

CONDICIONES GENERALES

Artículo 1°. Riesgos Cubiertos

La Aseguradora únicamente pagará el capital asegurado estipulado en las Condiciones Particulares cuando a la Asegurada le sea diagnosticado clínicamente por primera vez, después de finalizado el período de carencia y durante la vigencia del seguro, alguno de los cánceres primarios específicos enumerados a continuación, cuyas coberturas hayan sido expresamente contratadas y consignadas como tales en las Condiciones Particulares:

1. Cáncer del cérvix o cuello uterino.
2. Cáncer de mama.
3. Cáncer del endometrio uterino.
4. Cáncer de los ovarios.

En caso de ser la Asegurada diagnosticada con un cáncer no cubierto por la cobertura –a excepción del cáncer de piel no melanoma-, se le devolverá a la Asegurada la suma correspondiente al valor nominal de las primas pagadas durante el año calendario del diagnóstico, hasta el momento de la efectución del mismo.

Artículo 2°. Definiciones

Contratante: Es la persona que contrata la póliza y es indicada como tal en las Condiciones Particulares.

Asegurada: Es la persona cubierta por la póliza y es indicada como tal en las Condiciones Particulares.

Compañía o Aseguradora: Se refiere a Sancor Cooperativa de Seguros Limitada.

Fecha inicial de vigencia: Es la hora cero del día indicado en las Condiciones Particulares para el comienzo de la cobertura prevista en la póliza.

Fecha de emisión: Es la fecha en la cual la póliza es emitida. Se encuentra indicada en las Condiciones Particulares.

Edad inicial: Es la edad que a la fecha inicial de vigencia de la póliza tenga la Asegurada.

Edad para el seguro: Es la edad al cumpleaños más cercano a la fecha de inicio de vigencia de la póliza.

Cáncer: Es la presencia de un tumor maligno caracterizado por el crecimiento y expansión incontrolados y la invasión y destrucción de tejidos en uno de los órganos femeninos específicos (mamas, cérvix, ovarios o útero) el cual no es consecuencia directa de una metástasis o cáncer originado en otro(s) órgano(s), tejido(s) u otra(s) parte(s) del cuerpo. El tumor original es denominado cáncer primario y es usualmente nombrado por la parte del cuerpo en la cual tuvo origen dicho tumor. El diagnóstico del cáncer deberá ser realizado por un médico oncólogo o patólogo, quien deberá confirmar a través de un informe por escrito la evidencia anatomopatológica de malignidad después de realizar un estudio de arquitectura histocitológica o examen de tejidos fijos.

Metástasis: Es la diseminación de un cáncer de una parte del cuerpo a otra. Un tumor formado por células que se diseminaron es denominado "tumor metastásico" o "metástasis". El tumor metastásico contiene células que son similares a las del tumor original (primario).

Condición preexistente: Significa una condición de la Asegurada que implica padecer de un cáncer diagnosticado, cualquiera sea su naturaleza; encontrándose sujeta a un proceso de estudio de

diagnóstico de cáncer, cualquiera sea su naturaleza; o estar o haber estado en tratamiento por cáncer, cualquiera sea la naturaleza de este último, a la fecha de contratación de la póliza.

Artículo 3°. Período de carencia

Se define el concepto de carencia como el período de tiempo, contado desde la fecha inicial de vigencia del seguro o desde la última rehabilitación, durante el cual la Asegurada no posee cobertura, pero sí la obligación de abonar primas.

El Período de Carencia se establece en las Condiciones Particulares correspondientes.

Artículo 4°. Vigencia

La vigencia de esta póliza es mensual, prorrogable automáticamente en iguales condiciones contractuales y tarifarias por otros once períodos mensuales, a condición de que se encuentre pago el premio del período anterior.

Cumplida la anualidad, el contrato será renovado automáticamente en los términos precedentes.

La Asegurada y la Aseguradora tienen derecho a no renovar la póliza a su correspondiente vencimiento anual, comunicando esta voluntad por escrito a la otra parte con una antelación no menor a 30 (treinta) días.

