

## CONDICIONES GENERALES PLAN ADULTO MAYOR

### Artículo 1º) DISPOSICIONES FUNDAMENTALES

Esta póliza y los respectivos Certificados Individuales, en caso de corresponder, han sido extendidos por el Asegurador sobre la base de las declaraciones suscriptas por el Contratante y por los Asegurables en sus respectivas solicitudes. Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Contratante o por los Asegurables, aún hecha de buena fe, que a juicio de peritos hubiere impedido el contrato o la aceptación de las coberturas individuales, o hubiese modificado las condiciones de los mismos, si el Asegurador hubiese sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato y/o los certificados de los Asegurados, según el caso.

### Artículo 2º) VIGENCIA

- 1) Esta póliza adquiere fuerza legal desde las cero (0) horas del día fijado como inicio de su vigencia.
- 2) La vigencia de esta póliza es mensual, prorrogable automáticamente en iguales condiciones contractuales y tarifarias (salvo lo establecido en el artículo 12º) por otros once períodos mensuales, a condición de que se encuentre pago el premio del período anterior. Ello no obsta al Asegurado a ejercer su derecho al plazo de gracia (artículo 15º).
- 3) Cumplida la anualidad el contrato será renovado en forma automática en los términos precedentes, sujeto a los ajustes que pudieran corresponder conforme a lo establecido en el artículo 14º de estas Condiciones Generales.

### Artículo 3º) PERSONAS ASEGURABLES

#### Seguros Colectivos

- 1) A la fecha de emisión de esta póliza, se consideran pasibles de incorporación al seguro a todas aquellas personas integrantes del grupo regido por el Contratante y su respectivo cónyuge, siempre y cuando cumplan con los requisitos de asegurabilidad establecidos en la presente póliza y posean una edad igual o superior a los 65 años.
- 2) Las personas que en el futuro ingresen a formar parte del grupo serán asegurables a partir de la cero (0) hora del día primero del mes siguiente a la fecha en que cumplan dos meses, sin interrupción, como integrantes del grupo regido por el Contratante. Las personas que reingresen al grupo asegurado, podrán eximirse del plazo de espera precedentemente estipulado, siempre que presenten pruebas de asegurabilidad satisfactorias para el Asegurador (declaración de salud, examen médico, etc.) y paguen los gastos necesarios para obtenerlos.

#### Seguros Individuales

- 3) Personas físicas en forma individual o en carácter de titular de su matrimonio y el cónyuge del mismo, siempre que posean una edad igual o superior a los 65 años.

#### Seguros Colectivos e Individuales

- 4) Los nuevos miembros por matrimonio, serán incorporados al seguro una vez que hayan cumplimentado los requisitos de asegurabilidad fijados por la presente póliza, y siempre y cuando el Asegurador sea informado en forma fehaciente por el Tomador dentro de los cinco días de producido el enlace.

En los casos en que la solicitud de incorporación se efectúe con posterioridad al plazo referido o en el caso de convivientes, el Asegurador analizará en forma particular cada solicitud y la incorporación al seguro se producirá una vez cumplimentados los requisitos de asegurabilidad requeridos.

**Artículo 4°) OPCION DE CONTINUIDAD EN EL SEGURO (Seguros Individuales)**

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

Esta opción tendrá validez únicamente si la prima correspondiente es abonada dentro de los treinta (30) días posteriores a la vigencia de la nueva póliza.

La opción prevista en el presente artículo será aplicable sólo a las pólizas individuales.

**Artículo 5°) DEFINICIONES**

Se entiende por:

a) TOMADOR O CONTRATANTE:

A la persona física o jurídica tomadora de la póliza que suscribe la propuesta y el respectivo contrato de Seguro.

b) ASEGURADO TITULAR O PRINCIPAL:

Al tomador cuando se trate de persona física en carácter de titular de su matrimonio o en forma individual y al integrante del grupo asegurado indicado en las Condiciones Particulares (asociados a asociaciones profesionales, mutuales, gremiales, empresarias, obreras, etc., asociados a planes de salud, etc.) a cuyo nombre se emite el Certificado Individual.

c) ASEGURADO FAMILIAR:

Al Cónyuge del Asegurado Titular que conviva con el mismo. Se asimila a la condición de cónyuge al conviviente del Asegurado Titular, siempre y cuando hubiera convivido públicamente en aparente matrimonio con el mismo durante por lo menos 5 años inmediatamente anteriores a la fecha de incorporación del conviviente a este seguro, o 2 años en caso de existir descendencia en común.

d) ASEGURADO:

Al Asegurado Principal y al Asegurado Familiar.

e) REEMBOLSO:

Reintegro de gastos producidos por el Asegurado, según las condiciones y capitales especificados en las Cláusulas Anexas, contra la presentación de comprobantes de gastos originales o copias certificadas.

f) INDEMNIZACIÓN:

Es la contraprestación a cargo del Asegurador, según las condiciones y los capitales especificados en los módulos contratados, en caso de producirse el siniestro.

g) PREEXISTENCIAS:

Aquellas enfermedades conocidas por el asegurado o diagnosticadas y/o tratadas con anterioridad al inicio de vigencia de la cobertura de cada cláusula anexa para cada Asegurado.

**h) PÓLIZAS CONTRIBUTIVAS:**

Aquellas pólizas colectivas donde los integrantes del grupo asegurado (asociados a asociaciones profesionales, mutuales, gremiales, empresarias, obreras, etc., asociados a planes de salud, etc.) soportan total o parcialmente el costo del seguro.

**i) ACCIDENTE:**

Es 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 de o con un agente externo.

**Artículo 6°) FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DE LA COBERTURA DE CADA INTEGRANTE DEL GRUPO (PÓLIZAS COLECTIVAS)**

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 7°) REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD**

En forma previa a la aceptación de la cobertura que contempla esta Póliza, el Asegurable deberá realizar los exámenes médicos que la Aseguradora le solicite a tal efecto.

**Artículo 8°) RIESGO CUBIERTO**

El Asegurador se compromete al pago de los beneficios estipulados en las Cláusulas Anexas que hubieren sido contratados específicamente mediante la presente póliza, en ocasión de que la persona designada en la misma como Asegurado sufra, durante la vigencia del seguro, alguna de las contingencias previstas en dichas Cláusulas, dejándose expresamente aclarado que el otorgamiento del beneficio sólo será procedente respecto de las Cláusulas Anexas que cubran el evento previsto, y hayan sido expresamente contratadas según las Condiciones Particulares de la presente póliza.

**Artículo 9°) AMBITO GEOGRAFICO DE LA COBERTURA**

El ámbito geográfico de la cobertura es el que se especifica para cada Cláusula Anexa.

**Artículo 10°) PLAZO DE CARENCIA**

Cada una de las coberturas previstas en las Cláusulas Anexas tiene su plazo de carencia, basado en las características propias de las mismas. Dichos plazos se consignan en las respectivas Cláusulas.

**Artículo 11°) BENEFICIOS PREVISTOS**

Producida la contingencia cubierta y reconocido el beneficio que acuerda la presente póliza, en un todo de acuerdo con lo definido en el Artículo 1° de la Cláusula Anexa contratada, se otorgará el

beneficio previsto.

Dicho beneficio será equivalente al monto que surja de aplicar el porcentaje pactado en las Condiciones Particulares, sobre los importes establecidos en las respectivas Cláusulas Anexas.

En caso de fallecimiento del Asegurado, los beneficios pendientes de pago que acuerde la Cláusula Anexa contratada, serán abonados por el Asegurador a los herederos legales.

No se cubrirán condiciones preexistentes a la fecha de inicio de vigencia de la cobertura de cada Cláusula Anexa para cada Asegurado.

#### **Artículo 12°) CANTIDAD MINIMA DE ASEGURADOS - PÓLIZAS COLECTIVAS**

1) Es requisito primordial para que este seguro pueda mantenerse en vigencia, que la cantidad de Asegurados permanezca sobre el mínimo exigido para cada Cláusula Anexa en las Condiciones Particulares.

2) Si en un determinado momento no se reuniera el mínimo antes mencionado, el Asegurador se reserva el derecho de modificar la tarifa de primas aplicada en la respectiva Cláusula Anexa. 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 Asegurado o 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 Asegurado o Tomador, no manifestaren disconformidad o guardaren silencio.

#### **Artículo 13°) RIESGOS NO CUBIERTOS**

Los Riesgos no cubiertos específicos para cada Cláusula Anexa, se detallan en el articulado de las mismas.

#### **Artículo 14°) CALCULO DE LAS PRIMAS**

La prima es debida por el Contratante desde la celebración del contrato pero no es exigible sino contra entrega de la póliza.

El importe a pagar por el Contratante resultará de sumar las primas individuales que correspondan a las Cláusulas Anexas que se hayan contratado con más los gastos, impuestos y tasas que correspondan y que constituirá el premio.

En los seguros colectivos, las primas individuales podrán ser ajustadas en cada aniversario de la póliza por el Asegurador con el objeto de adecuar la prima al verdadero estado del riesgo sobre la base de información que a tales efectos se requerirá al Contratante. El Asegurador comunicará por escrito al Contratante las nuevas primas individuales con una anticipación no inferior a treinta (30) días del vencimiento de la vigencia de la póliza a renovar. La diferencia se considerará aprobada y la renovación aceptada por el Tomador si no reclama dentro de los treinta (30) días de haber recibido dicha renovación.

#### **Artículo 15°) PLAZO DE GRACIA PARA EL PAGO DE LAS PRIMAS**

1) El Asegurador concede un plazo de gracia de treinta (30) días para el pago de la prima única y/o de sus cuotas, 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 del Asegurado por haberse producido su mora de pleno derecho y sin necesidad de interpelación, intimación o notificación previa.

2) El plazo de gracia se contará desde la hora y fecha de vigencia de esta póliza y de cada prórroga mensual sucesiva.

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

#### **Artículo 16°) FALTA DE PAGO DE LAS PRIMAS**

Sin perjuicio de la caducidad automática de esta póliza por falta de pago de las primas, el Contratante adeudará al Asegurador la prima correspondiente al mes de gracia, salvo que dentro de dicho plazo hubiese solicitado por escrito su rescisión, en cuyo caso deberá pagar una prima calculada a prorrata por los días transcurridos desde el vencimiento de la prima impaga hasta la fecha de envío de tal solicitud.

#### **Artículo 17°) CERTIFICADOS INDIVIDUALES – PÓLIZAS COLECTIVAS**

El Asegurador proporcionará a cada Asegurado Titular, 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 18°) CADUCIDAD DE LA COBERTURA INDIVIDUAL**

1) La cobertura de cada Asegurado caducará en los siguientes casos:

##### Seguros Colectivos y Seguros Individuales

- a) Por su renuncia a continuar con la cobertura;
- b) Para el Asegurado Familiar cuando pierda su condición de cónyuge, según se lo definió en el artículo 5° de estas Condiciones Generales;
- c) Por la comprobación de errores, simulaciones o fraudes referentes a un Asegurado o relacionados con sus reclamos;
- d) Por rescisión o caducidad de la póliza, caducando simultáneamente todas las coberturas individuales incluidas en ella.
- e) Por muerte del Asegurado;
- f) En el caso de Asegurados Familiares, por muerte del Asegurado Titular.

##### Seguros Colectivos

- g) Por dejar de pertenecer al grupo regido por el Contratante;
- h) En la pólizas contributivas, cuando el Asegurado y/o el Tomador no abonara la prima correspondiente dentro del plazo previsto en el artículo 15° de estas Condiciones Generales;

##### Seguros Individuales

En los seguros individuales, cuando el cónyuge ejerza la opción de continuidad prevista en el Artículo 4° de las presentes Condiciones Generales, no serán aplicables para ellos los causales de terminación de la cobertura descriptos en los incisos d) y f) 2) En lo relativo a los incisos a), b), e), f) y g), se reembolsará la fracción de prima no consumida al momento de la rescisión de la póliza, del Certificado Individual o de finalización de la cobertura, según corresponda.

3) Tanto la renuncia que refiere el punto a) como el retiro del grupo previsto en el punto g) del inciso precedente, serán comunicadas al Asegurador por el Asegurado y/o Contratante y la póliza o el

certificado individual, según corresponda, quedará rescindido el día primero del mes siguiente al de la fecha en que el Asegurador haya recibido dicha comunicación.

Se presumirá que un Asegurado ha renunciado a continuar con la cobertura, sin admitirse prueba en contrario, cuando no se efectúe el pago correspondiente de la prima de este seguro en el plazo previsto en el artículo 15° de estas Condiciones Generales.

#### **Artículo 19°) RESCISION DEL CONTRATO**

Esta póliza podrá ser rescindida tanto por la Aseguradora como por el Contratante, estableciéndose como único requisito el aviso por escrito, remitido con anticipación no menor a treinta (30) días.

En el caso de los Seguros Individuales, y siempre que no se verifique alguna de las condiciones establecidas en el artículo anterior, el Asegurador estará imposibilitado de rescindir la cobertura si a la fecha pretendida de rescisión, alguno de los Asegurados presentara afecciones relacionadas con los Riesgos Cubiertos, que pudieran dar lugar a prestaciones presentes o futuras en los términos de la presente póliza.

#### **Artículo 20°) RIESGOS EXCLUIDOS DE LA COBERTURA**

Sin perjuicio de los riesgos que se excluyen en cada Cláusula Anexa, se deja expresa constancia que la Aseguradora no asumirá responsabilidad por siniestros derivados de:

- a) Tentativa de suicidio voluntario del Asegurado;
- b) Si es provocado deliberadamente por acto ilícito del Contratante del presente seguro, excepto que el pago de la prima esté 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 en el consumo de alcohol. Consumo de drogas, estupefacientes, narcóticos o estimulantes, salvo prescripción médica;
- 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 la práctica de 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;
- l) De una infección que sea consecuencia directa o indirecta del virus HIV "Human Inmune Virus" (Virus de Inmuno Deficiencia Humana) o de una infección oportunista y/o neoplasma maligno

(tumor) y/o cualquier condición de enfermedad, si al momento de producirse el Asegurado tiene el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) o es sero-positivo al HIV (Virus de Inmuno Deficiencia Humana). A los fines de esta exclusión, el término "Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida" tendrá el significado asignado al mismo por la Organización Mundial de la Salud, según fue dado en su publicidad anual. El Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida incluirá HIV (Virus de Inmuno Deficiencia Humana), encefalopatía (demencia), HIV Síndrome Devastador y ARC "Aids Related Condition" (Condición Relacionada con el SIDA). Las infecciones oportunistas incluirán entre otras a la neumonía pneumocystis carinii, organismo del virus de enteritis crónica y/o infección diseminada de hongos. El neoplasma maligno incluirá, entre otros, al Sarcoma de Kaposi, al linfoma del sistema nervioso central y/u otras tumoraciones o neoformaciones malignas conocidas en la actualidad o que se conozcan, como causas de enfermedad en presencia del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida;

- m) Acontecimientos catastróficos originados por reacciones o accidentes nucleares; químicos, biológicos o bacteriológicos y/o fenómenos naturales, epidemias o pestes;
- n) Acontecimientos catastróficos tales como terremotos, inundaciones, aluviones, maremotos, erupciones volcánicas y huracanes;
- o) Actos notoriamente peligrosos;
- p) Inhalaciones de gases o envenenamientos de cualquier naturaleza;
- q) No se cubrirán enfermedades preexistentes a la fecha de inicio de vigencia de la cobertura de cada Cláusula Anexa para cada Asegurado, que sean causa de un beneficio futuro;
- r) Ningún pago se hará efectivo bajo este seguro si el origen de la enfermedad se produjo antes del período de carencia establecido en las Cláusulas Anexas;
- s) La práctica de deportes particularmente peligrosos, como ser: acrobacia, andinismo, boxeo profesional, caza mayor, caza o exploración subacuática, doma de potros o de otros animales no domésticos y de fieras, u otras actividades de análogos características;
- t) La dedicación profesional a acrobacia, armado de torres, buceo, sustitución de actores o actrices en calidad de doble, conducción de personas como guía de montaña, jockey, manipuleo de explosivos y/o armas, tareas en fábricas, usinas o laboratorios con exposición a radiaciones atómicas, u otras profesiones, ocupaciones o actividades de análogos características;
- u) Cirugía estética o plástica no reparadora;
- v) Métodos para adelgazar quirúrgicos;
- w) Intervenciones quirúrgicas de cambio de sexo;
- x) Enfermedades infecto contagiosas de denuncia internacional (HIV, fiebre amarilla, peste, cólera, viruela, tifus etc.);
- y) Curas de reposo, adelgazamiento, rejuvenecimiento o ayuno prolongado, tratamiento de enfermedades de cualquier tipo;
- z) Esterilización y procedimientos anticonceptivos, así como las consecuencias que se deriven de ellos. Tratamientos de la infertilidad, impotencia y frigidez; tratamientos de fertilización asistida
- aa) Tratamiento odontológico;
- bb) Consecuencias de heridas autoinfringidas por el Asegurado, aún las cometidas en estado de insanía;
- cc) Problemas relacionados con la esterilización masculina o femenina, cambio de sexo o mal funcionamiento sexual.

#### **Artículo 21°) INFORMACIONES QUE DEBEN SUMINISTRARSE AL ASEGURADOR**

El Contratante y los Asegurados se comprometen a suministrar todas las informaciones necesarias para el fiel cumplimiento de esta póliza, tales como fechas de nacimiento, fechas de ingreso al grupo asegurado (pólizas colectivas), libreta de matrimonio o cualquier otra que se relacione con el seguro. Los Asegurados Principales deberán comunicar al Contratante, dentro de los cinco (5) días de producida, cualquier circunstancia que origine variaciones en su situación conyugal. En los seguros colectivos, el Contratante es el único responsable de comunicar a la Aseguradora toda alta, baja o modificación operada en el listado de Asegurados que el mismo proporcione a los efectos de tomar la póliza y que forma parte integrante de las Condiciones Particulares del presente contrato.

#### **Artículo 22°) COMPROBACION DE LA EDAD DE LOS ASEGURADOS**

Cada Asegurado deberá probar mediante documentación fehaciente, la edad declarada en su solicitud individual. Dicha comprobación podrá hacerla el Asegurado en cualquier momento y el Asegurador podrá exigirla antes de otorgar cualquier beneficio acordado por esta póliza, ya sea al Asegurado o al Contratante.

