de denuncia internacional,
- n) Temblor de tierra, erupción volcánica, inundación u otros fenómenos naturales, sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario,
- o) De problemas relacionados con la fertilidad masculina o femenina, esterilización masculina o femenina, cambio de sexo o mal funcionamiento sexual o esterilidad,
- p) De cualquier forma de suplemento alimenticio o cualquier programa para controlar el peso, salvo que sea para mantener con vida a un paciente gravemente enfermo,
- q) Cirugía estética y/o plástica y/o cosmetológica y sus tratamientos relacionados, excepto aquellas para las que se compruebe que poseen una finalidad reparadora de una función afectada por eventos cubiertos por esta póliza.
- r) Heridas autoinfligidas por el Asegurado aún las cometidas en estado de insanía,
- s) Curas de reposo, adelgazamiento, rejuvenecimiento o ayuno prolongado.

Artículo 8: Beneficio

La Compañía, una vez comprobada la existencia de un evento cubierto amparado por esta póliza de conformidad con las definiciones contenidas en el Artículo 4 de estas Condiciones Generales, reintegrará al Asegurado el gasto en que hubiera incurrido en un Establecimiento Asistencial o consultorio externo, según corresponda, por dicho evento cubierto por los conceptos que se enumeran a continuación:

- a) La proporción del valor de la prestación conforme al Nomenclador del IPS o de la obra social establecida en las Condiciones Particulares, que resulta a cargo del Asegurado, y
- b) Cualquier diferencia entre el precio de los servicios cubiertos a valores del Establecimiento Asistencial y el valor del Nomenclador del IPS o de la obra social establecida en las Condiciones Particulares, incurridos por el Asegurado en alguno de los Establecimientos Asistenciales enumerados en el Anexo I de las Condiciones Particulares.

El importe total a reintegrar a cada Asegurado por cada Cobertura definida en el Artículo 4 de estas Condiciones Generales, por todo concepto y por la totalidad de los eventos cubiertos bajo esa Cobertura, en ningún caso superará en el año póliza el Capital Asegurado Máximo de la cobertura específica indicado en las Condiciones Particulares de la póliza y el Certificado Individual de Incorporación.

Artículo 9: Personas Asegurables

A los efectos del presente seguro, se considera que es Persona Asegurable como Asegurado Principal, a todo empleado del Tomador, que sea afiliado obligatorio del IPS, de conformidad con la Ley de la Provincia de Salta Nro. 7127 o de la obra social establecida en las Condiciones Particulares, que no hubiera superado la edad máxima de ingreso indicada en las Condiciones Particulares.

A los efectos del presente seguro, se considera que es Persona Asegurable como Asegurado Familiar, a cualquier persona por su vínculo con un Asegurado Titular haya sido aceptada como beneficiario del IPS, de conformidad con la Ley de la Provincia de Salta Nro. 7127 o de la obra social establecida en las Condiciones Particulares, que no hubiera superado la edad máxima de ingreso indicada en las Condiciones Particulares.

Dichos Asegurables se convertirán en Asegurados, cuando soliciten la incorporación a la presente póliza y recién una vez que cumplan satisfactoriamente con los requisitos de selección determinados por la Compañía, de corresponder. El Asegurado quedará incorporado a la cobertura de esta póliza a partir de la fecha de inicio de vigencia de la cobertura indicada en su respectivo Certificado de Incorporación Individual.

Se deja establecido que únicamente podrán ser incorporados el cónyuge o integrante de la unión convivencial y los hijos del Asegurado Principal.

Artículo 10: Plazo para solicitar la Incorporación al Seguro

Todo asegurable que desee incorporarse a la póliza, deberá solicitarlo por escrito, a través de la solicitud individual que para tales efectos proveerá la Compañía, dentro de los treinta (30) días contados desde la fecha en que fuera asegurable. Una vez aprobada la solicitud por la Compañía, la cobertura entrará en vigor según lo establecido en el artículo 9 de estas Condiciones Generales.

Los asegurables que soliciten su incorporación a esta póliza, fuera del término indicado, como asimismo los que vuelvan a solicitar su cobertura individual después de haberlo rescindido, deberán previamente cumplimentar las pruebas médicas y/o los requisitos de asegurabilidad que determine la Compañía, a fin de que ésta considere su solicitud. Cumplidos los requisitos que se establecieron y siempre que resultaren satisfactorios a juicio de la Compañía, el asegurable quedará incorporado al seguro desde la fecha que prevé el Artículo 9 de estas Condiciones Generales.

Se determina un plazo de treinta (30) días corridos desde la recepción de la solicitud individual por parte de la Aseguradora, para que ésta se expida sobre la aceptación o rechazo de todo asegurable. En caso de silencio por parte de la misma la solicitud individual se considerará aceptada.