Artículo 5°. Declaraciones de la asegurada

Esta póliza se emite según la declaración del Contratante y/o de la Asegurada consignada en la respectiva solicitud, en el cuestionario relativo a la salud y en el informe del médico examinador (cuando lo hubiere), los cuales son la causa determinante del contrato. Dichas declaraciones se entienden dadas y certificadas como verdaderas y completas por el Contratante y/o la Asegurada mediante su firma puesta al pie de los mencionados documentos, aún cuando estos no hubieran sido escritos por el mismo.

Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias o información conocidas por el Contratante y/o la Asegurada, aún hecha de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones si la Aseguradora hubiese sido cerciorada del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato.

La Aseguradora podrá invocar como reticencia o falsa declaración la omisión de hechos o circunstancias cuya pregunta conste expresa y claramente en la solicitud o en la declaración de salud para el presente seguro. La Aseguradora debe impugnar el contrato dentro de los 3 (tres) meses de haber conocido la reticencia o falsedad.

Cuando la reticencia no dolosa es alegada en el plazo mencionado en el párrafo anterior, la Aseguradora, a su exclusivo juicio, puede anular el contrato restituyendo la prima percibida con deducción de los gastos, o reajustarla con la conformidad de la Asegurada al verdadero estado del riesgo.

Si la reticencia fuese dolosa o de mala fe, la Aseguradora tiene derecho a la primas de los períodos transcurridos y del período en cuyo transcurso invoque la reticencia o falsa declaración.

En todos los casos, si el siniestro ocurre durante el plazo para impugnar, la Aseguradora no adeuda prestación alguna.

Cuando el contrato se efectúe por cuenta ajena, se juzgará la reticencia por el conocimiento y la conducta del Contratante y de la Asegurada.

La Aseguradora renuncia expresamente a invocar cualquier reticencia –excepción hecha si fuese dolosa- como motivo de nulidad derivada de las declaraciones del Contratante y/o la Asegurada después de tres años de vigencia inicial del primer contrato suscripto con la Aseguradora. Si la

póliza hubiere sido rehabilitada, el plazo de incontestabilidad de tres años se computará a partir de la fecha de la última rehabilitación.

Artículo 6°. Primas

La prima, la cual deberá ser pagada por adelantado, es debida por el Tomador o Asegurada Titular 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.

Las primas individuales podrán ser ajustadas en cada aniversario de la póliza por la Compañía, previa autorización del organismo de contralor. La Compañía comunicará por escrito al Tomador las nuevas primas individuales con una anticipación no inferior a treinta (30) días contados a partir de la fecha en que comiencen a regir las mismas.

Artículo 7°. Plazo de gracia para el pago de las primas

La Aseguradora concede un plazo de gracia de 30 (treinta) días para el pago de la prima, sin recargo de intereses. Durante el plazo de gracia esta póliza mantendrá su vigencia. Vencido dicho plazo sin verificarse su pago, caducará inmediatamente la vigencia de la póliza y los derechos de la Asegurada por haberse producido su mora de pleno derecho y sin necesidad de interpelación, intimación o notificación previa.

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

Si durante el plazo de gracia le fuere diagnosticado a la Asegurada alguno de los cánceres cubiertos, la Aseguradora deducirá de la indemnización a liquidar, de corresponder, la prima vencida y no abonada.

Artículo 8°. Moneda del contrato

Los pagos a cargo del Contratante y/o Asegurada, en su caso, deberán realizarse en moneda de curso legal en la República Argentina. Por su parte, la Aseguradora deberá cumplir los compromisos derivados de la presente póliza también en dicha moneda.

Artículo 9°. Aviso de siniestro

La Asegurada, o la persona a quien ésta autorice, deberá dar aviso por escrito a la Aseguradora de la ocurrencia del siniestro dentro de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha del diagnóstico del cáncer cubierto.