#### **Artículo 23°) LIQUIDACION DE SINIESTROS**

Corresponde al Asegurado:

- a) Denunciar la existencia del siniestro dentro del plazo estipulado en la/s Cláusula/s Anexa/s contratada/s. El Asegurado pierde el derecho a recibir el beneficio establecido en la/s Cláusula/s Anexa/s contratada/s si deja de denunciar el siniestro en los plazos establecidos, salvo que acredite caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.
- b) Presentar al Asegurador pruebas fehacientes de los siniestros sufridos mediante evidencias clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio, efectuadas y certificadas por un profesional médico autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión.
- c) Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta dos exámenes médicos por facultativos designados por el Asegurador y con gastos a cargo de éste último.

Recibida esa documentación, el Asegurador pondrá el beneficio establecido en las/s Cláusula/s Anexa/s contratada/s a disposición del Asegurado, dentro del plazo estipulado en el artículo 49°) segundo párrafo de Ley N° 17.418, comunicando previamente dicha circunstancia al Contratante.

#### **Artículo 24°) PLAZO DE PRUEBA**

El Asegurador dentro de los quince (15) 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 23° no resultaran concluyentes, el Asegurador podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor de quince (15) días, a fin de comunicar la aceptación o el rechazo del siniestro.

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

Será requisito indispensable para la obtención del beneficio previsto en la/s Cláusulas/ Anexa/s contratada/s, que la misma cuente con la autorización del médico auditor de la Aseguradora.

#### **Artículo 25°) ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL:**

El Asegurado deberá recurrir para el tratamiento de su enfermedad o accidente, a un establecimiento asistencial (Sanatorio, Hospital, Clínica, Instituto, Policlínico, etc.) que se halle habilitado legalmente para funcionar por el Organismo de Control Sanitario correspondiente, Municipal, Provincial o Nacional y autorizado por éste, a dar asistencia y tratamiento clínico al tipo de enfermedad o accidente padecido por el Asegurado y posea además servicio de enfermeros durante las 24 horas del día y esté equipado para cirugía mayor.

La elección de los prestadores (médicos, auxiliares, técnicos, etc.) y/o del Establecimiento Asistencial queda librada a la voluntad del Asegurado; por lo tanto, la Aseguradora se libera de la responsabilidad que pudiera corresponderle a los prestadores libremente elegidos por el mismo.

#### **Artículo 26°) 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 27°) PLURALIDAD DE SEGUROS**

Los Asegurados que estuvieran o llegaran a estar incorporados a otra póliza de Salud emitida por el Asegurador, análoga a la presente, deberán comunicarlo por escrito al Asegurador, el que podrá aceptar o rechazar esa situación. En caso de transgresión, el Asegurador considerará válido únicamente el seguro vigente de mayor suma y devolverá las primas cobradas de cualquier otro por el período de coberturas superpuestas.

#### **Artículo 28°) DUPLICADO Y COPIAS DE POLIZA Y DE CERTIFICADOS**

- 1) En caso de robo, pérdida o destrucción de la póliza o de cualquier Certificado Individual, el Contratante y/o el Asegurado podrán obtener su sustitución por un duplicado. Las modificaciones o suplementos que se incluyan en el duplicado, a pedido del Contratante o del Asegurado, según el caso, serán los únicos válidos.
- 2) El Contratante y/o Asegurado 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.
- 3) Serán por cuenta de los solicitantes los gastos que origine la extensión de duplicados y copias.

#### **Artículo 29°) CESIONES**

Los derechos emergentes de esta póliza podrán ser transferidos parcial o totalmente a favor de Establecimientos Asistenciales y/o profesionales médicos, debiendo dicha transferencia ser previamente aprobada de modo expreso y fehaciente por la Aseguradora.

#### **Artículo 30°) 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 los Asegurados Principales, según el caso, salvo cuando la ley los declare expresamente a cargo exclusivo del Asegurador.

#### **Artículo 31°) FACULTADES DEL PRODUCTOR O AGENTE**

El productor o agente de seguro, cualquiera sea su vinculación con el Asegurador, autorizado por ésta 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 instrumentos emitidos por el Asegurador referentes a contratos o prórrogas automáticas
- c) aceptar el pago de la prima si se halla en posesión de un recibo original del Asegurador.

#### **Artículo 32°) DOMICILIO PARA LAS DENUNCIAS Y DECLARACIONES**

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 N° 17.418 es el último declarado por ellas.

#### **Artículo 33°) MONEDA DE PAGO**

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

#### **Artículo 34°) PRESCRIPCIÓN**

Las acciones fundadas en esta póliza y/o en los certificados respectivos, prescriben al año de ser exigible la obligación correspondiente.

#### **Artículo 35°) JURISDICCIÓN**

Toda controversia judicial relativa a la presente póliza, y a los respectivos certificados, será dirimida ante los Tribunales ordinarios competentes del domicilio del Asegurado.

“A”

## CLAUSULA ANEXA DE TRASPLANTES DE ÓRGANOS

Esta Cláusula complementa las Condiciones Generales de la presente póliza de "Seguro de Salud (Plan Senior)", de la cual forma parte integrante, quedando por lo tanto sujeta a todos sus términos y condiciones en tanto no se opongan a los de la presente:

### 1°) RIESGO CUBIERTO

La Aseguradora concederá el beneficio que acuerda esta Cláusula Anexa cuando el Asegurado acredite haber sido transplantado de alguno de los siguientes órganos:

1. Médula Osea (como consecuencia de patologías primarias de la misma)
2. Corazón
3. Corazón - Pulmón
4. Hepático
5. Riñón
6. Páncreas
7. Pulmón o Bipulmón
8. Córnea

y siempre que el origen de la enfermedad o accidente que generó la necesidad de efectuar el Trasplante de órganos humanos se hubiere producido de acuerdo a la forma establecida en la presente Cláusula y durante su vigencia. No se cubrirán condiciones preexistentes a la fecha de inicio de vigencia de la presente Cláusula Anexa para cada Asegurado, que sean causa de un Trasplante futuro.

Se establece un período de carencia de ciento veinte (120) días contados a partir del inicio de vigencia de la presente Cláusula Anexa para cada Asegurado para el caso de Trasplantes por enfermedad, durante el cual la cobertura de cada Asegurado debe estar en vigencia ininterrumpidamente. Este período deberá ser cumplimentado nuevamente si el Asegurado ingresa al seguro luego de haber estado interrumpido en su vigencia por un período mayor a seis (6) meses, independientemente de los requisitos de asegurabilidad que exija la Aseguradora en tal caso.

El referido período de carencia no será aplicable en los casos en que la necesidad de efectuar el Trasplante se origine como consecuencia de un accidente.

### 2°) BENEFICIO

La Aseguradora, comprobado el Trasplante de órganos humanos descrito en Riesgo Cubierto, abonará exclusivamente el porcentaje establecido en las Condiciones Particulares de las sumas indemnizatorias que se estipulan a continuación, con posterioridad al acto quirúrgico mismo. El importe será abonado dentro del plazo estipulado en el Artículo 49, 2° párrafo de la Ley N° 17.418, y será el siguiente, según el Trasplante que se haya efectuado:

1. Trasplante de Médula Ósea (como consecuencia de patologías primarias de la misma)	\$ 2.063.946
2. Trasplante de Corazón	\$ 1.769.097
3. Trasplante de Corazón - Pulmón	\$ 2.063.946
4. Trasplante Hepático	\$ 2.063.946
5. Trasplante de Riñón	\$ 707.639

Página 11

6. Trasplante de Páncreas	\$ 1.769.097
7. Trasplante de Pulmón o Bipulmón	\$ 2.063.946
8. Trasplante de Córnea	\$ 265.365

Queda entendido y convenido que ningún pago se hará efectivo bajo esta Cláusula Anexa luego de finalizada la vigencia del Certificado Individual o de la póliza, según el caso, salvo que existan beneficios pendientes de pago cubiertos por la presente Cláusula Anexa a la fecha de tal rescisión.

### **3°) CARACTER DEL BENEFICIO**

El beneficio que otorga la presente Cláusula Anexa es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la póliza.

**Para cualquier solicitud de indemnización por Trasplante 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 Trasplantes de Órganos, salvo para los Trasplantes de médula ósea.**

### **4°) INVESTIGACIONES Y REVISACION DE LOS ASEGURADOS**

- 1) A fin de determinar la procedencia y extensión de las prestaciones a su cargo, la Aseguradora podrá hacer revisar al Asegurado por facultativos designados por ella durante su internación o en su domicilio particular, o citarlo al consultorio de aquélla. 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 la exactitud de las informaciones recibidas.
- 2) Si cualquier información referente a un Asegurado o relacionada con su Trasplante fuera errónea, simulada o fraudulenta, hará perder al Asegurado todo derecho a indemnización, sin perjuicio de que la Aseguradora inicie contra los responsables las acciones legales que correspondieren.

### **5°) ELECCION DEL ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL**

El Asegurado deberá recurrir para el tratamiento de su enfermedad o accidente, a un establecimiento asistencial (Sanatorio, Hospital, Clínica, Instituto, Policlínico, etc.) que se halle habilitado legalmente para funcionar por el Organismo de Control Sanitario correspondiente, Municipal, Provincial o Nacional y autorizado por éste, a dar asistencia y tratamiento clínico al tipo de enfermedad o accidente padecido por el Asegurado y posea además servicio de enfermeros durante las 24 horas del día y esté equipado para cirugía mayor.

La elección de los prestadores (médicos, auxiliares, técnicos, etc.) y/o del Establecimiento Asistencial queda librada a la voluntad del Asegurado; por lo tanto, la Aseguradora se libera de la responsabilidad que pudiera corresponderle a los prestadores libremente elegidos por el mismo.

### **6°) DENUNCIAS Y DECLARACIONES**

- 1) El Asegurado o el Contratante deberán informar directamente a la Aseguradora cualquier diagnóstico acerca de la necesidad de un Trasplante de órganos dentro de los 5 días corridos de

haber sido notificados del mismo, salvo caso de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia. Dicho diagnóstico deberá ser confirmado mediante evidencias clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio efectuados y certificados por un profesional médico autorizado legalmente para el ejercicio de la profesión.

2) El Contratante y/o el Asegurado se comprometen a suministrar a la Aseguradora todas las informaciones necesarias para el fiel cumplimiento de esta Cláusula Anexa.

3) El Asegurado pierde el derecho a ser indemnizado si él o el Contratante dejan de cumplir maliciosamente con el suministro de información necesaria o emplean comprobantes falsos.

### **7°) RIESGOS NO CUBIERTOS**

Sin perjuicio de las exclusiones contempladas en el Artículo N° 20 de las Condiciones Generales de la presente póliza, la Aseguradora no pagará la indemnización cuando el Trasplante de órgano sea consecuencia de alguna de las siguientes causas:

- a) Enfermedades preexistentes a la fecha de inicio de vigencia de la presente Cláusula Anexa para cada Asegurado, que sean causa de un Trasplante futuro.
- b) Ningún pago se hará efectivo bajo este seguro si el origen de la enfermedad que genere la necesidad de un Trasplante se produce durante el período de carencia de 120 días contados a partir del inicio de vigencia de la presente Cláusula Anexa para cada Asegurado. El referido período de carencia no será aplicable en los casos en que la necesidad de efectuar el Trasplante se origine como consecuencia de un accidente.
- c) Se excluyen trasplantes de médula ósea indicados como consecuencia de 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.
- d) 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 encuentren en lista de espera del INCUCAI o cualquier otro organismo que en el futuro lo reemplace.
- e) 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.
- f) Se excluyen Trasplantes de órganos transgénicos, animales, mecánicos o transitorios.

### **8°) AMBITO GEOGRAFICO DE LA COBERTURA**

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.

### **9°) TERMINACION DE LA COBERTURA**

La cobertura prevista en esta Cláusula Anexa cesará en las siguientes circunstancias:

Seguros Colectivos y Seguros Individuales

- a) Al caducar la póliza y/o el certificado individual por cualquier causa;
- b) Cuando el Asegurado se haya efectuado un Trasplante de acuerdo con lo establecido en la presente Cláusula Anexa;
- c) Cuando el Asegurado Familiar pierda su condición de cónyuge, según se lo definió en el artículo 5° de las Condiciones Generales de la presente póliza;

Seguros Colectivos

- d) Cuando el Asegurado se retire del grupo regido por el Tomador.

Seguros Individuales

En los seguros individuales, cuando el cónyuge ejerza la opción de continuidad prevista en el Artículo 4° de las Condiciones Generales, no le será aplicable la causal de terminación de la cobertura descrita en el inciso a).

Seguros Colectivos y Seguros Individuales

En el caso que el Asegurado ya se haya efectuado un trasplante, por las características del presente plan, el cónyuge conservará su cobertura en forma individual e independiente.

Ante la terminación de la cobertura dejarán de abonarse las primas no vencidas de la cobertura de esta Cláusula Anexa.

## CLAUSULA ANEXA DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

Esta Cláusula complementa las Condiciones Generales de la presente póliza de "Seguro de Salud (Plan Senior)", de la cual forma parte integrante, quedando por lo tanto sujeta a todos sus términos y condiciones en tanto no se opongan a los de la presente:

### 1º) RIESGO CUBIERTO

La Aseguradora concederá el beneficio que acuerda esta Cláusula Anexa cuando el Asegurado acredite haber sido sometido a alguna de las intervenciones quirúrgicas contempladas en el Listado de Beneficios Modulados que se detallan en los Anexos "BM" y "BAM" que forman parte integrante de la presente, y siempre que el origen de la enfermedad o accidente que generó la necesidad de efectuar la intervención quirúrgica se hubiere producido de acuerdo a la forma establecida en la presente Cláusula y durante su vigencia. No se cubrirán condiciones preexistentes a la fecha de inicio de vigencia de la presente Cláusula Anexa para cada Asegurado, que sean causa de una intervención quirúrgica futura.

Se establece un período de carencia de noventa (90) días para las intervenciones detalladas en el Anexo "BM" y de trescientos (300) días para las intervenciones detalladas en el Anexo "BAM", contados a partir del inicio de vigencia de la presente Cláusula Anexa para cada Asegurado para el caso de intervenciones quirúrgicas por enfermedad, durante el cual la cobertura de cada Asegurado Individual debe estar en vigencia ininterrumpidamente. Este período deberá ser cumplimentado nuevamente si el Asegurado ingresa al seguro luego de haber estado interrumpido en su vigencia por un período mayor a seis (6) meses, independientemente de los requisitos de asegurabilidad que exija la Aseguradora en tal caso.

El referido período de carencia no será aplicable en los casos en que la necesidad de efectuar el intervención quirúrgica se origine como consecuencia de un accidente.

### 2º) BENEFICIO

La Aseguradora, comprobada la realización de la intervención quirúrgica a que se refiere el Riesgo Cubierto, abonará exclusivamente el porcentaje establecido en las Condiciones Particulares de la suma indemnizatoria que corresponda a la cirugía o cirugías realizadas conforme figuren en el Listado de Valores Modulares que en Anexo "VM" forma parte integrante de la presente, de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Particulares y con posterioridad al acto quirúrgico mismo. El importe será abonado dentro del plazo estipulado en el Artículo 49, 2º párrafo de la Ley N°17.418.

Si en el curso de una intervención quirúrgica se efectuaren dos o más operaciones por una o varias vías, se indemnizará, como, máximo, hasta el cien por ciento (100%) del módulo de mayor valor y el cincuenta por ciento (50%) del mayor módulo correspondiente a las demás. Si una operación se hubiese podido efectuar durante el curso de una intervención quirúrgica inicial, y no se efectuase antes de transcurridos treinta (30) días desde la fecha de dicha intervención, no estará cubierta por esta cláusula, salvo que comprobadas complicaciones de salud la hiciesen necesaria.

Las reintervenciones generadas por complicaciones súbitas o imprevistas serán indemnizadas al cien por ciento (100%) del valor del módulo.

Queda entendido y convenido que ningún pago se hará efectivo bajo esta Cláusula Anexa luego de finalizada la vigencia del certificado individual o de la póliza, según el caso, salvo que existan beneficios pendientes de pago cubiertos por la presente Cláusula Anexa a la fecha de tal rescisión.

### **3°) CARACTER DEL BENEFICIO**

El beneficio que otorga esta Cláusula Anexa es adicional e independiente de los demás previstos en la presente póliza.

### **4°) ELECCION DEL ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL**

El Asegurado deberá recurrir para el tratamiento de su enfermedad o accidente, a un establecimiento asistencial (Sanatorio, Hospital, Clínica, Instituto, Policlínico, etc.) que se halle habilitado legalmente para funcionar por el Organismo de Control Sanitario correspondiente, Municipal, Provincial o Nacional y autorizado por éste, a dar asistencia y tratamiento clínico al tipo de enfermedad o accidente padecido por el Asegurado y posea además servicio de enfermeros durante las 24 horas del día y esté equipado para cirugía mayor.

La elección de los prestadores (médicos, auxiliares, técnicos, etc.) y/o del Establecimiento Asistencial queda librada a la voluntad del Asegurado; por lo tanto, la Aseguradora se libera de la responsabilidad que pudiera corresponderle a los prestadores libremente elegidos por el mismo.

### **5°) MODIFICACIONES O ACTUALIZACIONES DE COBERTURA**

En cada aniversario de la Póliza, en la que se renueve asimismo la cobertura brindada por esta Cláusula Anexa, los beneficios cubiertos por el riesgo de intervenciones quirúrgicas, como los valores especificados en el Listado de Beneficios Valorizados Modulados y las primas correspondientes variarán en función a la tarifa vigente del Asegurador.

La Aseguradora informará al Contratante las nuevas condiciones con una anticipación no menor de treinta (30) días del vencimiento de la vigencia de la póliza a renovar.

Si después de la entrada en vigencia de la presente cobertura se acordara un aumento en el monto de las coberturas aseguradas o alguna extensión de cobertura del seguro al cónyuge del Asegurado Titular, tales aumentos o extensiones estarán sujetos a los períodos de carencia previstos en la póliza, salvo pacto en contrario.

### **6°) SOLICITUD DE BENEFICIOS**

- a) El Asegurado o sus representantes deben comunicar por escrito a la Aseguradora el tipo de operación u operaciones que se le ha efectuado, dentro de los 15 días contados a partir de la realización de la intervención quirúrgica, en el formulario que a tal fin suministre la Aseguradora. La omisión o la demora en tal comunicación dará lugar a la pérdida del derecho del Asegurado a percibir el beneficio previsto en esta cláusula, salvo en los casos de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.
- b) Corresponde al Asegurado, o sus representantes, si así lo requiriera la Aseguradora, suministrar las siguiente documentación:
  - b. 1. certificado médico que acredite el diagnóstico y el tratamiento quirúrgico realizado al Asegurado.
  - b.2. historias clínicas, protocolos quirúrgicos, estudios, análisis y exámenes practicados al Asegurado, expedidos por establecimientos asistenciales legalmente autorizados.
  - b.3. copia de la factura emitida con motivo de los servicios dispensados.
- c) Asimismo, la Aseguradora podrá efectuar todas las comprobaciones necesarias para verificar la producción del siniestro y la extensión de la prestación a su cargo.