Los Asegurados Principales deberán notificar a la Compañía o al Tomador, según el caso, dentro de los treinta (30) días de producida, cualquier circunstancia que origine variaciones en los asegurados miembros de la familia pasibles de cobertura bajo la póliza. En caso de no solicitar su incorporación dentro del plazo referido, serán aplicables las disposiciones del párrafo precedente.

Artículo 11: Certificados Individuales de Incorporación

La Compañía proporcionará a cada Asegurado Principal, por intermedio del Tomador, un certificado individual en el que se establecen los derechos y obligaciones de las partes, así como también los beneficios que otorga la presente póliza y la fecha de entrada en vigor del correspondiente certificado individual.

Artículo 12: Pago de las primas

Las primas deberán ser abonadas por el Asegurado por intermedio del Tomador por alguno de los medios debidamente habilitados por la Compañía a tales fines de conformidad con la normativa vigente, con la periodicidad y en las fechas indicadas en las Condiciones Particulares.

Artículo 13: Prima del Seguro

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

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

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

La tasa de prima media sólo podrá ser ajustada en cada aniversario de la póliza por la Compañía, a excepción de lo establecido en el artículo 17, con el objeto de adecuar la prima al verdadero estado del riesgo sobre la base de la información que a tales efectos se requerirá del Asegurado.

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

La Compañía comunicará por escrito la nueva tasa de prima media, con una anticipación no inferior a treinta (30) días a la fecha en que comiencen a regir las mismas.

Artículo 14: Plazo de Gracia – Falta de pago de las primas

La Compañía concede un plazo de gracia de treinta (30) días para el pago, sin recargo de intereses de todas las primas, plazo durante el cual esta póliza continuará en vigor.

Para el pago de la primera prima el plazo de gracia se contará desde la fecha de inicio de vigencia de esta póliza. Para el pago de las primas siguientes, dicho plazo de gracia correrá a partir de las doce (12) horas del día en que venzan cada una de ellas.

Vencido el plazo de gracia y no abonada la prima, caducarán todos los derechos emergentes de esta póliza o del Certificado Individual de Incorporación impago, según corresponda, salvo las obligaciones pendientes a cargo de la Compañía. El Asegurado adeudará a la Compañía la prima correspondiente al mes de gracia, salvo que dentro de dicho plazo hubiese solicitado por escrito su rescisión, en cuyo caso deberá pagar la prima calculada a prorrata por los días transcurridos desde el vencimiento de la prima impaga hasta la fecha de envío de la solicitud de rescisión.

En caso de fallecimiento de algún Asegurado, la obligación del pago de primas cesará en la fecha de exigibilidad de la prima correspondiente al mes de su fallecimiento.

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

Artículo 15: Pago del Beneficio - Comprobación de Gastos Incurridos

La Aseguradora, una vez comprobada la existencia de un evento cubierto amparado por esta póliza, abonará el beneficio dentro del plazo estipulado en el Artículo 49º, 2º párrafo de la Ley N° 17.418.

En caso de fallecimiento del Asegurado con anterioridad al cobro del beneficio se abonará el mismo a los beneficiarios instituidos.

Será condición necesaria para obtener el beneficio acordado por estas Condiciones Generales, la presentación de las facturas originales y recibos, probatorias de los gastos efectuados, conjuntamente con la constancia de autorización de la prestación por parte del IPS o de la obra social establecida en las Condiciones Particulares. Tal documentación deberá ser presentada a la Compañía dentro de un plazo de hasta 10 días posteriores a la fecha en que tales gastos hayan sido incurridos.

Cualquier demora de dicha información, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia, hará perder al Asegurado el derecho a los beneficios que le corresponderían por los días anteriores a la fecha de recepción de esa información por la Compañía.

La Compañía se reserva el derecho de revisar al Asegurado por facultativos de su elección y con gastos a su cargo para comprobar la procedencia de la reclamación de los beneficios. Asimismo, podrá solicitar información a los médicos que hayan asistido al Asegurado y podrá adoptar todas las medidas tendientes a comprobar y controlar las informaciones recibidas, así como esclarecer presuntos errores, simulaciones o fraudes, con todos los gastos a su cargo.

El Asegurado perderá todo derecho a indemnización si cualquier información fuera simulada o fraudulenta, sin perjuicio de las acciones legales que correspondan.

Artículo 16: Plazo de Prueba

La Compañía, dentro de los quince (15) días de recibidas las constancias o comprobaciones establecidas en el artículo 15, deberá hacer saber al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio.

Si las comprobaciones exigidas no resultaren concluyentes, la Compañía podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor de treinta (30) días. La no contestación, por parte de la Compañía dentro del plazo establecido, significará automáticamente el reconocimiento del beneficio reclamado.