Asimismo, la Asegurada o su autorizado, según corresponda, deberá proporcionar a la Aseguradora, dentro de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha de notificación del siniestro a la Aseguradora, todos los antecedentes médicos y exámenes que obren en su poder; autorizar a la Aseguradora para requerir de sus médicos tratantes todos los antecedentes que ellos posean y dar las facilidades y someterse a los exámenes que la Aseguradora solicite a los efectos de determinar y verificar la efectividad de la enfermedad. El costo de éstos estará a cargo de la Aseguradora.

El no cumplimiento en los términos indicados de las obligaciones establecidas en este punto hará perder el derecho al beneficio estipulado en las presentes Condiciones Generales, salvo en caso de impedimento o fuerza mayor. En este último caso, el plazo de presentación se extenderá por el tiempo que dure el impedimento.

Artículo 10°. Relevó secreto médico

La Asegurada se obliga a relevar del secreto médico a todos los profesionales o instituciones hospitalarias que lo atienden o hubiesen atendido. La Compañía queda facultada a solicitar a la Asegurada, y esta se obliga a proporcionar, toda información médica adicional que esta necesite con relación a la suscripción del riesgo o a la indemnización a abonar.

Artículo 11°. Valuación por peritos

Si no hubiese acuerdo entre las partes por las consecuencias indemnizables provenientes de los riesgos cubiertos por esta póliza, las mismas serán determinadas por los médicos designados uno por cada parte, quienes 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 de los 15 días.

Si una de las partes omitiese designar médico dentro del octavo día de requerido por la otra, o si el tercer facultativo no fuera electo en el plazo establecido en el apartado anterior, la parte más diligente procederá a la designación del otro médico.

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

Artículo 12°. Plazo de prueba – Cumplimiento de la prestación de la aseguradora

La Aseguradora, dentro de los 30 (treinta) días siguientes a la recepción de toda la documentación e información exigida a la Asegurada conforme lo establecido en el segundo párrafo del punto 10° anterior, deberá hacer saber a la Asegurada la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio.

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

En caso de corresponder el pago, en representación de la Asegurada, podrá percibir el importe citado la persona que haya sido autorizada a tal fin por el mismo en su solicitud.

En caso de fallecimiento del Asegurada, la indemnización prevista en esta póliza será abonada a los herederos legales del mismo.

Artículo 13°. Agravación de riesgo

Cada Asegurada debe denunciar a la compañía 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.

Se entiende por agravación del riesgo asumido, la que si hubiese existido al tiempo de la celebración, a juicio de peritos hubiera impedido este contrato o modificado sus condiciones.

Se consideran agravaciones del riesgo únicamente las que provengan de las siguientes circunstancias:

- Modificación de su profesión o actividad; o prácticas deportivas
- Fijación de residencia fuera del país.
- Consumo de tabaco, Condición de Fumadora.

Cuando la agravación se deba a un hecho de la Asegurada la cobertura quedará suspendida. La Compañía en el término de siete días, deberá notificar su decisión de rescindir.

Cuando la agravación resulte de un hecho ajeno a la Asegurada, la compañía deberá notificarle su decisión de rescindir dentro del término de un mes. Se aplicará el Artículo 39 de la Ley de Seguros si el riesgo no se hubiera asumido según las prácticas comerciales de la Aseguradora.

No obstante, cuando la agravación provenga del cambio de la profesión o actividad de la Asegurada y si de haber existido ese cambio al tiempo de la celebración, la compañía hubiera concretado el contrato por una prima mayor, el capital asegurado se reducirá en proporción a la prima pagada.