En este sentido corresponde al Asegurado y al Tomador:

- c.1 prestar toda la colaboración que a tal efecto le requiera la Aseguradora.
- c.2 relevar del secreto médico y autorizar expresamente a su médico asistente y a los establecimientos asistenciales donde fuera atendido, para que los mismos proporcionen toda la información que los médicos de la Aseguradora le soliciten a los efectos de esta Cláusula Anexa. La Aseguradora se compromete a velar por la confidencialidad de las informaciones recabadas. Será requisito indispensable para la obtención del beneficio previsto en esta Cláusula Anexa, que el mismo cuente con la autorización del médico auditor de la Aseguradora.

#### **7°) RIESGOS NO CUBIERTOS**

Sin perjuicio de las exclusiones contempladas en el Artículo N° 20 de las Condiciones Generales de la presente póliza, la Aseguradora no indemnizará las intervenciones quirúrgicas provenientes de hechos producidos a consecuencia de:

- a) Enfermedades preexistentes a la fecha de inicio de vigencia de la presente Cláusula Anexa para cada Asegurado, que sean causa de una intervención quirúrgica futura;
- b) Ningún pago se hará efectivo bajo este seguro si el origen de la enfermedad que genere la necesidad de una intervención quirúrgica se produce durante el período de carencia de 90 días contados a partir del inicio de vigencia de la presente Cláusula Anexa para cada Asegurado. El referido período de carencia no será aplicable en los casos en que la necesidad de efectuar el intervención quirúrgica se origine como consecuencia de un accidente;
- c) Operaciones de Miopía, Astigmatismo y similares.

#### **8°) AMBITO GEOGRAFICO DE LA COBERTURA**

Las intervenciones quirúrgicas deberán ser realizadas en establecimientos de la República Argentina o del exterior debidamente autorizados a tal fin por la autoridad nacional competente, y por profesionales habilitados para tal fin, quedando excluido cualquier beneficio o indemnización por intervenciones quirúrgicas que no cumpla con estos requisitos.

#### **9°) TERMINACION DE LA COBERTURA**

La cobertura prevista en esta Cláusula Anexa cesará en las siguientes circunstancias:

##### Seguros Colectivos y Seguros Individuales

- a) Al caducar la póliza y/o el Certificado Individual por cualquier causa;
- b) Cuando el Asegurado Familiar pierda su condición de cónyuge, según se lo definió en el artículo 5° de las Condiciones Generales de la presente póliza;

##### Seguros Colectivos

- c) Cuando el Asegurado se retire del grupo regido por el Tomador.

##### Seguros Individuales

En los seguros individuales, cuando el cónyuge ejerza la opción de continuidad prevista en el Artículo 4° de las Condiciones Generales, no le será aplicable la causal de terminación de la cobertura descripta en el inciso a).

Ante la terminación de la cobertura dejarán de abonarse las primas no vencidas de la cobertura de esta Cláusula Anexa.

“CLÁUSULA ANEXA DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS”

LISTADO DE BENEFICIOS MODULADOS

ANEXO "BM"

		Código del Nomenclador Nacional
<b>Operaciones intracraneanas</b>		
<b>OPERACIONES EN EL SISTEMA NERVIOSO</b>		
<b>Operaciones en el cráneo</b>		
Tratam. Quir. Encefalomeningocele	BVM1	01.01.01
Tratam. Quir. Craneostenosis	BVM1	01.01.02
Craneoplastias con injerto óseo	BVM1	01.01.03
Reducción abierta fractura de cráneo	BVM1	01.01.04
Escisión lesión huesos cráneo	BVM1	01.01.05
Descompresión orbitaria unilateral	BVM1	01.01.06
<b>Operaciones intracraneanas</b>		
Ventriculocisternostomias	BVM1	01.02.01
Colocación válvulas derivacion. Holster	BVM1	01.02.02
Revisión válvulas derivativas. Intracraneana.	BVM1	01.02.03
Lobectomía parcial o total	BVM0	01.02.04
Tractotomía espinotalámica	BVM0	01.02.05
Tratamiento Quirurgico de Aneurisma	BVM0	01.02.06
Punción colección intercerebral	BVM1	01.02.07
Craneotomía exploradora	BVM0	01.02.08
Reparación plástica senos craneales	BVM1	01.02.09
Escisión neoplasia intracraneana	BVM0	01.02.10
Drenaje ventricular contínuo	BVM1	01.02.11
Extracción tubos en operaciones derivativas..	BVM3	01.02.12
Intervenciones estereotáxicas	BVM0	01.02.13
Punción ventricular por trepanación	BVM1	01.02.14
Hipofisectomía	BVM1	01.02.16
<b>Cirugía Vertebromedular</b>		
Reparación mielomeningocele	BVM1	01.03.01
Tratamiento Quirurgico Complejo vertebromeningomedular (Incluye disectomía con atrodecis) Carencia 60 días	BVM1	01.03.02
Ligadura aneurismas medulares	BVM1	01.03.03
Cordotomía espinotalámica	BVM1	01.03.04
Rizotomía, radicotomía posterior	BVM1	01.03.05
Sección de ligamentos dentados	BVM1	01.03.06
<b>Intervenciones sobre los Pares Craneales</b>		
Neurotomía retrogaseriana trigeminal	BVM1	01.04.01
Neurolisis transoval del trigémino	BVM4	01.04.02
Neurotomía del intermediario, vestibular o glosofaríngeo	BVM1	01.04.03
Intervenciones nervios ópticos	BVM1	01.04.04
Neurotomía supra/infraorbitario	BVM4	01.04.05

Neurotomía selectiva facial o del glosofaríngeo.	BVM3	01.04.06
Injerto/anastomosis facial, hipogloso, espinal y similares	BVM2	01.04.07
Neurolisis extracraneal	BVM5	01.04.08

#### **Intervenciones sobre los nervios periféricos**

Tratamiento Quirúrgico del plexo cervicobraquial	BVM1	01.05.01
Tratamiento Quirúrgico del plexo lumbosacro	BVM1	01.05.02
Neurorrafia radial, tibial, etc.	BVM2	01.05.03
Transposición del cubital	BVM2	01.05.04
Descompresión tunel carpiano	BVM3	01.05.05
Escisión lesión tumoral nervio periférico.	BVM2	01.05.06
Neurolisis quirúrgica nervio periférico.	BVM2	01.05.07
Neurolisis química nervio periférico o bloqueo antialgico.	BVM5	01.05.08

#### **Operaciones en el Sistema Nervioso Vegetativo**

Simpatectomía cervical	BVM1	01.06.01
Simpatectomía torácica	BVM1	01.06.02
Simpatectomía lumbar	BVM1	01.06.03
Resección plexos hipogástricos	BVM1	01.06.04
Simpatectomía periarterial carotídea, femoral	BVM1	01.06.05

#### **\*OPERACIONES EN EL APARATO DE LA VISION**

##### **Operaciones en la Orbita, Globo Ocular y Músculos**

Exéresis contenido órbita	BVM2	02.01.01
Neurotomía del nervio óptico	BVM3	02.01.02
Orbitotomía	BVM3	02.01.03
Reparación plástica órbita	BVM2	02.01.05
Enucleación o evisceración globo ocular	BVM3	02.01.06
Aspiración, lavado e implante vítreo	BVM3	02.01.07
Tratamiento Quirúrgico corrector del estrabismo	BVM3	02.01.09
Suplantamiento del recto izquierdo	BVM3	02.01.10
Exenteración del contenido orbitario y resección total maxilar. Superior	BVM2	02.01.11

##### **Operaciones en los párpados**

Reconstrucción total del párpado	BVM2	02.02.01
Blefaroplastia	BVM3	02.02.02
Blefarorrafia total o parcial	BVM5	02.02.03
Blefarochalasis	BVM5	02.02.04

##### **Operaciones en la Conjuntiva**

Conjuntivoplastia	BVM4	02.03.01
Escisión de lesión conjuntiva	BVM4	02.03.02
Introducción sustancias terapéuticas subconjuntivales.	BVMD	02.03.03
Peritectomía	BVM4	02.03.04
Sutura de Conjuntiva-Biopsia	BVM5	02.03.05

##### **Operaciones en la Córnea**

Queratoplastia laminar	BVM1	02.04.01
Sutura de Córnea como única Intervención	BVM4	02.04.03
Queratocentesis	BVMD	02.04.04

Sutura herida de córnea	BVM4	02.04.06
<b>Operaciones en el Iris y Cuerpo Ciliar</b>		
Tratamiento Quirúrgico del Glaucoma	BVM2	02.05.01
Iridotomía, coreoplastia, iridectomía	BVM3	02.05.02
Iridociclectomía o ciclectomía	BVM2	02.05.03
<b>Operaciones en la Esclerótica y en la retina</b>		
Retinopexia, esclerectomía implante	BVM2	02.06.03
Retinopexia y esclerectomía	BVM2	02.06.04
Retinopexia – Diatermia – Crio, etc.	BVM3	02.06.05
Esclerectomía, extracción cuerpo extraño	BVM3	02.06.06
<b>Operaciones en el Cristalino</b>		
Extracción del cristalino	BVM3	02.07.01
Extracción masas cristalinas	BVM3	02.07.02
Capsulotomía	BVM4	02.07.03
<b>Operaciones en el tracto lagrimal</b>		
Dacriocistorrinostomía	BVM3	02.08.01
Escisión de glándula lagrimal	BVM4	02.08.02
Cateterización del conducto lagrimonasal	BVMA	02.08.04
<b>*OPERACIONES OTORRINOLARINGOLOGICAS</b>		
<b>Operaciones en el oído externo</b>		
Reconstrucción pabellón auricular con injerto de cartilago y piel	BVM3	03.01.01
Otoplastia pabellón auricular	BVM3	03.01.02
Otoplastia de lóbulo hendido	BVM3	03.01.03
Escisión completa de pabellón	BVM3	03.01.04
Cirugía agenesia conducto auditivo externo.	BVM1	03.01.06
Resección de osteoma	BVM4	03.01.07
Exéresis de coloboma auris	BVM4	03.01.08
Escisión lesión conducto auditivo externo.	BVMA	03.01.09
<b>Operaciones en el oído medio</b>		
Miringoplastia	BVM3	03.02.01
Timpanoplastia	BVM2	03.02.02
Cirugía plástica por agen.oído medio	BVM2	03.02.04
Movilización del estribo	BVM3	03.02.05
Estapedectomía	BVM3	03.02.06
Mastoidectomía	BVM3	03.02.07
Petrectomía subtotal	BVM4	03.02.08
Punción de antro mastoideo	BVMD	03.02.09
Cirugía de glomus yugularis	BVM1	03.02.10
Cirugía 2da.y 3era porciones del nervio facial	BVM1	03.02.11
<b>Operaciones en el oído interno y conducto auditivo interno</b>		
Laberintectomía	BVM2	03.03.01
Fenestración conducto semicircular externo	BVM2	03.03.02
Cirugía del saco endolinfático	BVM1	03.03.03
Cirugía conducto aud. Interno.	BVM1	03.03.04
Tratamiento Quirúrgico fractura del peñasco	BVM2	03.03.05

Tratamiento Quirúrgico neurinoma del acústico	BVM1	03.03.06
<b>Operaciones de la nariz</b>		
Tratamiento Quirúrgico de la atresia de coanas	BVM2	03.04.01
Resección total de nariz	BVM3	03.04.02
Rinoplastía	BVM3	03.04.03
Tratamiento Quirúrgico del rinofima	BVM4	03.04.04
Escisión tumores endonasales	BVM4	03.04.05
Resección lesión endonasal	BVMA	03.04.06
Escisión de pólipo retrocoanal	BVMA	03.04.07
Rinoplastía con Injerto cutáneo	BVM3	03.04.08
Septumplastía por implan. Cartílago	BVM4	03.04.09
Septumplastia por perforación o Implante acrilico en Fosas nasales	BVM4	03.04.10
Resección de tabique nasal	BVM4	03.04.11
Turbinectomía	BVMD	03.04.12
Sutura/biopsia de nariz	BVMD	03.04.13
<b>Operaciones en los senos paranasales</b>		
Reparación quirurgica de fístula de LCR	BVM2	03.05.01
Sinusotomía combinada	BVM3	03.05.02
Sinusotomía comb.frontal etm./Esfen.	BVM3	03.05.03
Sinusotomía radical frontal	BVM3	03.05.04
Sinusotomía frontal externa simple	BVM5	03.05.05
Sinusotomía esfenoïdal	BVM4	03.05.06
Etmoïdectomía interna	BVM4	03.05.08
Cirugía de tumores etmoidales	BVM3	03.05.09
Sinusotomía maxilar radical unilateral.	BVM3	03.05.10
Sinusotomía maxilar radical bilateral.	BVM2	03.05.11
Sinusotomía maxilar simple unilateral.	BVM4	03.05.12
Sinusotomía maxilar simple bilateral.	BVM4	03.05.13
Cierre fístula oral seno maxilar	BVM3	03.05.14
Cirugía fosa pterigomaxilar	BVM1	03.05.16
<b>Operaciones en la laringe</b>		
Operación comando de laringe	BVM1	03.06.01
Laringofaringectomía	BVM1	03.06.02
Laringectomía total	BVM2	03.06.03
Laringectomía Parcial	BVM2	03.06.04
Laringoplastía	BVM2	03.06.05
Laringotomía mediana, inferior	BVM4	03.06.06
Incisión y drenaje de laringe	BVM5	03.06.07
Microcirugía de Laringe	BVM4	03.06.08
<b>Operaciones en dientes, encías maxilar inferior</b>		
Extirpación de germen dentario	BVM5	03.07.02
Gingivectomía parcial (tumores)	BVM3	03.07.03
Gingivectomía total ampliada (tumores)	BVM3	03.07.04
Operación comando de encía	BVM2	03.07.05
<b>Operaciones glándulas y conductos salivales</b>		
Parotidectomía total	BVM1	03.08.01
Operación comando de parótida	BVM1	03.08.02
Parotidectomía lóbulo superf.	BVM3	03.08.03

Escisión radical glándula submaxilar	BVM2	03.08.04
Operación comando glándula submaxilar	BVM1	03.08.05
Incisión/drenaje glánd.parátida submax.	BVM5	03.08.06
Extirpación de ránula	BVM5	03.08.08

#### **Operaciones en la boca**

Operación comando piso de boca	BVM1	03.09.01
Escisión ampliada mucosa yugal	BVM2	03.09.02
Estomatoplastia con injerto	BVM3	03.09.03
Cierre de fístula externa de boca	BVM4	03.09.05

#### **Operaciones en los labios**

Queiloplastia labio leporino unilateral	BVM2	03.10.01
Queiloplastia labio leporino bilateral	BVM2	03.10.02
Queiloplastia unilateral /bilateral con palatoplastia	BVM2	03.10.03
Resección de labio	BVM2	03.10.04
Queiloplastia Bernard, etc. o similar	BVM2	03.10.05
Queiloplastia con vaciamiento ganglionar	BVM1	03.10.06
Escisión local de lesión de labio	BVM5	03.10.07

#### **Operaciones en la lengua**

Operación comando de lengua	BVM1	03..11.01
Glosectomía subtotal	BVM3	03.11.02
Escisión local lesión lengua	BVM4	03.11.03
Glosoplastia	BVM3	03.11.04
Glosotomía con Drenaje de Absceso	BVMA	03.11.05

#### **Operaciones en el paladar y úvula**

Palatoplastia	BVM3	03.12.01
Resección parcial de paladar	BVM3	03.12.02
Resección total de paladar	BVM2	03.12.03
Resección total paladar con injerto	BVM1	03.12.04
Operación comando de paladar	BVM1	03.12.05

#### **Operaciones en las amígdalas, adenoides y faringe**

Amigdalectomía, adenoidectomía	BVM4	03.13.01
Escisión o electrocuagulación de amígdala lingual	BVM4	03.13.02
Operación comando de faringe	BVM1	03.13.04
Faringoplastia	BVM2	03.13.05
Faringectomía parcial (tumores)	BVM2	03.13.06
Escisión en la faringe	BVM1	03.13.07
Faringotomía	BVM5	03.13.08
Cierre de faringostoma	BVM5	03.13.09
Sutura de faringe	BVM5	03.13.10
Escisión radical lesión nasofaringe	BVM3	03.13.12
Biopsia lesión de nasofaringe	BVMA	03.13.13

#### **\*OPERACIONES EN EL SISTEMA ENDOCRINO**

##### **Operaciones glándulas tiroideas y paratiroides**

Operación comando de tiroides	BVM1	04.01.01
Tiroidectomía Total con vaciamiento ganglionar.	BVM1	04.01.02
Tiroidectomía total	BVM2	04.01.03

Tiroidectomía subtotal, hemitiroidectomía.	BVM3	04.01.04
Extirpación quiste tirogloso	BVM3	04.01.05
Punción biopsia de tiroides	BVMA	04.01.06
Paratiroidectomía	BVM2	04.01.08

#### **Operaciones en las glándulas suprarrenales**

Adrenalectomía bilateral	BVM1	04.02.01
Adrenalectomía unilateral	BVM2	04.02.02

#### **Operaciones en la glándula hipófisis**

Hipofisectomía transeptoefenoidal	BVM1	04.03.01
-----------------------------------	------	----------

#### **\*OPERACIONES EN EL TORAX**

##### **Operaciones en pared torácica**

Resección pleura parietal, costillas, musculos.	BVM1	05.01.01
Toracoplastia total	BVM1	05.01.02
Toracoplastia	BVM2	05.01.03
Resección total del esternón	BVM2	05.01.04

##### **Operaciones tráquea cervical**

Traqueoplastia	BVM1	05.02.01
Traqueostomía, traqueotomía	BVM5	05.02.02
Traqueorrafia (acceso cervical)	BVM3	05.02.03

##### **Operaciones en tráquea torácica y bronquios**

Traqueoplastia ,acceso torácico, broncoplastia.	BVM1	05.03.01
Broncotomía, broncorrafia	BVM2	05.03.02
Cavernostomía	BVM3	05.03.03
Cierre fístula broncocutánea	BVM2	05.03.04