Artículo 17: Cantidad de Asegurados Principales y Porcentaje Mínimo de Adhesión

Es requisito primordial para que este seguro pueda mantenerse en vigencia, en las condiciones pactadas en materia de capitales asegurados y tarifa de primas, que tanto la cantidad de Asegurados Principales, como el

porcentaje de los mismos con relación a los que se hallen en condiciones de ser incorporados al seguro, alcancen por lo menos a los mínimos indicados en las Condiciones Particulares de esta póliza.

Si en un determinado momento no se reunieran los mínimos antes mencionados, la Compañía se reserva el derecho de reducir los beneficios asegurados y/o modificar la tarifa de primas aplicada en el próximo aniversario de la póliza. La Compañía notificará la decisión por escrito al Tomador con una anticipación mínima de treinta (30) días.

Artículo 18: Reticencia o Falsa Declaración

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

La Aseguradora no invocará como reticencia o falsa declaración la omisión de hechos o circunstancias cuya pregunta no conste expresa y claramente en la solicitud del seguro, en las solicitudes individuales y/o declaraciones personales de salud.

La Aseguradora cuenta con un plazo de tres (3) meses, contado desde que tomó conocimiento de la reticencia, para impugnar el contrato de nulidad o proceder a su reajuste.

Transcurridos tres (3) años desde la celebración del contrato y/o de la emisión del Certificado Individual de Cobertura, lo que sea posterior, la Aseguradora no puede invocar la reticencia, excepto cuando fuere dolosa.

Artículo 19: Rescisión de esta Póliza

Esta póliza podrá ser rescindida por el Tomador en cualquier momento después del primer período anual del seguro, previo aviso por escrito con una anticipación no menor a treinta (30) días.

Por su parte, la Compañía sólo podrá optar por no renovar la póliza al vencimiento de cada aniversario, mediante aviso por escrito con una anticipación no menor a treinta (30) días, conforme a lo indicado en el Artículo 3 de estas Condiciones Generales.

Ninguna de las rescisiones indicadas en el presente artículo generará derecho a indemnización y/o compensación alguna a la otra Parte.

Artículo 20: Terminación de la Cobertura Individual de cada Asegurado

La cobertura individual de cada Asegurado bajo su respectivo Certificado de Incorporación Individual queda extinguida:

- a) Por renuncia del Asegurado a continuar con el seguro;
- b) Cuando el Asegurado Principal deja de pertenecer al grupo regido por el Tomador; por cesantía o retiro voluntario del empleo y si dejara de ser afiliado al IPS o a la obra social establecida en las Condiciones Particulares por cualquier causa.
- c) Por rescisión o caducidad de la póliza por cualquier causa;
- d) Al alcanzar el Asegurado la edad máxima de permanencia establecida en las Condiciones Particulares;
- e) Para los Asegurados Familiares cuando pierdan su condición de beneficiarios del sistema de salud instituido por el IPS o por la obra social establecida en las Condiciones Particulares;
- f) Por comprobación de simulaciones o fraudes referentes a un Asegurado o relacionado con sus reclamos de beneficio;
- g) Por fallecimiento del Asegurado Principal.

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

Se presumirá que un Asegurado ha renunciado a continuar con el Seguro, sin admitirse prueba en contrario, cuando al mismo no se le efectúe el descuento correspondiente a la prima de este seguro y no se ingrese a la Compañía dicho importe en la forma y plazo previstos en los artículos 12 y 14 de estas Condiciones Generales.

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

En cualquier caso de rescisión o caducidad de esta póliza, caducarán simultáneamente todos los certificados individuales cubiertos por ella, salvo las obligaciones pendientes a cargo de la Compañía.

Se dará cobertura, a los siniestros ocurridos a los asegurados siempre que los mismos hayan acontecido antes de la rescisión del certificado del Asegurado, lo cual no afectará el compromiso de la Compañía para con el siniestrado, puesto que la obligación es anterior a dicha rescisión.

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

Artículo 21: Cesiones

Los derechos emergentes de esta póliza y de los Certificados respectivos, pueden ser transferidos solamente a favor de los Establecimientos Asistenciales. Toda otra cesión o transferencia se considerará nula y sin efecto alguno.

Artículo 22: Notificaciones

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

Artículo 23: Caducidad por Incumplimiento de Obligaciones y Cargas

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

Artículo 24: Duplicado de póliza y de certificados - Copias

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

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

Artículo 25: Impuestos, Tasas y Contribuciones

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

Artículo 26: Domicilio para las Denuncias y Declaraciones

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

Artículo 27: Cómputo de los Plazos

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

Artículo 28: Prórroga de Jurisdicción

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

Sin perjuicio de ello, el Asegurado o sus beneficiarios, podrán presentar sus demandas contra la Compañía 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.

Esta póliza ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación por Resolución N° RESOL-2018-398-APN-SSN#MF y por aprobación tácita expedientes EX-2020-33144827-APN-GTYN#SSN y EX-2020-50403216-APN-GTYN#SSN