Artículo 14°. Exclusiones

Sin perjuicio de la exclusión de cualquier cáncer que no se ajuste a la definición de cobertura del punto 2° de estas Condiciones Generales, este seguro no cubre, además, lo siguiente:

- a. Tumores que presenten los cambios de malignidad del carcinoma in situ y tumores o síndromes que son histológicamente descritos como premalignos o no invasivos. Incluyendo a modo de ejemplo, sin limitación: Carcinoma in situ de mama y Displasia cervical CIN-1, CIN-2 y CIN-3.
- b. El cáncer si la asegurada tuvo o tiene al momento del diagnóstico, Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).
- c. Condiciones preexistentes, de acuerdo a lo especificado en el punto "2° Definiciones" de estas Condiciones Generales.
- d. Cáncer como consecuencia de exposición a riesgos nucleares o atómicos.
- e. Tratamiento médico y cirugía.
- f. Enfermedades causadas por SIDA o HIV positivo, incluyendo infecciones oportunistas tales como Sarcoma de Kaposi.
- g. Exámenes médicos de rutina.
- h. Cualquier enfermedad, tumor o metástasis que no sea cáncer de mama, cáncer de cérvix, cáncer de ovario o cáncer de útero.
- i. Cualquier accidente.
- j. Cualquier cáncer diagnosticado antes de que la póliza entre en vigencia o durante el período de carencia.

Artículo 15°. Término del contrato

Esta póliza quedará rescindida por las siguientes causas:

- a. Por la renuncia a continuar con el seguro;
- b. En la fecha de la muerte de la Asegurada;
- c. Por la comprobación de errores, simulaciones o fraudes referentes a una Asegurada o relacionada con sus reclamos;
- d. Por rescisión o caducidad de la póliza;
- e. El pago por parte de la Aseguradora del capital asegurado previsto en las Condiciones Particulares como consecuencia de la ocurrencia de un siniestro cubierto por esta póliza.
- f. Cuando la Asegurada alcance la edad máxima de cobertura prevista en Condiciones Particulares.
- g. Cuando a la Asegurada se le diagnostique un cáncer distinto a aquellos cuya cobertura ha sido expresamente contratada en virtud de esta póliza. En estos casos, la Aseguradora devolverá a la Asegurada la suma correspondiente al valor nominal de las primas pagadas durante el año vigente, según lo establecido en el Artículo 1°.
- h. Si al vencimiento del plazo de gracia no ha sido pagada la prima vencida. En este caso, sin necesidad de aviso notificación o requerimiento alguno, la Aseguradora quedará libre de toda obligación y responsabilidad derivada de este contrato de seguro.

Artículo 16°. Rehabilitación de la póliza

En caso de término del contrato en virtud del punto 15° anterior, inciso h., el Contratante podrá solicitar su rehabilitación. Para resolver esta petición, la Aseguradora podrá exigir a la Asegurada que acredite, a satisfacción de la Aseguradora, que reúne las condiciones de salud necesarias para ser readmitido como tal.

El período de carencia y el plazo de incontestabilidad reiniciarán automáticamente a partir de la fecha de rehabilitación.

Artículo 17°. Pluralidad de seguros

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

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

La Asegurada no tiene obligación de notificar los riesgos de Salud que se cubran accesoriamente en otras ramas de seguros.

Artículo 18°. Caducidad por incumplimiento de obligaciones y cargas

El incumplimiento de las obligaciones y cargas impuestas a la Asegurada 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 de la Asegurada si el incumplimiento obedece a su culpa o negligencia, de acuerdo al régimen previsto en el artículo 36 de la Ley de Seguros.

Artículo 19°. Duplicado de póliza y de certificados – Copias

En caso de robo, pérdida o destrucción de la póliza, el Tomador o la Asegurada, podrán obtener su sustitución por un duplicado. Las modificaciones o suplementos que se incluyan en el duplicado, a pedido del Tomador o de la Asegurada, según el caso, serán los únicos válidos.

El Tomador o el Asegurada tienen derecho a que se les entregue copia de sus declaraciones efectuadas con motivo de este contrato y copia no negociable de la póliza.

Artículo 20°. Cesiones

Cualquier cesión de derechos, gravamen, caución o garantía que tenga por base este contrato, deberá notificarse fehacientemente por escrito a La Aseguradora la que lo hará constar en la misma póliza por medio de un endoso. Sin estos requisitos, los convenios realizados por la Asegurada con terceros, no tendrán ningún valor para la compañía.