##### **Operaciones en el pulmón, pleura y mediastino**

Lobectomía, bilobectomía o neumonectomía	BVM1	05.04.01
Escisión local lesión pulmonar	BVM2	05.04.02
Operaciones en el mediastino	BVM1	05.04.03
Toracotomía amplia exploradora	BVM2	05.04.06
Drenaje de pleura con trocar	BVMA	05.04.07
Punción de cavidad pleural para lavaje	BVMA	05.04.08
Punción biopsia de pleura	BVMA	05.04.09
Biopsia de grasa preescalénica	BVM4	05.04.10
Decorticación pulmonar	BVM1	05.04.12
Segmentectomía	BVM1	05.04.13
Drenaje pleural por toracotomía .	BVM5	05.04.14
Resección enfisema bulloso bilateral.	BVM1	05.04.15

#### **\*OPERACIONES EN LA MAMA**

Mastectomía radical	BVM2	06.01.01
Mastectomía subradical	BVM2	06.01.02
Mastectomía simple	BVM3	06.01.03
Mastectomía subcutánea. Adenomastectomía	BVM3	06.01.04

Cirugía de nódulos mamarios	BVM4	06.01.08
Cuadrantectomía mamaria	BVM4	06.01.09
Reconstrucción mamaria con vaciamiento axilar	BVM2	06.01.12
Cuadrantectomía mamaria con vaciamiento axilar – Carencia 60 días	BVM2	06.01.50

#### **\*OPERACIONES EN EL SISTEMA CARDIOVASCULAR**

##### **Operaciones en las arterias y venas de cavidad torácica**

Cirugía de grandes troncos arteriovenosos de la cavidad torácica.	BVM1	07.03.01
Tratamiento quirúrgico de aneurisma de aorta toraco-abdominal.	BVM1	07.03.02

##### **Operaciones en las Arterias y Venas Abdomino-Pelvianas**

Tratamiento Quirúrgico de aorta abdominal	BVM1	07.04.01
Cirugía de las ramas viscerales de la aorta abdominal y troncos ilíacos (anastomosis)	BVM1	07.04.02
Derivación aorto o ilíaco femoral unilateral	BVM1	07.04.03
Derivación aorto bifemoral	BVM1	07.04.04
Derivación aorto iliáco uni-bilateral	BVM1	07.04.05
Otras derivaciones en cavidad abdominal	BVM2	07.04.06
Anastomosis porto-cava	BVM1	07.04.07
Cirugía de la vena cava: ligadura	BVM3	07.04.08
Colocación de filtro (en vena cava por vía endovenosa).	BVM4	07.04.09

##### **Operaciones en arterias y venas del cuello**

Cirugía de la arteria carótida o de la vertebral.	BVM1	07.05.01
Sutura o ligadura de vasos profundos del cuello.	BVM2	07.05.02
Glomectomía tumor de glomus carotídeo	BVM2	07.05.03

##### **Operaciones de Arterias y venas de los miembros Superiores e Inferiores**

Embolectomía de arterias periféricas	BVM3	07.06.01
Tromboendarterectomía de vasos periféricos con o sin arterioplastia.	BVM2	07.06.02
By Pass de vasos periféricos con injerto venoso	BVM1	07.06.03
By Pass de vasos periféricos con injerto sintético	BVM1	07.06.04
Aneurisma de las fistulas arterio venosas	BVM1	07.06.05
Shunt o Fistula Arteriovenosa para Hemodialisis	BVM3	07.06.07
Trombectomía venosa profunda	BVM3	07.06.11
Safenectomía Interna y/o Externa	BVM3	07.06.12
Safenectomía Interna	BVM3	07.06.13
Operación de Linton, Gockett	BVM3	07.06.14
Flebotomía segmentaria	BVM4	07.06.16

#### **\*OPERACIONES EN EL APARATO DIGESTIVO Y ABDOMEN**

##### **Operaciones en el esófago**

Esofagectomía total y reconstrucción	BVM1	08.01.01
Esofagectomía segmentaria	BVM1	08.01.02
Esofagectomía total-único tratamiento.	BVM1	08.01.03
Reemplazo de esófago	BVM1	08.01.04
Esófagogastroplastia	BVM1	08.01.05
Esofagogastroanastomosis	BVM1	08.01.06
Tratamiento de la atresia esofágica	BVM1	08.01.07
Esofagotomía exploradora	BVM1	08.01.08

Escisión de divertículo esofágico intratorácico.	BVM1	08.01.09
Esofagotomía o esofagorrafia	BVM2	08.01.10
Escisión de divertículo de esofágico cervical.	BVM1	08.01.11
Intubación esófago-gastrotomía	BVM3	08.01.12
Colocación de tubo de Soutard	BVM3	08.01.13
Operaciones para hemostasia directa	BVM2	08.01.14

#### **Operaciones en la pared del abdomen, peritoneo**

Hernioplastia diafragmática	BVM1	08.02.02
Hernioplastia inguinal, crural, umbilical, de la línea media	BVM3	08.02.03
Tratamiento Quirúrgico onfalocele	BVM2	08.02.04
Hernioplastia bilateral	BVM3	08.02.05
Eventración hernia recidivada	BVM3	08.02.06
Cierre pared abdominal por evisceración.	BVM3	08.02.07
Laparatomía exploradora	BVM3	08.02.08
Enterolisis	BVM3	08.02.09
Laparoscopia con luz fría	BVM5	08.02.10
Laparoscopia convencional	BVM5	08.02.11
Escisión tumor retroperitoneal	BVM1	08.02.13
Drenaje de absceso subfrénico	BVM3	08.02.14

#### **Operaciones en el estómago**

Gastrectomía total	BVM1	08.03.01
Gastrectomía subtotal	BVM1	08.03.02
Gastrotomía (exploración)	BVM3	08.03.03
Gastrostomía	BVM4	08.03.04
Gastrorrafia	BVM2	08.03.05
Gastroduodeno/yeyunostomía	BVM2	08.03.06
Vagotomía con piloroplastia	BVM2	08.03.07
Piloromiotomía-piloroplastia	BVM2	08.03.08
Cierre gastroenteroanastomosis	BVM2	08.03.09
Cierre de fístula gástrica	BVM2	08.03.10
Cierre de gastrostomía u otra fístula externa de estómago.	BVM2	08.03.11

#### **Operaciones intestino delgado**

Enterectomía de yeyuno o ileon	BVM2	08.04.01
Enterectomía, enterostomía	BVM3	08.04.03
Derivaciones Intestinales internas	BVM2	08.04.04
Operación plástica ileostomía	BVM3	08.04.05
Plicatura de intestino delgado	BVM3	08.04.06
Cirugía de cierre de fístula enterocutánea	BVM2	08.04.07
Devolvulación o desinvaginación intestinal.	BVM2	08.04.08

#### **Operaciones en el colon y recto**

Colectomía total con restitución tránsito	BVM1	08.05.01
Colectomía total con ileostomía	BVM1	08.05.02
Hemicolectomía	BVM1	08.05.03
Colectomía segmentaria	BVM2	08.05.04
Resección anterior de colon	BVM2	08.05.05
Operaciones radicales para megacolon	BVM1	08.05.06
Operaciones radicales para megacolon (2)	BVM1	08.05.07
Colon proctectomía total	BVM1	08.05.08
Proctosigmoidectomía	BVM1	08.05.09

Proctosigmoidectomía abdomino perineal	BVM1	08.05.10
Proctectomía	BVM2	08.05.11
Proctectomía con prostatectomía o colpectomía.	BVM2	08.05.12
Rectotomía, sigmoidectomía vía abdominal.	BVM3	08.05.13
Proctotomía con descompresión	BVM3	08.05.14
Descenso transanal	BVM2	08.05.15
Oper. Plástica malformacion congenita ano-rectal	BVM1	08.05.16
Proctorrafia	BVM3	08.05.18
Tratamiento del prolapso de recto	BVM2	08.05.19
Cirug. de cierre o confección de fístula Rectovesical, rectouretral o rectovaginal.	BVM2	08.05.20
Colostomía temporio o definitivo.Cierre colostomia.	BVM3	08.05.21
Operación plástica en colostomía	BVM4	08.05.22
Drenaje perianal perirrectal	BVM4	08.05.23
Apendicectomia	BVM3	08.05.24
Extracción instrumental fecalomas	BVMB	08.05.25

#### **Operaciones en el ano**

Anoplastia (estenosis)	BVM3	08.06.01
Anoplastia estenosis con deslizamiento de colgajo	BVM2	08.06.02
Esfinteroplastia tipo Pickrel o similar	BVM2	08.06.03
Esfinteroplastia tipo plicatura o simil esfinterorrafia	BVM4	08.06.04
Cerclaje de ano	BVM4	08.06.05
Hemorroidectomía	BVM4	08.06.06
Trombectomia/infartectomía hemorroidal	BVMA	08.06.07
Plástica de ano húmedo con o sin deslizamiento	BVM3	08.06.08
Trat. Hemorroides con ligadura	BVM5	08.06.09
Fistulectomia ,fistulotomía del canal anal	BVM4	08.06.11
Fisurectomia, Criptectomia o papilectomia	BVM4	08.06.12
Esfinterotomia, esfinterectomia	BVM4	08.06.13
Drenaje de absceso perianal	BVM4	08.06.16
Tratamiento radical absceso perianal	BVM4	08.06.17

#### **Operaciones en el hígado y vías biliares**

Lobectomía hepática	BVM1	08.07.01
Segmentectomía	BVM1	08.07.02
Hepatectomía parcial	BVM1	08.07.03
Hepatosomía	BVM2	08.07.04
Sutura de hígado (traumatismo,desgarro,herida)	BVM3	08.07.05
Biopsia hígado por laparatomía	BVM3	08.07.06
Colecistectomía o colecistostomía	BVM3	08.07.08
Colecistectomía con o sin coledocotomía	BVM3	08.07.09
Sección de ampolla de Vater transduodenal-papilotomía	BVM1	08.07.10
Coledocotomía como única intervención	BVM2	08.07.11
Anastomosis biliodigestivas simples	BVM2	08.07.12
Anastomosis biliodigestivas complejas	BVM2	08.07.13
Reoperación sobre la vía biliar	BVM2	08.07.14
Extracción instrumental completa de cálculos coledocianos	BVM4	08.07.15

#### **Operaciones en el páncreas**

Duodenopancreactectomía	BVM1	08.08.01
Anastomosis pancreaticodigestivas	BVM1	08.08.02
Escisión local lesión de páncreas	BVM2	08.08.03

Pancreatectomía corporocaudal esplenopancreatectomía corporocaudal	BVM1	08.08.04
Sutura de páncreas	BVM3	08.08.05
<b>Operaciones en el bazo</b>		
Esplenectomía total o segmentaria, esplenorrafia	BVM2	08.09.01
<b>*OPERACIONES EN LOS VASOS Y GANGLIOS LINFATICOS</b>		
Linfadenectomía cervical axilar o inguinal radical, unilateral.	BVM2	09.01.01
Linfadenectomía cervical., axilar o inguinal bilateral	BVM2	09.01.02
Escisión lesión conductos linfáticos. Linfagioma Higroma	BVM3	09.01.03
Drenaje seno linfático-derivación	BVM3	09.01.04
Linfadenotomía	BVM5	09.01.06
<b>*OPERACIONES APARATO URINARIO Y GENITAL MASCULINO</b>		
<b>Operaciones en el riñon y uréter</b>		
Nefrectomía total	BVM1	10.01.01
Nefrectomía parcial	BVM1	10.01.02
Nefroureterectomía total con cistectomía parcial	BVM1	10.01.03
Nefrotomía, nefrostomía nefropexia	BVM2	10.01.04
Cirugía vasculorrenal	BVM2	10.01.05
Lumbotomías	BVM3	10.01.07
Tratamiento Quirúrgico fístula lumbar con riñon funcional	BVM2	10.01.08
Pieloplastia del uréter	BVM2	10.01.10
Derivaciones ureterales a intestino in situ, a piel	BVM1	10.01.11
Derivaciones ureterales a porcion de intestestinales aisladas reemplazo de ureter	BVM1	10.01.12
Ureterectomía parcial	BVM3	10.01.13
Pielotomía, pielolitomía	BVM2	10.01.14
Tratamiento Quirúrgico de la litiasis ureteral	BVM2	10.01.15
Tratamiento Quirúrgico fístula ureterales	BVM2	10.01.16
Tratamiento Quirúrgico ureterocele	BVM2	10.01.17
<b>Operaciones en la vejiga</b>		
Cistectomía total	BVM1	10.02.01
Cistectomía total con derivacion ureteral	BVM1	10.02.02
Cistectomía parcial	BVM2	10.02.03
Cistoplastía colon o ileocistoplastía, agrandamiento vesical	BVM1	10.02.04
Cistosplastia por la extrofia vesical	BVM2	10.02.05
Trat. Quirúrgica fístula vesicointestinal, vesicovaginal o uterina	BVM2	10.02.06
Trat. Quirúrgica fístula vesicocutánea	BVM3	10.02.07
Cistotomía a cielo abierto, sutura vesical.	BVM3	10.02.08
Resección endoscópica cuello vesical	BVM3	10.02.10
Tratamiento incontinencia de orina vía vaginal	BVM4	10.02.11
Tratamiento Quirúrgico incontinencia de orina vía abdominal	BVM3	10.02.12
Tratamiento de la incontinencia orina ambas vías	BVM3	10.02.13
<b>Operaciones en la uretra</b>		
Epispadiás o hipospadiás por tiempo operatorio	BVM3	10.03.01
Uretroplastia	BVM3	10.03.02
Uretrotomía externa o interna	BVM4	10.03.03

Uretrorrafia: desgarro, herida	BVM3	10.03.04
Meatotomía	BVMD	10.03.05
Electrocuagulación, resección endoscópica de tumores uretrales	BVM4	10.03.06

#### **Operaciones en la próstata y vesículas seminales**

Prostatectomía radical	BVM1	10.04.01
Adenomectomía de próstata	BVM2	10.04.02
Resección de fibrosis y cicatrices del cuello de vejiga, postadenomectomía.	BVM3	10.04.03
Resección endoscópica próstata/cuello	BVM3	10.04.04
Vesiculectomía	BVM4	10.04.05
Prostatomía. Drenaje	BVM5	10.04.06

#### **Operaciones testículos, vaginal. cordón espermático**

Orquidectomía unilateral completa	BVM2	10.05.01
Orquidectomía subalbuginea bilateral	BVM3	10.05.02
Orquidectomía unilateral	BVM4	10.05.03
Orquidopexia unilateral	BVM3	10.05.04
Orquidopexia bilateral	BVM3	10.05.05
Tratamiento Quirúrgico hidrocele, varicocele etc.	BVM4	10.05.06
Biopsia de testículo	BVM5	10.05.07
Escrotoplastia	BVM4	10.05.08

#### **Operaciones epidídimo y en el conducto deferente**

Epididimectomía bilateral	BVM4	10.06.01
Epididimectomía unilateral	BVM4	10.06.02
Epididimovasostomía	BVM3	10.06.03
Epididimovasostomía y drenaje	BVMD	10.06.04
Anastomosis conducto deferente	BVM3	10.06.05
Biopsia de epidídimo	BVM5	10.06.06
Vasectomía, ligadura conducto deferente	BVM5	10.06.07

#### **Operaciones en el pene**

Amputación pene con vaciam.ganglionar	BVM2	10.07.01
Amputación completa o parcial pene	BVM3	10.07.02
Operación plástica del pene	BVM4	10.07.03
Cavernostomía, punción cuerpos cavernosos	BVMD	10.07.06
Resección esclerosis cuerpos cavernosos	BVM5	10.07.07
Shunt caverno-esponjoso/safeno	BVM3	10.07.08
Postioplastia (incluye fenulotomía)	BVM4	10.07.09

#### **\*OPERACIONES AP. GENITAL FEMENINO Y OBSTETRICAS**

##### **Op. en ovario y trompas defalopio**

Anexectomía total o parcial	BVM3	11.01.01
-----------------------------	------	----------

##### **Operaciones en el Utero**

Cirugía comando de útero y anexos	BVM1	11.02.01
Exenteración pelviana	BVM1	11.02.02
Histerectomía con o sin anexectomía viaabdominal o vaginal.	BVM2	11.02.03
Miomectomía uterina abdominal	BVM3	11.02.04
Miomectomía vaginal por histerotomía.	BVM3	11.02.05
Miomectomía vaginal	BVM4	11.02.06
Histerorrafia histeropexias	BVM3	11.02.07

Operación corrección vicios conformaciones del útero	BVM2	11.02.08
Corrección quirúrgica de inversión uterina vía abdominal.	BVM3	11.02.09
Raspado uterino terapéutico	BVM5	11.02.10
Raspado uterino diagnóstico	BVM5	11.02.11
Traquelectomía o conización	BVM4	11.02.13
Traquelorrafía. Cerclaje cuello	BVM4	11.02.14
Escisión local lesión de cuello	BVMD	11.02.15

#### **Operaciones en el vagina, vulva y periné**

Tratamiento Quirúrgico Agenesia vaginal:visceroplas.	BVM1	11.03.01
Tratamiento Quirúrgico Agenesia vaginal:no visceplas.	BVM1	11.03.02
Colporrafia y colpoxias	BVM3	11.03.03
Colporrafia-herida,desgarro etc.	BVM4	11.03.04
Colporrafia post.con reconstruccion del esfinter anal	BVM3	11.03.05
Colpoxia por vía abdominal	BVM3	11.03.06
Colpoxia combinada	BVM3	11.03.07
Colpocleisis completa o parcial	BVM3	11.03.08
Colpotomía, vaginotomía drenaje	BVM5	11.03.09
Vaginismo (operación de Pozzi)	BVM5	11.03.10
Vulvotomía radical	BVM1	11.03.12
Vulvotomía simple	BVM3	11.03.13
Extirpación de glándulas de Bartholino	BVM3	11.03.14
Himenotomía,incisión/drenaje vulva	BVMD	11.03.15
Episiorrafia, perineorrafia	BVM5	11.03.16
Perineoplastia, episioepineoplastia	BVM4	11.03.17

#### **\*OPERACIONES EN EL SISTEMA MUSCULO ESQUELETICO**

Fracturas sin desplazamiento (incluidas en cod. 12.19)

#### **Fracturas con desplazamiento-osteoplastia**

Osteoplastia de columna	BVM1	12.02.01
Osteoplastia húmero, tarso, etc.	BVM4	12.02.02
Osteoplastia fémur, calcáneo, etc.	BVM3	12.02.03
Osteoplastia clavícula, etc.	BVM4	12.02.04

#### **Trat. Quir. fracturas. Reducción. Osteosíntesis**

Osteosíntesis de columna	BVM1	12.03.01
Osteosíntesis húmero, fémur,etc.	BVM3	12.03.02
Osteosíntesis cúbito,tarso, etc.	BVM3	12.03.03
Osteosíntesis clavícula, esternon, etc.	BVM4	12.03.04
Osteosíntesis metacarpiano, etc.	BVM5	12.03.05

#### **Incisiones, resecciones parciales en huesos**

Incis./Resec.vértebras, sacro, etc.	BVM1	12.04.01
Incis./Resec.coxal, fémur, húmero	BVM3	12.04.02
Incis./Resec.cúbito,tibia, etc.	BVM3	12.04.03
Incis./Resec.clavícula, rótula, etc.	BVM4	12.04.04

#### **Resecciones totales de huesos**

Resec. total húmero, isquion, etc.	BVM2	12.05.01
Resec. total fémur, húmero, etc.	BVM2	12.05.02
Resec. total cúbito, tarso, etc.	BVM2	12.05.03

Resec. total clavícula, rótula, etc.	BVM3	12.05.04
<b>Osteotomías correctivas</b>		
Osteotomía fémur, tibia, etc.	BVM2	12.06.01
Osteotomía húmero, tarso, etc.	BVM3	12.06.02
Osteotomía metacarpiano, etc.	BVM3	12.06.03
<b>Reparación Huesos - osteoplastia, etc.</b>		
Reparación de clavícula	BVM4	12.07.01
Reparación de húmero	BVM3	12.07.02
Reparación de cúbito, carpo, etc.	BVM3	12.07.03
Reparación de metacarpiano	BVM3	12.07.04
Reparación una o más falanges	BVM4	12.07.05
Reparación fémur, tibia, peroné	BVM2	12.07.06
Reparación de astragalo, etc.	BVM3	12.07.07
Reparación metatarsiano, etc.	BVM3	12.07.08
<b>Artrotomías - exploración, etc.</b>		
Artrotomía sacro-ilíaca,condro-costal,codo, tobillo, etc.	BVM4	12.09.01
Artrotomía hombro, cadera, etc.	BVM3	12.09.02
Artrotomía metacarpo-falan., etc.	BVM5	12.09.03
<b>Artrodesis artrorraxis</b>		
Artrodesis columna (-3 vértebra)	BVM1	12.11.01
Artrodesis columna (+3 vértebra), etc.	BVM1	12.11.02
Artrodesis de hombro, codo	BVM2	12.11.03
Artrodesis muñeca, tarso, etc.	BVM3	12.11.04
Doble artrodesis (Chopart-Suba)	BVM2	12.11.05
Triple artrodesis (TT-Cho-Suba)	BVM2	12.11.06
Artrodesis metacarpo-falang. etc.	BVM4	12.11.07
<b>Suturas articulaciones - Escisión de bolsas serosas</b>		
Sutura artic. muñeca, tarso, etc.	BVM4	12.12.01
Sutura artic. cadera, rodilla, etc.	BVM3	12.12.02
Sutura artic. metac.-falángica, etc.	BVM4	12.12.03
<b>Luxaciones</b>		
Trat. incr. luxac. de columna	BVM4	12.13.01
Trat. incr. luxac. cadera,rodilla, etc.	BVM4	12.13.02
Trat. incr. luxac. clavícula, tobillo	BVM4	12.13.03
Trat. incr. luxac. metac-falángica,etc.	BVM5	12.13.04
Trat. Quir. luxac. de columna	BVM1	12.13.05
Trat. Quir. luxac. cadera, rodilla	BVM2	12.13.06
Trat. Quir. luxac. clavíc.Tobillo,etc.	BVM3	12.13.07
Trat. Quir. luxac. metac-falángica, etc.	BVM4	12.13.08
<b>Operaciones en los músculos</b>		
Miectomías con vaciamiento celda	BVM3	12.14.01
Incisión/escis./biops./sut.músculos	BVM4	12.14.02
<b>Operaciones en los tendones, vainas tendinosas y fascias</b>		
Explorac./drenaje/escis./biopsia,tendón	BVM5	12.15.01
Tenorrafia flexor muñeca, mano	BVM4	12.15.02

Tenoplastia flexor muñeca, mano	BVM3	12.15.03
Tenorrafia extens. muñeca, mano	BVM4	12.15.04
Tenoplastia extens. muñeca, mano	BVM3	12.15.05
Tenorrafia de otro tendón	BVM4	12.15.06
Tenoplastia de otro tendón	BVM3	12.15.07
Trat. Quir. tendón secuela parálisis(poliomielitis)	BVM2	12.15.08
Escisión ganglión	BVM4	12.15.09

#### **Amputaciones/desarticulaciones**

Amputación interescapulotorácica	BVM1	12.16.01
Amputación de hombro	BVM2	12.16.02
Amputación de brazo, muñeca, etc.	BVM3	12.16.03
Amputación interileoabdominal	BVM1	12.16.04
Amputación de cadera	BVM2	12.16.05
Amputación de muslo o rodilla	BVM2	12.16.06
Amputación de pie o pierna	BVM3	12.16.07
Amputación de dedo de la mano	BVM4	12.16.08
Amputación de dedo del pie	BVM4	12.16.09

#### **Tratamientos Quirúrgicos procedimientos combinados**

Discectomía cervical, dorsal, lumbar	BVM1	12.17.01
Discectomía con artrodesis (Incluye tratamiento quirúrgico del complejo vertebromeningomedular) Carencia 60 días	BVM1	12.17.02
Trat.Quirurgico elevación congénita escápula	BVM2	12.17.03
Tenotomía y /o fasciotomías tratamiento de la tortícolis	BVM4	12.17.04
Operaciones hueco supraclavicular	BVM3	12.17.05
Trat.Quirurgico luxación inveterada hombro	BVM3	12.17.06
Trat.Quirurgico Dupuytren aponeurotomía	BVM3	12.17.07
Trat.Quirurgico Dupuytren aponeurectomía	BVM3	12.17.08
Trat.Quirurgico Dupuytren aponeurec.-inj.	BVM2	12.17.09
Trat.Quirurgico. sindactilia un spac. Sin injerto.	BVM4	12.17.10
Trat.Quirurgico sindactilia un spac. Con injerto.	BVM3	12.17.11
Reconstrucción total pulgar	BVM2	12.17.12
Reconstrucción parcial pulgar	BVM2	12.17.13
Reduc.incru.luxación cong.cadera	BVM4	12.17.14
Reduc.cruen.luxación cong. Cadera	BVM2	12.17.15
Trat.Quirurgico displasia cadera sin luxacion.	BVM2	12.17.16
Trat.Quirurgico de epifisiolisis de cadera	BVM2	12.17.17
Trat.Quirurgico luxación traumática cadera	BVM2	12.17.18
Cuadricepsplastia	BVM2	12.17.19
Trat.Quirurgico luxación recidivante rótula	BVM4	12.17.20
Trat.Quirurgico pie zambo, varo equino sup.	BVM3	12.17.21
Trat.Quirurgico del pie equino	BVM3	12.17.22
Trat.Quirurgico del pie plano o pie cavo	BVM3	12.17.23
Seudoexostosis de Haglund	BVM4	12.17.24
Trat.Quirurgico del pie hendido	BVM3	12.17.25
Trat.Quirurgico compl. Hallux Valgus simple	BVM3	12.17.26
Trat.Quirurgico dedo en garra, martillo etc.	BVM4	12.17.27
Exéresis del neuroma de Morton	BVM5	12.17.28
Hallux Valgus unilateral completo	BVM3	12.17.30

#### **Yesos, vendajes, tracciones continuas**

Fronda articulada maxilares	BVMC	12.19.01
-----------------------------	------	----------

Minerva de yeso	BVMB	12.19.03
Collar de Shanz enyesado	BVMD	12.19.04
Corset	BVMD	12.19.06
Corselete	BVMD	12.19.07
Corset de Risser o similares	BVMB	12.19.08
Lecho de Lorenz hasta cadera	BVMB	12.19.09
Lecho de Lorenz hasta pie	BVMB	12.19.10
Valpeau de yeso	BVMD	12.19.14
Yeso toraco-braquial	BVMC	12.19.16
Yeso braquipalmar	BVMC	12.19.17
Yeso colgante	BVMC	12.19.18
Yeso antebraquia palmar	BVMC	12.19.19
Mano de yeso	BVMC	12.19.20
Valva larga miembro superior	BVMD	12.19.21
Valva corta miembro superior	BVMD	12.19.22
Yeso pelvipédico	BVMB	12.19.23
Ducroquet	BVMD	12.19.24
Calza de Yeso	BVMD	12.19.25
Bota larga de yeso	BVMC	12.19.26
Bota corta de yeso	BVMC	12.19.27
Botín de yeso	BVMC	12.19.28
Valva larga miembro inferior	BVMD	12.19.29
Valva corta miembro inferior	BVMD	12.19.30
Pasta de Unna	BVMD	12.19.31

#### **\*OPERACIONES EN LA PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO**

Escisión de Quiste dermoideo sacrococcigeo	BVM4	13.01.01
Escisión amplia de lesion de Piel	BVM4	13.01.02
Escisión radical angioma cavernoso	BVM4	13.01.03
Suturas de herida	BVMC	13.01.10
Escisión de Lipoma gigante (con anatomía patológica) carencia 60 días	BVM4	13.01.13
Incis./drenaje absceso profundo	BVMC	13.01.14

#### **Cirugía Plástica**

Injerto libre de grasa piel total	BVM3	13.02.01
Cierre plástico de herida = colgajo	BVM5	13.02.04
Transporte de tubo (piel)	BVM4	13.02.05
Operación relajante en Z (Zetaplastia)	BVM4	13.02.06
Toma y colocación injerto piel	BVM5	13.02.07
Injerto Pinch	BVM5	13.02.09
Diferido del colgajo piel	BVM5	13.02.10
Preparación de colgajo tipo Cross/Leg	BVM5	13.02.11

#### **\*PRESTACIONES NO NOMENCLADAS**

Litotricia extracorpórea	BVM2	50.01.00
Extracción de cuerpo extraño por vía endoscópica alta o baja (pólipo, biopsia)	BVM4	50.01.01
Extracción de cálculos urinarios por endoscopia o microcirugía o vía percutánea ureterales o pélvicos	BVM2	50.01.02
Extracción de cálculos vesicales por endoscopia o microcirugía o vía percutánea	BVM3	50.01.03
Polipectomía endoscópica	BVM4	50.01.04

Colocación de Stent (esófago, vía biliar, várices o esclerosis)	BVM3	50.01.05
Colocación de catéter doble J - Incluye extracción	BVM3	50.01.06
Extracción de cálculos coledocianos por colangiografía retrógrada endoscópica + papilotomía (más Video)	BVM3	50.01.07

**“CLÁUSULA ANEXA DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS”  
LISTADO DE BENEFICIOS ADICIONALES MODULADOS**

ANEXO "BAM"

Queda entendido y convenido que a partir de los trescientos (300) días de vigencia ininterrumpida de la presente Cláusula Anexa para cada Asegurado, el mismo quedará cubierto por los beneficios adicionales detallados a continuación:

		Código del Nomenclador Nacional
<b>*OPERACIONES EN EL CORAZÓN Y PERICARDIO</b>		
Septostomía interauricular. Cardiotomía, Valvulotomía, Pericardiectomía.	BVM1	07.01.01
Septostomía con balón.	BVM1	07.01.02
Colocación marcapaso definitivo. Endocavitario.	BVM3	07.01.03
Colocación marcapaso definitivo. Epicárdico.	BVM3	07.01.04
Cambio generador de marcapaso definitivo.	BVM3	07.01.05
Cardiorrafia	BVM2	07.01.08
Pericardiectomía, exploración., drenaje, etc.	BVM2	07.01.09
Biopsia de pericardio	BVM3	07.01.10
<b>*CIRUGÍA CARDIOVASCULAR CON CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA</b>		
Cardiopatía congénita	BVM00	07.02.01
Trat. Quirúrgico cardiopatías con hipotermia	BVM00	07.02.02
Reemplazo válvula cardíaca	BVM00	07.02.03
Doble reemplazo valvular	BVM00	07.02.04
Reemplazo valvular y plástica de otra	BVM00	07.02.05
Cierre de defectos septales	BVM00	07.02.06
Trat. Quirúrgico. de aneurismas de aorta	BVM00	07.02.07
Aneurismas de aorta descendente	BVM00	07.02.08
Revascularización Coronaria	BVM00	07.02.09/10
Resección de aneurisma ventricular	BVM00	07.02.11
Resección de aneurisma con cirugía de revascularización.	BVM00	07.02.12
Angioplastia transluminal coronaria	BVM1	07.08.01
Angioplastia transluminal periférica o renal	BVM1	07.08.02
<b>*ARTROPLASTÍA</b>		
Artroplastia de cadera	BVM1	12.10.01
Artroplastia de rodilla	BVM2	12.10.02

Artroplastía muñeca, pie, etc.	BVM2	12.10.03
Artroplastía carpo, tarso, etc.	BVM2	12.10.04
Artroplastía acromio-clavícula, etc.	BVM3	12.10.05

**\*OPERACIONES APARATO DE LA VISION**

Vitrectomía y/o Colocación de lente intraocular	BVM3	02.01.08
---	------	----------

**\*OPERACIONES ENDOVASCULARES**

Angioplastía de arteria pulmonar:	BVM1	50.01.10
Angioplastía de coartación de aorta:	BVM1	50.01.11
Angioplastía Carotídea:	BVM1	50.01.12
Angioplastía Cerebral:	BVM0	50.01.13
Embolizaciones u oclusiones de fístulas coronarias, Pulmonares o sistémicas arteriales o venosas.:	BVM1	50.01.14
Embolizaciones Cerebrales:	BVM00	50.01.15
Embolizaciones Renales	BVM1	50.01.16
Embolizaciones de aneurismas cerebrales con balón o coils:	BVM00	50.01.17
Embolizaciones de cara ,cráneo o cuello fístulas o angiomas:	BVM1	50.01.18
Oclusión de ductus por cateterismo:	BVM0	50.01.19
Oclusión de ductus con ocluser (amplatzer) :	BVM00	50.01.20
Colocación de Stent arteriales o venosos *:	BVM1	50.01.21
Colocación de Stent en aneurisma de aorta *:	BVM0	50.01.22
Colocación de Stent en aneurismas iliacos o arteriales periféricos *:	BVM1	50.01.23
Colocación de filtro en la vena cava *	BVM2	50.01.24
Ablación del Haz de Hiss por cateterismo	BVM1	50.01.25

\*La colocación de stent incluye angioplastias del vaso o vasos.

**“CLÁUSULA ANEXA DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS**

**LISTADO DE VALORES MODULARES**

**ANEXO "VM"**

<b>MODULOS</b>	<b>BENEFICIOS</b>
BVM 00	\$ 825.578
BVM 0	\$ 589.699
BVM 1	\$ 294.849
BVM 2	\$ 123.837
BVM 3	\$ 70.764
BVM 4	\$ 44.195
BVM 5	\$ 14.153
BVM A	\$ 8.256
BVM B	\$ 5.897
BVM C	\$ 3.817
BVM D	\$ 2.359
ADICIONAL POR CIRUGÍA VIDEO ASISTIDA INCLUYE: *Operaciones en el pulmón, pleura y mediastino: Toracotomía amplia exploradora Drenaje de pleura con trocar Drenaje pleural por toracotomía  *Operaciones en la pared del abdomen, peritoneo: Hernioplastía inguinal, crural Hernioplastía bilateral Laparotomía exploradora  *Operaciones en el colon y recto: Apendicectomía  *Operaciones en el hígado y vías biliares: Biopsia hígado por laparotomía Colecistectomía o colecistostomía Colecistectomía con o sin colecistostomía Colecistectomía como única intervención  *Operaciones testículos, vaginal, cordón espermático: Tratamiento quirúrgico varicocele  *Operaciones en ovarios y trompas defalopia Anexectomía total o parcial  *Operaciones en el Útero:	\$ 35.382

<p>Histerectomía con o sin anexectomía vía abdominal o vaginal          Miomectomía uterina abdominal          Miomectomía vaginal por histerectomía          Histerorrafia hysteropexias          Operación corrección vicios conformaciones del útero          Corrección quirúrgica de inversión uterina vía abdominal</p> <p>*Artrotomías – exploración, etc.          Artrotomía de hombro, rodilla</p>	
--	--

C”

### CLÁUSULA ANEXA DE PRÓTESIS

Esta Cláusula complementa las Condiciones Generales de la presente póliza de "Seguro de Salud (Plan Senior)", de la cual forma parte integrante, quedando por lo tanto sujeta a todos sus términos y condiciones en tanto no se opongan a los de la presente:

#### 1º) RIESGO CUBIERTO

La Aseguradora concederá el beneficio que acuerda esta Cláusula Anexa cuando el Asegurado acredite haber sido sometido a un implante de prótesis dentro de las siguientes especialidades:

- Traumatología y Ortopedia,
- Cardiovasculares,
- Neurológicas,
- Oculares.

y siempre que el origen de la enfermedad o accidente que generó la necesidad de efectuar el implante de prótesis se hubiere producido de acuerdo a la forma establecida en la presente Cláusula y durante su vigencia. No se cubrirán condiciones preexistentes a la fecha de inicio de vigencia de la presente Cláusula Anexa para cada Asegurado, que sean causa de un implante y/o reemplazo de prótesis futuro.

Se establece un período de carencia de noventa (90) días contados a partir del inicio de vigencia de la presente Cláusula Anexa para cada Asegurado para el caso de implante de prótesis por enfermedad, durante el cual la cobertura de cada Asegurado debe estar en vigencia ininterrumpidamente. Este período deberá ser cumplimentado nuevamente si el Asegurado ingresa al seguro luego de haber estado interrumpido en su vigencia por un período mayor a seis (6) meses, independientemente de los requisitos de asegurabilidad que exija la Aseguradora en tal caso.

El referido período de carencia no será aplicable en los casos en que la necesidad de efectuar el implante de prótesis se origine como consecuencia de un accidente.

#### 2º) BENEFICIO

La Aseguradora, comprobada la realización del implante descrito en Riesgo Cubierto, reembolsará los gastos en que el Asegurado hubiere incurrido en concepto de adquisición de prótesis, hasta los montos máximos que surjan de la aplicación del porcentaje establecido en las Condiciones Particulares a las sumas aseguradas que se estipulan en el artículo N° 7 de la presente cláusula para cada una de las especialidades, de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Particulares y con posterioridad a la realización del implante. El importe será abonado dentro del plazo estipulado en el Artículo 49, 2º párrafo de la Ley N° 17.418.

Página 36

Queda entendido y convenido que ningún pago se hará efectivo bajo esta Cláusula Anexa luego de finalizada la vigencia del Certificado Individual o de la póliza, según el caso, salvo que existan beneficios pendientes de pago cubiertos por la presente Cláusula Anexa a la fecha de tal rescisión.