Artículo 21°. Computo de los plazos

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

Artículo 22°. 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 Contratante y/o de la Asegurada, según el caso, salvo cuando la ley los declare expresamente a cargo de la Aseguradora.

Artículo 23°. Domicilio

Para los efectos del presente contrato, las partes señalan como domicilio el que se menciona en las Condiciones Particulares de esta póliza.

Artículo 24°. Jurisdicción

Toda controversia judicial que se plantee en relación con la presente póliza, se sustanciará ante los jueces competentes de la ciudad cabecera de la jurisdicción judicial del domicilio del Tomador o Asegurada –según corresponda-, siempre que sea dentro de los límites del país.

Sin perjuicio de ello, el Tomador o la Asegurada o sus derecho-habientes, según corresponda, podrán presentar sus demandas contra la Aseguradora ante los tribunales del domicilio de la sede central o sucursal donde se emitió la póliza. Del mismo modo, se tramitarán ante ellos las acciones judiciales relativas al cobro de primas.

CONDICIONES ESPECÍFICAS – SEGURO COLECTIVO

En caso de contratación colectiva, regirán las siguientes disposiciones, las cuales prevalecerán por sobre lo previsto en las condiciones generales de la póliza:

Artículo 1°. Asegurada

Se considera asegurada a la integrante del grupo asegurado indicado en las Condiciones Particulares (empleadas de un mismo empleador, asociadas a asociaciones profesionales, mutuales, gremiales, empresarias, obreras, etc., asociadas a planes de salud, etc.) a cuyo nombre se emite el Certificado Individual.

Podrá asegurarse cualquier grupo siempre que el mismo se encuentre unido entre sí por un interés anterior y distinto al de la contratación del seguro y que se verifique además la existencia de interés asegurable.

Artículo 2°. Plazo para solicitar la incorporación al seguro

Toda asegurable que desee incorporarse a una póliza, deberá solicitarlo por escrito, a través de la solicitud individual que para tales efectos proveerá la Compañía, dentro de los treinta (30) días contados desde la fecha en que fuera asegurable. Una vez aprobada la solicitud por la Compañía, entrará en vigor según lo establecido en el punto 3. de estas condiciones específicas.

Las asegurables que soliciten su incorporación a esta póliza, fuera del término indicado, como asimismo los que vuelvan a solicitar su cobertura individual después de haberlo rescindido, deberán previamente cumplimentar las pruebas médicas y/o los requisitos de asegurabilidad que determine la Compañía y pagar los gastos que se originen para obtenerlas, a fin de que ésta considere su solicitud.

Artículo 3°. Fecha de entrada en vigor de la cobertura de cada integrante del grupo

La cobertura de las personas cuya incorporación a esta póliza se hubiere solicitado con anterioridad a la cero (0) hora del día acordado para el comienzo de su vigencia y su respectiva propuesta también hubiera sido expresamente aceptada por el Asegurador con anterioridad a dicho momento, comenzará a regir desde dicha hora y fecha de vigencia. Si la solicitud o aceptación de la respectiva propuesta fuere posterior, la cobertura comenzará desde la cero (0) hora del día 1° del mes siguiente a la fecha de aceptación, previo cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad.

Artículo 4°. Cantidad mínima de asegurados

Es requisito primordial para que este seguro pueda mantenerse en vigencia, que la cantidad de Aseguradas permanezca sobre el mínimo en las Condiciones Particulares.

Si en un determinado momento no se reuniera el mínimo antes mencionado, el Asegurador se reserva el derecho de modificar la tarifa de primas. En tal caso, el Asegurador notificará su decisión por escrito al Contratante con una anticipación mínima de treinta (30) días. Dentro de los quince (15) días de recibida dicha notificación, el Tomador deberá comunicar al Asegurador su eventual disconformidad, caducando en tal caso la vigencia de la póliza, la que se considerará rescindida por falta de acuerdo de partes. En este caso, se reembolsará la fracción de prima no consumida al momento de la rescisión. La modificación se considerará aprobada si dentro de los quince (15) días de notificado el Tomador, no manifestare disconformidad o guardare silencio.