### **3°) CARÁCTER DEL BENEFICIO**

El beneficio que otorga esta Cláusula Anexa es adicional e independiente de los previstos en la presente póliza.

### **4°) ELECCION DEL ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL**

El Asegurado deberá recurrir para el tratamiento de su enfermedad o accidente, a un establecimiento asistencial (Sanatorio, Hospital, Clínica, Instituto, Policlínico, etc.) que se halle habilitado legalmente para funcionar por el Organismo de Control Sanitario correspondiente, Municipal, Provincial o Nacional y autorizado por éste, a dar asistencia y tratamiento clínico al tipo de enfermedad o accidente padecido por el Asegurado y posea además servicio de enfermeros durante las 24 horas del día y esté equipado para cirugía mayor.

La elección de los prestadores (médicos, auxiliares, técnicos, etc.) y/o del Establecimiento Asistencial queda librada a la voluntad del Asegurado; por lo tanto, la Aseguradora se libera de la responsabilidad que pudiera corresponderle a los prestadores libremente elegidos por el mismo.

### **5°) SOLICITUD DE BENEFICIOS**

- a) El Asegurado o sus representantes deben comunicar por escrito a la Aseguradora el tipo de implante de prótesis que se le ha efectuado dentro de los 15 días contados a partir de la realización del implante, en el formulario que a tal fin suministre la Aseguradora. La omisión o la demora en tal comunicación dará lugar a la pérdida del derecho del Asegurado a percibir el reembolso de los gastos, salvo en los casos de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.
- b) Corresponde al Asegurado, o sus representantes, si así lo requiriera la Aseguradora, suministrar la siguiente documentación:
  - b. 1. certificado médico que acredite el diagnóstico y el tratamiento realizado al Asegurado.
  - b.2. historias clínicas, protocolos quirúrgicos, estudios, análisis y exámenes practicados al Asegurado, expedidos por establecimientos asistenciales legalmente autorizados.
  - b.3. original o copia certificada de la factura emitida con motivo de los servicios dispensados al Asegurado.
- c) Asimismo, la Aseguradora podrá efectuar todas las comprobaciones necesarias para verificar la producción del siniestro y la extensión de la prestación a su cargo. En este sentido corresponde al Asegurado y/o Tomador:
  - c.1 prestar toda la colaboración que a tal efecto le requiera la Aseguradora.
  - c.2 relevar del secreto médico y autorizar expresamente a su médico asistente y a los establecimientos asistenciales donde fuera atendido, para que los mismos proporcionen toda la información que los médicos de la Aseguradora le soliciten a los efectos de esta Cláusula Anexa.La Aseguradora se compromete a velar por la confidencialidad de las informaciones recabadas.

Será requisito indispensable para la obtención del reembolso de gastos previsto en esta Cláusula Anexa, que el mismo cuente con la autorización del médico auditor de la Aseguradora.

### **6°) RIESGOS NO CUBIERTOS**

Sin perjuicio de las exclusiones contempladas en el Artículo N° 20 de las Condiciones Generales de la presente póliza, quedan excluidas de esta cobertura:

1. Toda órtesis y prótesis cuya finalidad no sea funcional
2. Todos aquellos elementos protésicos no incluidos específicamente en el listado adjunto por especialidad, están excluidos de la cobertura.-

Quedan también excluidas Prótesis para:

1. Hemodiálisis
2. Cirugía estética o plástica reparadora
3. Implantes electrónicos
4. Tratamientos con elementos radioactivos
5. Renovaciones de prótesis.- Solamente con los límites establecidos en BENEFICIOS A PRESTAR. (Artículo 7°)
6. Gastos de service o reparación de prótesis.
7. Gastos originados por pérdidas o destrucción de elementos por parte del Asegurado
8. Renovaciones de prótesis preexistentes al ingreso del Asegurado al seguro.

Asimismo, la Aseguradora no hará efectivo el reembolso cuando el implante de prótesis sea consecuencia de alguna de las siguientes causas:

- a) Enfermedades preexistentes a la fecha de inicio de vigencia de la presente Cláusula Anexa para cada Asegurado, que sean causa de un implante de prótesis futuro;
- b) Ningún pago se hará efectivo bajo este seguro si el origen de la enfermedad que genere la necesidad de una prótesis se produce durante el período de carencia de 90 días contados a partir del inicio de vigencia de la presente Cláusula Anexa para cada Asegurado. El referido período de carencia no será aplicable en los casos en que la necesidad de efectuar el implante de prótesis se origine como consecuencia de un accidente;
- c) Lentes y anteojos de cualquier tipo;
- d) Cors (Tipo Taylor / Milwoker o similar);
- e) Arnés de Paulik;
- f) Bastones, muletas, sillas de ruedas, camas ortopédicas, trípodes;
- g) Tutores externos;
- h) Elementos de tracción y reducción, taloneras, estribos, lechos;
- i) Prótesis odontológicas;
- j) Prótesis electrónicas o computarizadas;
- k) Cors tipo KNIT o similares;
- l) Estimuladores Epidurales.

## 7°) BENEFICIOS A PRESTAR

<b>Traumatología y ortopedia</b>		
De cadera total o parcial con o sin cemento	Se reconocerá el reemplazo de hasta uno cada 3 años ,y siempre que el certificado individual siga en vigencia	Hasta \$ 6.600 por prótesis
De rodilla	Se reconocerá el reemplazo de hasta 1 cada 5 años y	Hasta \$ 7.500 por

	siempre que el certificado individual siga en vigencia	prótesis
De columna	Se reconocerá el reemplazo de hasta 1 cada 5 años, y siempre que el certificado individual siga en vigencia	Hasta \$13.500 por prótesis
Pierna ortopédica	Se reconocerá el reemplazo de hasta 1 cada 5 años, y siempre que el certificado individual siga en vigencia	Hasta \$ 9.900 por prótesis
Brazo ortopédico	Se reconocerá el reemplazo de hasta 1 cada 5 años, y siempre que el certificado individual siga en vigencia	Hasta \$ 9.900 por prótesis
Prótesis para osteosíntesis simple	Se reconocerá el reemplazo de hasta 1 cada 3 años, y siempre que el certificado individual siga en vigencia	Hasta \$ 1.500 por prótesis
Prótesis para osteosíntesis compleja	Se reconocerá el reemplazo de hasta 1 cada 3 años, y siempre que el certificado individual siga en vigencia	Hasta \$ 3.000 por prótesis
Prótesis mamaria por mastectomía no estética	Se reconocerá el implante por única vez, y siempre que el certificado individual siga en vigencia	Hasta \$ 1.500 por prótesis
Sistema de estabilización de Columna	Se reconocerá el implante por única vez, y siempre que el certificado individual siga en vigencia	Hasta \$ 22.500 por prótesis
Prótesis para Cráneo plastia	Se reconocerá el implante por única vez, y siempre que el certificado individual siga en vigencia	Hasta \$ 10.500 por prótesis
<b>Cardiovasculares:</b>		
Válvulas cardíacas	Se reconocerá el reemplazo de hasta 1 cada 5 años, y siempre que el certificado individual siga en vigencia	Hasta \$ 15.000 por prótesis
Prótesis vascular para grandes vasos, rectas o bifurcadas	Se reconocerá el reemplazo de hasta 1 cada 3 años, y siempre que el certificado individual siga en vigencia	Hasta \$ 7.500 por prótesis
Marcapasos	Se reconocerá el implante por única vez, y siempre que el certificado individual siga en vigencia	Hasta \$ 15.000 por prótesis
Stent	Se reconocerá el implante por única vez, con justificación médica y siempre que el certificado individual siga en vigencia	Hasta \$ 7.500 por prótesis
<b>Neurológicas</b>		
Válvula para drenaje para hidrocefalia	Se reconocerá el reemplazo de hasta 1 cada 3 años, y siempre que el certificado individual siga en vigencia	Hasta \$ 6.000 por prótesis
Clips para Aneurisma	Se reconocerá el implante por única vez, y siempre que el certificado individual siga en vigencia	Hasta \$ 4.500 por prótesis
<b>Oculares:</b>		
Lentes intraoculares y set de colocación	Se reconocerá el implante por única vez, y siempre que el certificado individual siga en vigencia	Hasta \$ 4.500 por prótesis
Banda de silicona (para retina) o healon	Se reconocerá el implante por única vez, y siempre que el certificado individual siga en vigencia	Hasta \$ 4.500 por prótesis
Stent Digestivos	Se reconocerá el implante por única vez, con justificación médica, y siempre que el certificado individual siga en vigencia	Hasta \$4.500 por prótesis

#### 8°) AMBITO GEOGRÁFICO DE LA COBERTURA

Los implantes de prótesis deberán ser realizados en establecimientos de la República Argentina o del exterior debidamente autorizados a tal fin por la autoridad nacional competente, y por profesionales habilitados para tal fin, quedando excluido cualquier reembolso por implantes de prótesis que no cumpla con estos requisitos.

#### 9°) TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

La cobertura prevista en esta Cláusula Anexa cesará en las siguientes circunstancias:

Seguros Colectivos y Seguros Individuales

- a) Al caducar la póliza y/o el Certificado Individual por cualquier causa;
- b) Cuando el Asegurado Familiar pierda su condición de cónyuge, según se lo definió en el artículo 5° de las Condiciones Generales de la presente póliza;

Seguros Colectivos

- c) Cuando el Asegurado se retire del grupo regido por el Tomador.

Seguros Individuales

En los seguros individuales, cuando el cónyuge ejerza la opción de continuidad prevista en el Artículo 4° de las Condiciones Generales, no le será aplicable la causal de terminación de la cobertura descrita en el inciso a).

Ante la terminación de la cobertura dejarán de abonarse las primas no vencidas de la cobertura de esta Cláusula Anexa.

## **ANEXO 1 EXCLUSIONES**

### **CONDICIONES GENERALES RIESGOS EXCLUIDOS DE LA COBERTURA (Artículo 20°- Condiciones Generales)**

Sin perjuicio de los riesgos que se excluyen en cada Cláusula Anexa, se deja expresa constancia que la Aseguradora no asumirá responsabilidad por siniestros derivados de:

- a) Tentativa de suicidio voluntario del Asegurado;
- b) Si es provocado deliberadamente por acto ilícito del Contratante del presente seguro, excepto que el pago de la prima esté 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 en el consumo de alcohol. Consumo de drogas, estupefacientes, narcóticos o estimulantes, salvo prescripción médica;
- 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 la práctica de 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;
- l) De una infección que sea consecuencia directa o indirecta del virus HIV "Human Inmune Virus" (Virus de Inmuno Deficiencia Humana) o de una infección oportunista y/o neoplasma maligno (tumor) y/o cualquier condición de enfermedad, si al momento de producirse el Asegurado tiene el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) o es sero-positivo al HIV (Virus de Inmuno Deficiencia Humana). A los fines de esta exclusión, el término "Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida" tendrá el significado asignado al mismo por la Organización Mundial de la Salud, según fue dado en su publicidad anual. El Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida incluirá HIV (Virus de Inmuno Deficiencia Humana), encefalopatía (demencia), HIV Síndrome Devastador y ARC "Aids Related Condition" (Condición Relacionada con el SIDA). Las infecciones oportunistas incluirán entre otras a la neumonía pneumocistis carinii, organismo del virus de enteritis crónica y/o infección diseminada de hongos. El neoplasma maligno incluirá, entre otros, al Sarcoma de

- Kaposi, al linfoma del sistema nervioso central y/u otras tumoraciones o neoformaciones malignas conocidas en la actualidad o que se conozcan, como causas de enfermedad en presencia del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida;
- m) Acontecimientos catastróficos originados por reacciones o accidentes nucleares; químicos, biológicos o bacteriológicos y/o fenómenos naturales, epidemias o pestes;
  - n) Acontecimientos catastróficos tales como terremotos, inundaciones, aluviones, maremotos, erupciones volcánicas y huracanes;
  - o) Actos notoriamente peligrosos;
  - p) Inhalaciones de gases o envenenamientos de cualquier naturaleza;
  - q) No se cubrirán enfermedades preexistentes a la fecha de inicio de vigencia de la cobertura de cada Cláusula Anexa para cada Asegurado, que sean causa de un beneficio futuro;
  - r) Ningún pago se hará efectivo bajo este seguro si el origen de la enfermedad se produjo antes del período de carencia establecido en las Cláusulas Anexas;
  - s) La práctica de deportes particularmente peligrosos, como ser: acrobacia, andinismo, boxeo profesional, caza mayor, caza o exploración subacuática, doma de potros o de otros animales no domésticos y de fieras, u otras actividades de análogas características;
  - t) La dedicación profesional a acrobacia, armado de torres, buceo, sustitución de actores o actrices en calidad de doble, conducción de personas como guía de montaña, jockey, manipuleo de explosivos y/o armas, tareas en fábricas, usinas o laboratorios con exposición a radiaciones atómicas, u otras profesiones, ocupaciones o actividades de análogas características;
  - u) Cirugía estética o plástica no reparadora;
  - v) Métodos para adelgazar quirúrgicos;
  - w) Intervenciones quirúrgicas de cambio de sexo;
  - x) Enfermedades infecto contagiosas de denuncia internacional (HIV, fiebre amarilla, peste, cólera, viruela, tifus etc.);
  - y) Curas de reposo, adelgazamiento, rejuvenecimiento o ayuno prolongado, tratamiento de enfermedades de cualquier tipo;
  - z) Esterilización y procedimientos anticonceptivos, así como las consecuencias que se deriven de ellos. Tratamientos de la infertilidad, impotencia y frigidez; tratamientos de fertilización asistida;
  - aa) Tratamiento odontológico;
  - bb) Consecuencias de heridas autoinfringidas por el Asegurado, aún las cometidas en estado de insanía;
  - cc) Problemas relacionados con la esterilización masculina o femenina, cambio de sexo o mal funcionamiento sexual.

**CLÁUSULA ANEXA “A”  
RIESGOS NO CUBIERTOS  
(Artículo 7°- Cláusula Anexa de Trasplantes de Órganos)**

Sin perjuicio de las exclusiones contempladas en el Artículo N° 20 de las Condiciones Generales de la presente póliza, la Aseguradora no pagará la indemnización cuando el Trasplante de órgano sea

consecuencia de alguna de las siguientes causas:

- a) Enfermedades preexistentes a la fecha de inicio de vigencia de la presente Cláusula Anexa para cada Asegurado, que sean causa de un Trasplante futuro.
- b) Ningún pago se hará efectivo bajo este seguro si el origen de la enfermedad que genere la necesidad de un Trasplante se produce durante el período de carencia de 120 días contados a partir del inicio de vigencia de la presente Cláusula Anexa para cada Asegurado. El referido período de carencia no será aplicable en los casos en que la necesidad de efectuar el Trasplante se origine como consecuencia de un accidente.
- c) Se excluyen trasplantes de médula ósea indicados como consecuencia de 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.
- d) 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 encuentren en lista de espera del INCUCAI o cualquier otro organismo que en el futuro lo reemplace.
- e) 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.
- f) Se excluyen Trasplantes de órganos transgénicos, animales, mecánicos o transitorios.

---

**CLÁUSULA ANEXA “B”  
RIESGOS NO CUBIERTOS  
(Artículo 7°.- Cláusula Anexa de Intervenciones Quirúrgicas)**

Sin perjuicio de las exclusiones contempladas en el Artículo N° 20 de las Condiciones Generales de la presente póliza, la Aseguradora no indemnizará las intervenciones quirúrgicas provenientes de hechos producidos a consecuencia de:

- a) Enfermedades preexistentes a la fecha de inicio de vigencia de la presente Cláusula Anexa para cada Asegurado, que sean causa de una intervención quirúrgica futura;
- b) Ningún pago se hará efectivo bajo este seguro si el origen de la enfermedad que genere la necesidad de una intervención quirúrgica se produce durante el período de carencia de 90 días contados a partir del inicio de vigencia de la presente Cláusula Anexa para cada Asegurado. El referido período de carencia no será aplicable en los casos en que la necesidad de efectuar el intervención quirúrgica se origine como consecuencia de un accidente;
- c) Operaciones de Miopía, Astigmatismo y similares.

---

**CLÁUSULA ANEXA “C”  
RIESGOS NO CUBIERTOS  
(Artículo 6°.- Cláusula Anexa de Prótesis)**

Sin perjuicio de las exclusiones contempladas en el Artículo N° 20 de las Condiciones Generales de

la presente póliza, quedan excluidas de esta cobertura:

1. Toda órtesis y prótesis cuya finalidad no sea funcional
2. Todos aquellos elementos protésicos no incluidos específicamente en el listado adjunto por especialidad, están excluidos de la cobertura.-

Quedan también excluidas Prótesis para:

1. Hemodiálisis
2. Cirugía estética o plástica reparadora
3. Implantes electrónicos
4. Tratamientos con elementos radioactivos
5. Renovaciones de prótesis.- Solamente con los límites establecidos en BENEFICIOS A PRESTAR. (Artículo 7°)
6. Gastos de service o reparación de prótesis.
7. Gastos originados por pérdidas o destrucción de elementos por parte del Asegurado
8. Renovaciones de prótesis preexistentes al ingreso del Asegurado al seguro.

Asimismo, la Aseguradora no hará efectivo el reembolso cuando el implante de prótesis sea consecuencia de alguna de las siguientes causas:

- a) Enfermedades preexistentes a la fecha de inicio de vigencia de la presente Cláusula Anexa para cada Asegurado, que sean causa de un implante de prótesis futuro;
- b) Ningún pago se hará efectivo bajo este seguro si el origen de la enfermedad que genere la necesidad de una prótesis se produce durante el período de carencia de 90 días contados a partir del inicio de vigencia de la presente Cláusula Anexa para cada Asegurado. El referido período de carencia no será aplicable en los casos en que la necesidad de efectuar el implante de prótesis se origine como consecuencia de un accidente;
- c) Lentes y anteojos de cualquier tipo;
- d) Cors (Tipo Taylor / Milwoker o similar);
- e) Arnés de Paulik;
- f) Bastones, muletas, sillas de ruedas, camas ortopédicas, trípodes;
- g) Tutoros externos;
- h) Elementos de tracción y reducción, taloneras, estribos, lechos;
- i) Prótesis odontológicas;
- j) Prótesis electrónicas o computarizadas;
- k) Cors tipo KNIT o similares;
- l) Estimuladores Epidurales.

**ASPECTOS RELEVANTES**

**BENEFICIOS ADICIONALES**

**LÍNEA MÉDICA 24 HORAS:**

**Artículo 1) Beneficiario**

Se entiende por beneficiario al titular declarado por el contratante y su grupo familiar compuesto por el cónyuge e hijos (menores de 26 años) que vivan bajo el mismo techo declarados al momento de contratar la póliza. Los beneficiarios deben tener domicilio legal y residencia habitual y permanente en la República Argentina.

**Artículo 2) Área de cobertura**

Las prestaciones detalladas en el presente anexo se brindarán en el domicilio particular declarado por el titular al momento de contratar el servicio. El cual deberá ser domicilio legal y residencia habitual y permanente y encontrarse dentro del territorio de la República Argentina, según las especificaciones detalladas en el artículo 5.

**Artículo 3**

Los servicios aquí incluidos deberán ser, en todos los casos, solicitados por teléfono. Para solicitar la asistencia correspondiente, el beneficiario deberá, en todos los casos, indicar el número de referencia/póliza, sus datos personales, el número de D.N.I. o Cédula de Identidad del titular y la clase de servicio que necesita.

**Artículo 4 Obligaciones del Beneficiario**

Para tener este servicio es obligación del beneficiario:

- a) Obtener la autorización de Sancor Cooperativa de Seguros Limitada a través de su Central Operativa antes de tomar cualquier iniciativa o comprometer cualquier gasto.
- b) Aceptar las soluciones propuestas por Sancor Cooperativa de Seguros Limitada
- c) Facilitar a Sancor Cooperativa de Seguros Limitada, todos los elementos necesarios para verificar fehacientemente la identidad de la persona asistida.
- d) Facilitar a Sancor Cooperativa de Seguros Limitada, toda la información necesaria requerida para la resolución del servicio.

**Artículo 5:**

Área de cobertura: República Argentina

**5.a) Línea Médica 24 horas:**

Línea telefónica gratuita: 0800-333-2766

**5.a.1) Orientación Médica Telefónica con Profesionales**

El beneficiario podrá solicitar orientación médica telefónica brindada por profesionales sobre los temas que se detallan en la presente cláusula. Los costos derivados del mismo en todos los casos

serán a cargo del beneficiario como ser costos de diagnóstico, tratamientos, medicamentos, entre otros.

- Orientación acerca de dudas e interrogantes relacionados a la salud en general
- Orientación sobre medicación. Reacciones adversas, efectos secundarios, contraindicaciones.
- Orientación materno infantil.
- Recomendaciones dietarias generales vinculadas a trastornos médicos.
- Consultas sobre evolución de distintos tratamientos.
- Valoración de necesidad de consulta con especialistas
- Información sobre centros médicos de la red pública y privada
- Contacto y datos de prestadores médicos a domicilio y en consultorio

Este servicio se brinda sin límite de requerimientos.

#### **5.a.2) Información adicional Línea Médica 24 horas**

El beneficiario tendrá el beneficio de contar con la siguiente información. Los costos derivados de la misma en todos los casos serán a cargo del beneficiario como ser costos de diagnóstico, tratamientos, medicamentos, entre otros.

- Servicio de acompañamiento
- Enfermeros
- Radiología (en consultorio y a domicilio en caso de imposibilidad de trasladarse)
- Quinesiología a domicilio
- Traslados programados
- Farmacias de turno
- Envío de medicamentos
- Mensajería
- Servicio doméstico eventual

Este servicio se brinda sin límite de requerimientos.

#### **Artículo 6 Exclusiones y limitaciones**

Sin perjuicio de otras limitaciones especificadas en este reglamento en virtud de su naturaleza limitada y complementaria de otras coberturas médicas que posea el beneficiario, se encuentran expresamente excluidas de los servicios contratados las siguientes prestaciones:

##### **6.a) Del Servicio de Emergencias Médicas:**

- Todo tipo de internación Clínica incluso la de urgencia o de emergencia o internación quirúrgica y cirugía
- Terapia intensiva o unidad coronaria
- Terapias alternativas
- Maternidad, parto, patología del embarazo
- Tratamiento neonatal
- Transplantes
- Traslados programados en ambulancias o traslados en ambulancias para efectuar estudios complementarios de diagnóstico y tratamiento.
- Hemodiálisis y diálisis peritoneal
- Prácticas en etapa experimental
- Todo tipo de tratamientos (histocompatibilidad, esterilidad, geriatría, obesidad alteraciones y/o enfermedades derivadas de alcoholismo, toxicomanía e intoxicaciones autoprovocadas, virus de inmunodeficiencia adquirida, enfermedades oncológicas, trastornos de la alimentación, entre otros)

- Lesiones causadas por estado de enajenación mental, en estado de ebriedad o bajo influencia de estupefacientes o alcaloides; lesiones autoprovocadas o causadas por tentativa de suicidio o por la participación en la comisión de delitos o riñas, salvo aquellos casos de legítima defensa.
- Prótesis y órtesis de cualquier naturaleza
- Prácticas de alta incidencia y bajo costo
- Las prácticas de diagnóstico y laboratorio.
- Rehabilitación psicomotriz y sensorial

**6.b) Del Servicio Línea Médica 24 horas:**

- La realización de diagnósticos y recetas
- La opinión profesional respecto de diagnósticos y tratamientos emanados de otros profesionales
- La liberación de responsabilidad de Sancor Cooperativa de Seguros Limitada por hechos de personas físicas o jurídicas cuyos datos son suministrados por los médicos y operadores.

**Artículo 7 - Fuerza Mayor**

La prestación de los servicios contratados quedaran suspendidos en todos sus efectos, en caso de cataclismos, desastres climatológicos, catástrofes epidémicas, revoluciones, guerras, huelgas generales, de lock out, apagones generalizados, atentados terroristas, situaciones de desorden público y, en general, por la ocurrencia de aquellos hechos que puedan ser considerados caso fortuito o fuerza mayor, eximiendo de responsabilidad a Sancor Cooperativa de Seguros Limitada.

## SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

### **I. Disposiciones Generales**

**I.1. Beneficiarios del Servicio:** Serán considerados beneficiarios del Servicio todos aquellos asegurados con pólizas en vigencia de Seguro de Salud Plan Familia y Plan Adulto Mayor.

**I.2. Domicilio de los beneficiarios:** Los beneficiarios, para poder gozar de los servicios descritos en este anexo, deberán tener domicilio legal y residencia habitual y permanente en la República Argentina.

### **I.3. Obligaciones del Beneficiario**

**I.3.1.** Para gozar de los servicios, el beneficiario deberá comunicarse por vía telefónica al 0800 444 28500, indicando: nombre y apellido del Beneficiario; número de póliza contratada, tipo y número de documento, domicilio y teléfono; diagnóstico informado; datos del médico tratante.

**I.3.2.** Enviar por medio fehaciente la documentación solicitada por Sancor Coop. de Seguros Ltda...

**I.3.3.** Acatar las soluciones propuestas por Sancor Coop. de Seguros Ltda.

**I.3.4.** Permitir al Departamento Médico de Sancor Coop. de Seguros Ltda... y a los profesionales médicos designados por ésta, el libre acceso a su historia clínica y/o documentación médica de soporte, con el único fin de brindar la opinión médica solicitada.

### **II. Alcances y Servicios de la Segunda Opinión Médica:**

**II.1. Alcances del Servicio:** En caso de enfermedades graves y/o intervenciones quirúrgicas de alta complejidad Sancor Coop. de Seguros Ltda... coordinará la obtención de una Segunda Opinión Médica con el fin de aportar mayor información sobre el diagnóstico y sobre métodos de tratamientos disponibles si los hubiese, con médicos especialistas de primer nivel ya sea dentro de la República Argentina o en el exterior.

En todos los casos la Segunda Opinión Médica brindada por los profesionales designados, será conforme a la documentación remitida por el beneficiario.

Los servicios no contemplan la toma a cargo de citas con profesionales médicos, si en algún caso fuese necesario.

### **II.2. Servicios incluidos:**

**II.2.1.** Compilación de historia clínica y exámenes complementarios recibidos.

**II.2.2.** Selección de consultor médico nacional o internacional, de acuerdo al caso.

**II.2.3.** Formulación del pedido de Segunda Opinión Médica en idioma español o inglés, según corresponda.

**II.2.4.** Seguimiento de la consulta e información al beneficiario ante cualquier requerimiento.

**II.2.5.** Recepción de la respuesta, traducción de la misma al español, si fuera necesario formulación de nuevas preguntas o reiteración de preguntas no contestadas satisfactoriamente, en caso de ser necesario.

**II.2.6.** Adición de bibliografía complementaria si fuera solicitada.

**II.2.7.** Entrega al cliente y a su médico tratante de las respuestas debidamente traducidas con su correspondiente bibliografía.

Todos los gastos necesarios para brindar los servicios descritos en los puntos II.2.1. a II.2.7. serán a cargo de Sancor Coop. de Seguros Ltda...

### **II.3. Servicios adicionales:**

Sancor Coop. de Seguros Ltda... pondrá a disposición de los beneficiarios los siguientes servicios adicionales:

**II.3.1.** Envío de muestras de tejidos para estudios anatómico-patológicos comparativos de diagnóstico, investigación y re-diagnóstico al exterior.

**II.3.2.** Obtención de citas personales en cualquier Centro Médicos nacional o Internacional ante cualquier requerimiento del paciente o de su médico de cabecera.

**II.3.3.** Solicitud de cama en el exterior ante eventuales derivaciones.

**II.3.4.** Envío a los beneficiarios de información bibliográfica sobre nuevas pautas terapéuticas de determinadas enfermedades.

Todos los gastos incurridos para la prestación de los servicios descritos en los puntos II.3.1. a II.3.4. serán a cargo del beneficiario.

## **CAPITULO SEGUNDO** **EXCLUSIONES**

**I.1.** Sancor Coop. de Seguros Ltda...se verá imposibilitada de brindar el servicio de Segunda Opinión Médica cuando no sea remitida, por parte del beneficiario, la documentación completa requerida por el Departamento Médico de Sancor Coop. de Seguros Ltda...

**I.2.** Cuando el diagnóstico inicial informado no justifique médicamente la obtención de una Segunda Opinión Médica, según el criterio del Departamento Médico de Sancor Coop. de Seguros Ltda...

## **CAPITULO TERCERO**

Sancor Coop. de Seguros Ltda...no se hace responsable en los casos que por imposibilidad técnica u otros imponderables, no se llegue a concretar la obtención de una respuesta.

Tampoco se hará responsable por los incumplimientos y contratiempos en el cumplimiento de sus obligaciones que resultaran de casos de fuerza mayor o acontecimientos tales como guerra civil o extranjera, revolución, movimientos populares, tumultos, huelgas, prohibiciones oficiales, explosiones de artefactos, impedimentos climáticos, etc.

Sancor Coop. de Seguros Ltda...no se hace responsable por el contenido de las respuestas elaboradas por los expertos médicos contactados.

## ASISTENCIA EN VIAJE A LAS PERSONAS EXCLUSIVAMENTE

Para utilizar este servicio deberá comunicarse a los siguientes números:  
**0800 333 2766 (línea gratuita)**  
**5300 8073 (desde el exterior anteponer 54-11)**

### CONDICIONES

Las presentes Condiciones rigen los servicios a brindar por Sancor Coop. de Seguros Ltda.:

### CAPITULO PRIMERO

#### I. Disposiciones Generales

**I.1. Beneficiarios del Servicio:** Serán considerados beneficiarios del Servicio todos aquellos titulares que posean póliza vigente de Salud Segura Plan Familia y Plan Adulto Mayor, conjuntamente con el grupo familiar directo del titular de la póliza (padres, cónyuge e hijos menores de 26 años).

**I.2. Domicilio de los beneficiarios:** Los beneficiarios deben tener domicilio legal y residencia habitual y permanente en la República Argentina, para que se les brinden los servicios contenidos en las presentes Condiciones Generales.

**I.3. Vigencia del beneficio:** Los viajes al exterior que dan derecho a la utilización de los servicios, tendrán un tope máximo de cobertura de 90 días cada viaje, no existiendo límites en cuanto a la cantidad de viajes por año.

**I.4. Ambito territorial:** Sancor Coop. de Seguros Ltda... brinda sus servicios a partir de los 18 km. del domicilio del beneficiario, en todo el mundo, excepto en todos aquellos territorios involucrados en enfrentamientos bélicos internos o internacionales, o carentes de estructura asistencial.

#### **I.5. Obligaciones del Beneficiario**

**I.5.a.** Para gozar de los servicios brindados por Sancor Coop. de Seguros Ltda. descriptos en estas Condiciones Generales, el beneficiario deberá comunicarse por vía telefónica u otro medio, con la Central Operativa de Sancor Coop. de Seguros Ltda. en Buenos Aires indicando: nombre y apellido del Beneficiario; número de póliza contratada con SANCOR y/o número de cliente (Nro. de Documento para Personas Físicas y Nro. de CUIT para Personas Jurídicas); edad; fecha de salida del país; lugar y teléfono donde se encuentra; naturaleza del problema y el servicio solicitado.

Los costos telefónicos estarán a cargo de Sancor Coop. de Seguros Ltda., según las siguientes modalidades:

- a. Dentro de la República Argentina a través de una línea telefónica de llamada gratuita (sin cargo)
- b. Desde el extranjero a través del sistema de cobro revertido cuando la red local así lo permita
- c. En otros casos los gastos de comunicaciones telefónicas a Sancor Coop. de Seguros Ltda. con objeto de solicitar asistencia, serán reintegrables contra la presentación de los comprobantes originales correspondientes.

**I.5.b.** Acatar las soluciones propuestas por Sancor Coop. de Seguros Ltda. o sus representantes en el lugar.

**I.5.c.** Permitir al Departamento Médico de Sancor Coop. de Seguros Ltda. o sus representantes, el libre acceso a su historia clínica para tomar conocimiento de sus antecedentes médicos, en caso de ser necesario.

**I.5.d** En caso de presentarse la situación prevista en **I.1.** del capítulo segundo, proveer los documentos que acrediten la procedencia del servicio recibido y todo comprobante original de gasto.

**I.5.e.** En caso que Sancor Coop. de Seguros Ltda. se haga cargo del mayor costo de un pasaje, hacerle entrega del cupón no utilizado de su boleto original o su contravalor si tiene derecho al reembolso del mismo.

## VIAJES AL EXTERIOR DE LA REPUBLICA ARGENTINA

### **II. Servicios Incluidos:**

**II.1. Asistencia Médica:** En caso de accidente y/o enfermedades súbitas o urgencias, sobrevenidas con posterioridad al inicio del viaje que impidan su normal prosecución, Sancor Coop. de Seguros Ltda. tan pronto sea avisada, coordinará los recursos necesarios para tomar las medidas conducentes a brindar los servicios asistenciales necesarios. Estos servicios asistenciales comprenden:

**II.1.a. Atención Médica:** Puede ser brindada por Médicos Clínicos y/o especialistas, según el criterio del Departamento Médico de Sancor Coop. de Seguros Ltda. o sus representantes, en función de cada necesidad. La atención se brindará de acuerdo a las circunstancias y posibilidades de cada lugar.

**II.1.b. Prestaciones Complementarias:** Son análisis, radiografías, exámenes especiales y prácticas médicas o estudios que sean autorizados por el Departamento Médico de Sancor Coop. de Seguros Ltda. o sus representantes.

**II.1.c. Internación:** En los casos en que el Departamento Médico de Sancor Coop. de Seguros Ltda. o sus representantes lo autoricen, se brindará internación en los centros asistenciales más adecuados o especializados para la enfermedad o lesión sufrida para el beneficiario y que se encuentren más próximos al lugar donde éste se halle.

**II.1.d. Intervención Quirúrgica:** En los casos en que el Departamento Médico de Sancor Coop. de Seguros Ltda. o sus representantes, lo autoricen y cuando la enfermedad o accidente lo justifique, se efectuará la intervención quirúrgica necesaria.

**II.1.e. Terapia Intensiva y Unidad Coronaria:** En los casos en que el Departamento Médico de Sancor Coop. de Seguros Ltda. o sus representantes, lo autoricen se le brindará al beneficiario los servicios de Terapia Intensiva y Unidad Coronaria.

**II.1.f. Medicamentos en Internación:** Sancor Coop. de Seguros Ltda. cubrirá gastos de medicamentos prescritos durante la internación, en función de la enfermedad o lesión que haya sufrido el beneficiario.

Los beneficios enumerados en los puntos II.1.a al II.1.f. arriba mencionados tienen un tope máximo de U\$S 12.000 o su equivalente en moneda local, por viaje.

**II.1.g. Medicamentos:** Sancor Coop. de Seguros Ltda. cubrirá gastos por medicamentos recetados por el médico interviniente en función de la enfermedad o lesión que haya sufrido el beneficiario y en un todo de acuerdo con lo dispuesto en la cláusula número I.1 del capítulo segundo y en el capítulo tercero, hasta un tope máximo de U\$S 300 o su equivalente en moneda local por viaje.

**II.1.h. Atención Odontológica:** Se brindará servicio odontológico de urgencia limitado al tratamiento del dolor, infección y extracción de la pieza dentaria hasta un tope máximo de U\$S 300 o su equivalente en moneda local, por viaje. Quedan excluidos los gastos de prótesis completas o parciales.

**II.1.i. Gastos de hotelería del convaleciente:** En los casos en que Sancor Coop. de Seguros Ltda. o sus representantes, prescriban reposo fuera de un establecimiento sanitario, Sancor Coop. de Seguros Ltda. se hará cargo en forma directa o por reintegro de los gastos de habitación del beneficiario, hasta un máximo de U\$S 100 por día. Esta convalecencia deberá ser prescrita por el Departamento Médico de Sancor Coop. de Seguros Ltda., y en ningún caso excederá un límite máximo de 10 días.

**II.1.j. Traslado Sanitario:** Cuando el Departamento Médico de Sancor Coop. de Seguros Ltda. o sus representantes aconsejen y/o autoricen el traslado del enfermo o herido a un centro asistencial, a efectos de iniciar o continuar el tratamiento médico, Sancor Coop. de Seguros Ltda. tomará a su cargo el mismo según las exigencias del Departamento Médico las que serán tenidas en cuenta para determinar las condiciones, los medios de transporte y lugar de destino. Queda excluido el transporte en avión ambulancia en tramos intercontinentales.

Si el beneficiario o sus acompañantes decidieran efectuar el traslado, dejando de lado la opinión del Departamento Médico, ninguna responsabilidad recaerá sobre Sancor Coop. de Seguros Ltda., por dicha actitud, siendo el traslado y sus consecuencias por cuenta y riesgo del beneficiario y/o de sus

acompañantes.