Artículo 5°. Certificados individuales

El Asegurador proporcionará a cada Asegurada, por intermedio del Contratante, 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 6°. Terminación de la cobertura de cada integrante del grupo

La Cobertura de cada Asegurada terminará en los siguientes supuestos:

- a) El pago por parte de la Aseguradora del capital asegurado previsto en las Certificado Individual como consecuencia de la ocurrencia de un siniestro cubierto.
- b) Cuando la Asegurada alcance la edad máxima de cobertura prevista en Condiciones Particulares y en Certificado Individual.
- c) Cuando la Asegurada deje de pertenecer al grupo regido por el Contratante.
- d) Cuando la Asegurada manifieste su renuncia a continuar con la cobertura.
- e) Por comprobación de errores, simulación o fraudes referentes a una Asegurada o relacionado con sus reclamos de beneficio.
- f) Cuando a la Asegurada se le diagnostique un cáncer distinto a aquellos cuya cobertura ha sido expresamente contratada en virtud de esta póliza. En estos casos, la Aseguradora devolverá a la Asegurada la suma correspondiente al valor nominal las primas pagadas según lo establecido en el Artículo 1 de las Condiciones Generales.
- g) Si al vencimiento del plazo de gracia no ha sido pagada la prima vencida, sin necesidad de aviso, notificación o requerimiento alguno, quedando la Aseguradora libre de toda obligación y responsabilidad derivada de este contrato de seguro.

ANEXO CF RIESGOS NO CUBIERTOS

Sin perjuicio de la exclusión de cualquier cáncer que no se ajuste a la definición de cobertura del punto 2° de estas Condiciones Generales, este seguro no cubre, además, lo siguiente:

- a. Tumores que presenten los cambios de malignidad del carcinoma in situ y tumores o síndromes que son histológicamente descriptos como premalignos o no invasivos. Incluyendo a modo de ejemplo, sin limitación: Carcinoma in situ de mama y Displasia cervical CIN-1, CIN-2 y CIN-3.
- b. El cáncer si la asegurada tuvo o tiene al momento del diagnóstico, Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).

- c. Condiciones preexistentes, de acuerdo a lo especificado en el punto "2° Definiciones" de estas Condiciones Generales.
- d. Cáncer como consecuencia de exposición a riesgos nucleares o atómicos.
- e. Tratamiento médico y cirugía.
- f. Enfermedades causadas por SIDA o HIV positivo, incluyendo infecciones oportunistas tales como Sarcoma de Kaposi.
- g. Exámenes médicos de rutina.
- h. Cualquier enfermedad, tumor o metástasis que no sea cáncer de mama, cáncer de cérvix, cáncer de ovario o cáncer de útero.
- i. Cualquier accidente.
- j. Cualquier cáncer diagnosticado antes de que la póliza entre en vigencia o durante el período de carencia.

ANEXO 9

CLAUSULA DE COBRANZA DEL PREMIO

I) Para vigencias mensuales.

Artículo 1°.

El premio de esta póliza de vigencia mensual deberá pagarse al contado o por débito automático mediante tarjeta de crédito, caja de ahorros o cuenta corriente bancaria en la fecha de iniciación de su vigencia, previa suscripción de la autorización correspondiente incluida en la solicitud del seguro.

La vigencia cuya fecha de inicio se expresa en las Condiciones Particulares de la presente póliza, sólo comenzará a regir si el pago total del premio se realiza con anterioridad a la misma. De no ocurrir así, la cobertura quedará automáticamente suspendida.

La respectiva factura deberá consignar la condición del asegurado frente al Impuesto al Valor Agregado y la alícuota que le corresponda como contribuyente a dicho gravamen.

Se entiende por premio a la prima más los impuestos, tasas, gravámenes y todo otro cargo adicional a la prima.

La vigencia de la póliza se prorrogará automáticamente por once (11) períodos mensuales, siendo renovada al final del último de ellos en forma automática, asignándose un nuevo número de póliza, en iguales condiciones y previa recepción del pago del premio en la forma indicada en los dos primeros párrafos del presente artículo.

Cuando se trate de operaciones canalizadas a través de tarjetas de crédito:

- a) La fecha de pago será la del vencimiento de la liquidación de la respectiva tarjeta de crédito.
- b) En caso que el asegurado decida rescindir el contrato, deberá informar tal decisión a la aseguradora antes del día 15 del mes anterior al que corresponda efectuar el pago.

II) Para otras vigencias.

Artículo 1°

El premio de este seguro debe pagarse al contado en la fecha de iniciación de su vigencia.

Si el asegurador lo aceptase, podrá abonarse en cuotas mensuales y consecutivas, contemplando la primera de ellas el total del Impuesto al Valor Agregado. La respectiva factura deberá consignar la condición del asegurado y la alícuota que le corresponda como contribuyente a dicho gravamen.

En tales casos, se aplicará un cargo por financiamiento en las cuotas sobre saldos, conforme lo contemplado en el punto 26.1.6. del Reglamento General de la Actividad Aseguradora. La aceptación de la cobertura y su inicio de vigencia, quedan condicionados a la recepción de la respectiva solicitud del seguro y del pago de un importe equivalente al veinticinco (25%) premio, como mínimo.

Se entiende por premio a la prima más los impuestos, tasas, gravámenes y todo otro cargo adicional a la prima.

Aplicable a los puntos I) y II).

Artículo 2º .

Vencido el plazo exigible para el pago del premio, sin que éste se haya efectivizado, la cobertura quedará automáticamente suspendida desde la hora veinticuatro (24) del día del vencimiento impago, sin necesidad de interpelación extrajudicial o judicial alguna, ni constitución en mora, la que se producirá por el mero vencimiento de tal plazo. Sin perjuicio de ello, el premio correspondiente al período en que la cobertura estuviera suspendida deberá abonarse con carácter de penalidad a favor del asegurador.

La rehabilitación de la cobertura surtirá efecto desde la hora cero (0) del día siguiente a aquel en que la aseguradora reciba efectivamente el pago del importe impago y vencido.

El asegurador podrá rescindir el contrato por falta de pago. Si así lo hiciera quedará a su favor, con carácter de penalidad, el importe del premio correspondiente al período transcurrido desde el inicio de la cobertura hasta el momento de la rescisión, calculado conforme lo estipulado en las condiciones de póliza sobre rescisión por causa imputable al asegurado.

La gestión del cobro extrajudicial o judicial del premio o saldos adeudados, no modificará la suspensión de la cobertura o la rescisión del contrato.

Artículo 3º.

El plazo para el pago de la póliza no podrá exceder al de su vigencia.

Artículo 4º.

Las disposiciones de la presente cláusula son también aplicables a los adicionales por endosos o suplementos de la póliza.

Artículo 5º.

Los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contrato de seguros son los siguientes:

- a) Entidades especializadas en cobranzas, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos, habilitadas por la Superintendencia de Seguros de la Nación.
- b) Entidades financieras sometidas al régimen de la Ley N° 21.526
- c) Tarjetas de crédito, débito o compra emitidas en el marco de la Ley N° 25.065.
- d) Medios electrónicos de cobro habilitados previamente por la Superintendencia de Seguros de la Nación a cada entidad de seguros, los que deberán funcionar en sus domicilios, puntos de venta o cobranza. En este caso, el pago deberá ser realizado mediante alguna de las siguientes formas: efectivo en moneda de curso legal, cheque cancelatorio o cheque no a la orden librado por el asegurado o tomador a favor de la entidad aseguradora.

Cuando la percepción de premios se materialice a través del Sistema de Cálculo de las Obligaciones de la Seguridad Social (SICOSS) se considerará cumplida la obligación establecida en el presente artículo.