**II.2. Traslado de un Familiar:** Si el beneficiario se encontrara solo en el extranjero y por enfermedad súbita o accidente, debiera permanecer hospitalizado por un período superior a 5 días, Sancor Coop. de Seguros Ltda. pondrá a disposición de un familiar o persona indicada por el beneficiario, un boleto de ida y vuelta en clase económica, para que pueda acompañarlo durante su hospitalización. Sancor Coop. de Seguros Ltda. también cubrirá por reintegro los gastos de habitación del familiar hasta un máximo de U\$S 100 por día, hasta un máximo de 10 días.

La aplicación de este beneficio será definida por Sancor Coop. de Seguros Ltda., después de cumplidos los 5 días iniciales de hospitalización y siempre que el beneficiario debiera permanecer hospitalizado 5 días más como mínimo.

**II.3. Regreso Anticipado por el Fallecimiento de un Familiar Directo:** En casos de fallecimiento en la República Argentina de un familiar directo del beneficiario hasta el segundo grado de parentesco con consanguinidad, incluido el/la cónyuge, Sancor Coop. de Seguros Ltda. organizará y tomará a su cargo los gastos de pasaje derivados del regreso anticipado del beneficiario a la República Argentina por avión de línea aérea regular, clase económica. Este beneficio regirá siempre y cuando el beneficiario se comunique con Sancor Coop. de Seguros Ltda. o sus representantes para pedir autorización y no pueda utilizar su boleto original de regreso, debiendo abonarse un suplemento o emitirse un nuevo boleto, en cuyo caso el cupón original no utilizado de su boleto, será entregado a Sancor Coop. de Seguros Ltda..

**II.4. Repatriación de Restos:** En caso de fallecimiento del beneficiario en el exterior, y siempre que se le dé intervención efectiva, Sancor Coop. de Seguros Ltda. se ocupará de las formalidades administrativas necesarias para la repatriación al lugar de inhumación dentro de la República Argentina, del cuerpo, y organizará y tomará a su cargo los gastos de féretro de transporte y transporte del mismo. Quedan excluidos los gastos de funeral e inhumación.

Sancor Coop. de Seguros Ltda. tomará a cargo los boletos de regreso de los familiares que fueran beneficiarios y que hubieran estado viajando con el extinto. Este beneficio se aplicará en avión de línea regular clase económica, u otro medio adecuado siempre y cuando no pudieran utilizar el medio de transporte inicialmente previsto.

Asimismo, se deberá transferir a Sancor Coop. de Seguros Ltda. los cupones no utilizados de los boletos aéreos originales o su contravalor.

**II.5. Acompañamiento de Menores y Personas de Edad Avanzada:** Si el beneficiario viajara como única compañía de niños beneficiarios menores 15 años o de beneficiarios de más de 80 años, y se encontrara imposibilitado, como consecuencia de una enfermedad o accidente personal, de proseguir el viaje con ellos, Sancor Coop. de Seguros Ltda. se hará cargo del traslado de un familiar, residente en la República Argentina, para que los conduzca de regreso a su país.

**II.6. Asistencia Legal:** Sancor Coop. de Seguros Ltda. pondrá a disposición del beneficiario la asistencia legal que necesite para ser defendido en cualquier proceso civil o criminal donde se le impute responsabilidad en algún accidente de tránsito. En ese caso, Sancor Coop. de Seguros Ltda. cubrirá honorarios de abogado hasta un tope de U\$S 1.000.- o su equivalente en moneda local. Además, Sancor Coop. de Seguros Ltda. adelantará al beneficiario, en carácter de préstamo, la suma que se exigiera para su fianza y hasta un máximo de U\$S 3.000.- o su equivalente en moneda local. Los montos adelantados deberán ser devueltos a Sancor Coop. de Seguros Ltda. en la misma moneda y en un plazo de hasta 60 (días) de entregados, salvo que las autoridades competentes hayan devueltos antes la cantidad, en cuyo caso deberá reintegrarse a Sancor Coop. de Seguros Ltda. en forma inmediata.

**II.7. Transmisión de Mensajes Urgentes:** Sancor Coop. de Seguros Ltda. se ocupará de transmitir los mensajes referidos a la emergencia sufrida por el beneficiario, a la persona residente en la República Argentina que éste indique.

**II.8. Localización y transporte de equipaje:** En caso de extravío del equipaje del beneficiario, registrado por una línea aérea, Sancor Coop. de Seguros Ltda. colaborará con todos los medios a su alcance para localizarlo e informar de cualquier novedad al beneficiario. Si el equipaje fuese localizado, Sancor Coop. de Seguros Ltda. lo remitirá al lugar que el beneficiario indique.

**II.9. Compensación por gastos derivados de demora de equipaje:** En caso de extravío o demora del equipaje del beneficiario y luego de transcurridas 24 horas de realizada la denuncia correspondiente ante la línea aérea, el beneficiario podrá acceder a una compensación por los gastos que hubiere tenido por la compra de artículos de primera necesidad derivados del extravío o la pérdida hasta un tope de U\$S 200 por beneficiario.-

#### **II.10 Retorno anticipado al domicilio**

Si como consecuencia de un robo, incendio o explosión en el domicilio del beneficiario, Sancor Coop. de Seguros Ltda. pondrá a disposición del beneficiario un pasaje aéreo, ferroviario, o de autobús de línea comercial para que pueda retornar al domicilio, siempre y cuando no pudiera regresar del modo previsto originariamente.

### **VIAJES EN EL INTERIOR DE LA REPUBLICA ARGENTINA**

#### **III. Servicios Incluidos:**

**III.1. Asistencia Médica:** En caso de accidente de tránsito, Sancor Coop. de Seguros Ltda. tan pronto sea avisada, coordinará los recursos necesarios para tomar las medidas conducentes a brindar los servicios asistenciales necesarios. Estos servicios asistenciales comprenden:

**III.1.a. Atención Médica:** Puede ser brindada por Médicos Clínicos y/o especialistas, según el criterio del Departamento Médico de Sancor Coop. de Seguros Ltda. o sus representantes, en función de cada necesidad. La atención se brindará de acuerdo a las circunstancias y posibilidades de cada lugar.

**III.1.b. Prestaciones Complementarias:** Son análisis, radiografías, exámenes especiales y prácticas médicas o estudios que sean autorizados por el Departamento Médico de Sancor Coop. de Seguros Ltda. o sus representantes.

**III.1.c. Internación:** En los casos en que el Departamento Médico de Sancor Coop. de Seguros Ltda. o sus representantes lo autoricen, se brindará internación en los centros asistenciales más adecuados o especializados para la lesión sufrida para el beneficiario y que se encuentren más próximos al lugar donde éste se halle.

**III.1.d. Intervención Quirúrgica:** En los casos en que el Departamento Médico de Sancor Coop. de Seguros Ltda. o sus representantes, lo autoricen y cuando el accidente lo justifique, se efectuará la intervención quirúrgica necesaria.

**III.1.e. Terapia Intensiva y Unidad Coronaria:** En los casos en que el Departamento Médico de Sancor Coop. de Seguros Ltda. o sus representantes, lo autoricen se le brindará al beneficiario los servicios de Terapia Intensiva y Unidad Coronaria.

**III.1.f. Medicamentos en Internación:** Sancor Coop. de Seguros Ltda. cubrirá gastos de medicamentos prescritos durante la lesión u/o internación, en función de la lesión que haya sufrido el beneficiario.

Los beneficios enumerados en los puntos III.1.a al III.1.f. arriba mencionados tienen un tope máximo de \$ 1200 o su equivalente en moneda local, por viaje.

**III.1.g. Medicamentos:** Sancor Coop. de Seguros Ltda. cubrirá gastos por medicamentos recetados por el médico interviniente en función de la lesión que haya sufrido el beneficiario y en un todo de acuerdo con lo dispuesto en la cláusula número I.1 del capítulo segundo y en el capítulo tercero, hasta un tope máximo de \$250 o su equivalente en moneda local por viaje.

**III.1.h. Atención Odontológica de urgencia:** En caso de dolor, infección aguda o traumatismo hasta

un límite anual de gastos del equivalente a \$250.- o su equivalente en moneda local, y con la previa autorización de Sancor Coop. de Seguros Ltda.. Quedan excluidos los gastos de prótesis completas o parciales.

**III.1.i. Gastos de hotelería del convaleciente:** En los casos en que Sancor Coop. de Seguros Ltda. o sus representantes, prescriban reposo fuera de un establecimiento sanitario, Sancor Coop. de Seguros Ltda. se hará cargo en forma directa o por reintegro de los gastos de habitación del beneficiario, hasta un máximo de \$150 por día. Esta convalecencia deberá ser prescrita por el Departamento Médico de Sancor Coop. de Seguros Ltda., y en ningún caso excederá un límite máximo de 4 días.

**III.1.j. Traslado Sanitario:** Cuando el Departamento Médico de Sancor Coop. de Seguros Ltda. o sus representantes aconsejen y/o autoricen el traslado del herido a un centro asistencial, a efectos de iniciar o continuar el tratamiento médico, Sancor Coop. de Seguros Ltda. tomará a su cargo el mismo según las exigencias del Departamento Médico, las que serán tenidas en cuenta para determinar las condiciones, los medios de transporte y lugar de destino.

Si el beneficiario o sus acompañantes decidieran efectuar el traslado, dejando de lado la opinión del Departamento Médico, ninguna responsabilidad recaerá sobre Sancor Coop. de Seguros Ltda., por dicha actitud, siendo el traslado y sus consecuencias por cuenta y riesgo del beneficiario y/o de sus acompañantes.

**III.2. Traslado de un Familiar:** Si el beneficiario se encontrara solo y por el accidente debiera permanecer hospitalizado por un período superior a 5 días, Sancor Coop. de Seguros Ltda. pondrá a disposición de un familiar o persona indicada por el beneficiario, un pasaje para que pueda acompañarlo durante su hospitalización. Sancor Coop. de Seguros Ltda. también cubrirá por reintegro los gastos de habitación del familiar hasta un máximo de \$ 100 por día, hasta un máximo de 4 días.

La aplicación de este beneficio será definida por Sancor Coop. de Seguros Ltda., después de cumplidos los 5 días iniciales de hospitalización y siempre que el beneficiario debiera permanecer hospitalizado 5 días más como mínimo.

**III.3. Regreso Anticipado por el Fallecimiento de un Familiar Directo:** En casos de fallecimiento de un familiar directo del beneficiario (hijo/a, padre, madre, cónyuge), Sancor Coop. de Seguros Ltda. organizará y tomará a su cargo los gastos de pasaje derivados del regreso anticipado del beneficiario. Este beneficio regirá siempre y cuando el beneficiario se comunique con Sancor Coop. de Seguros Ltda..

**III.4. Traslado de Restos:** En caso de fallecimiento del beneficiario, y siempre que se le dé intervención efectiva, Sancor Coop. de Seguros Ltda. se ocupará de las formalidades administrativas necesarias para el traslado al lugar de inhumación dentro de la República Argentina, del cuerpo, y organizará y tomará a su cargo los gastos de féretro de transporte y transporte del mismo. Quedan excluidos los gastos de funeral e inhumación.

Sancor Coop. de Seguros Ltda. tomará a cargo los boletos de regreso de los familiares que fueran beneficiarios y que hubieran estado viajando con el extinto.

**III.5. Acompañamiento de Menores y Personas de Edad Avanzada:** Si el beneficiario viajara como única compañía de niños beneficiarios menores 15 años o de beneficiarios de más de 80 años, y se encontrara imposibilitado, como consecuencia del accidente de tránsito en el vehículo asegurado, de proseguir el viaje con ellos, Sancor Coop. de Seguros Ltda. se hará cargo del traslado de un familiar, residente en la República Argentina, para que los conduzca de regreso.

**III.6. Transmisión de Mensajes Urgentes:** Sancor Coop. de Seguros Ltda. se ocupará de transmitir los mensajes referidos a la emergencia sufrida por el beneficiario, a la persona residente en la República Argentina que éste indique.

### **III.7. Retorno anticipado al domicilio**

Si como consecuencia de un robo, incendio o explosión en el domicilio del beneficiario, Sancor Coop. de Seguros Ltda. pondrá a disposición del beneficiario un pasajes aéreos, ferroviarios, o de autobús de línea comercial para que pueda retornar al domicilio, siempre y cuando no pudiera regresar del modo previsto originariamente.

## **CAPITULO SEGUNDO** **REINTEGROS**

**I.1. Reintegro de Gastos:** En el caso que el beneficiario por razones de fuerza mayor, o emergencia debidamente justificada, no pudiera dar cumplimiento a lo establecido en el punto **I.5.a.** del capítulo primero, y deba recurrir en forma directa a otros médicos y/o adquirir medicamentos, Sancor Coop. de Seguros Ltda. podrá reembolsar los gastos realizados en estas circunstancias, siempre y cuando se cumpla con las siguientes condiciones:

**I.1.a.** Comunicarse con la Central Operativa de Sancor Coop. de Seguros Ltda. en Argentina, por sí o por intermedio de otra persona, dentro de las 48 horas de ocurrida la emergencia.

**I.1.b.** Informar la emergencia sufrida y la asistencia recibida hasta el momento de la comunicación.

**I.1.c.** Proporcionar toda la documentación necesaria que acredite la procedencia de los gastos y la recepción del servicio y/o la adquisición de medicamentos recetados correspondientes a la afección sufrida.

**I.1.d** En ningún caso los reintegros podrán exceder los aranceles y tarifas vigentes en cada país a la fecha de presentación de la solicitud pertinente.

**I.2. Plazo de Reintegro:** El reintegro previsto en el punto **I.1.** de este capítulo se hará efectivo a los treinta días de cumplidas las condiciones previstas precedentemente.

## **CAPITULO TERCERO** **EXCLUSIONES**

I.Sancor Coop. de Seguros Ltda. no brindará servicio alguno, ni reintegrará ningún gasto en los siguientes casos:

**I.1.**Toda dolencia crónica o existente al momento de salir del país, sus consecuencias y agudizaciones. En estos casos Sancor Coop. de Seguros Ltda. a su exclusivo juicio, podrá cubrir la primera consulta clínica por la que se determine la pre-existencia de la enfermedad. Las obligaciones de Sancor Coop. de Seguros Ltda. sólo rigen en casos de enfermedad repentina y aguda o en casos de accidente acontecido durante el viaje.

**I.2.** Toda afección, agudización o dolencia acontecida como consecuencia de un viaje desaconsejado por el médico de cabecera u ocurrida en el exterior durante el tratamiento y estudios complementarios de enfermedades pre-existentes al viaje. En casos de constatarse que el motivo del viaje fuera el tratamiento en el extranjero de una enfermedad de base, Sancor Coop. de Seguros Ltda. se reserva el derecho de investigar la conexión del hecho actual con la dolencia previa.

**I.3.** Enfermedades mentales y trastornos psíquicos.

**I.4.** Enfermedades producidas por ingestión de drogas, narcóticos, medicinas tomadas sin orden médica, alcoholismo.

**I.5.** Partos y estados de embarazo, salvo complicaciones claras e imprevisibles, y en ningún caso los estados de embarazo posteriores al sexto mes.

**I.6.** Enfermedades o lesiones derivadas de acción criminal del beneficiario, sea en forma directa o indirecta.

**I.7.** Suicidio. Intento de suicidio y sus consecuencias.

**I.8.** Enfermedades o lesiones resultantes de tratamientos hechos por profesionales no pertenecientes al departamento Médico de Sancor Coop. de Seguros Ltda..

I.9. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, tratamientos homeopáticos, acupuntura, fisioterapia, curas termales, podología.

I.10. Consecuencias derivadas de la práctica de deportes peligrosos.

I.11. Enfermedades profesionales y sus consecuencias.

I.12. Gastos de prótesis, órtesis, audífonos, anteojos, lentes de contacto, prótesis y puentes dentales, férulas, muletas, nebulizadores, respiradores, etc.

I.13. Países involucrados en enfrentamientos bélicos internos o internacionales, o carentes de estructura. Catástrofes naturales.

I.14. Todo gasto no contemplado explícitamente en estas Condiciones Generales y no autorizado previamente por Sancor Coop. de Seguros Ltda..

#### **CAPITULO CUARTO**

##### **SUBROGACION. CESION DE DERECHOS Y ACCIONES**

I. El Beneficiario podrá oponerse a que Sancor Coop. de Seguros Ltda. efectúe reclamos a terceros sin necesidad de dar a conocer sus razones para ello, en tanto desinterese a la citada Sancor Coop. de Seguros Ltda. de las sumas que ésta hubiera procedido a reclamar.

**II. Circunstancias Excepcionales:** Sancor Coop. de Seguros Ltda. no se hace responsable cuando por circunstancias de caso fortuito o fuerza mayor, tales como: huelgas, actos de sabotaje, guerras civiles o internacionales, revueltas, movimientos populares, restricciones en la libre circulación, etc., le fuera imposible prestar los servicios en el tiempo y la forma pactada. En tales circunstancias, Sancor Coop. de Seguros Ltda. se compromete a ejecutar sus compromisos dentro del menor plazo posible.

### **PROGRAMA DE MEDICAMENTOS:**

Por medio de este servicio, todo asegurado con póliza vigente de Salud Segura Más Plan Adulto Mayor exclusivamente, obtendrá un 40 % de descuento en medicamentos en la red de farmacias adheridas en todo el país sobre Vademécum "Premium" de medicamentos de primeras marcas, de los principales laboratorios.

Para acceder a este beneficio deberá presentar la tarjeta indentificatoria con los datos de la póliza y del asegurado juntamente con la receta del médico tratante, en la farmacia adherida. El hecho de poseer la tarjeta indentificatoria no autoriza el servicio, ya que el mismo sólo podrá obtenerse si la póliza se encuentra en vigencia y con sus pagos al día.

El Vademécum disponible y la red de farmacias adheridas se encuentra a disposición a través de la línea gratuita 0800 444 428500, las 24 horas los 365 días del año y en nuestra página [www.sancorseguros.com](http://www.sancorseguros.com).

### **PROVISIÓN DE DROGAS ONCOLÓGICAS**

#### **DESCRIPCIÓN:**

La Aseguradora proveerá (por sí o por terceros) los medicamentos para el tratamiento ambulatorio de enfermedades oncológicas, según las siguientes definiciones.

Se definirá el término "cáncer" como: leucemia, mal de Hodgkin, tumores malignos o cualquier otra forma de malignidad diagnosticada positivamente como cáncer exclusivamente por un médico. Las condiciones pre malignas o las condiciones con potencial maligno no serán interpretadas como cáncer a los efectos de este servicio. Dicho diagnóstico debe basarse en un examen microscópico de tejido o preparación desde el sistema hemático realizadas por un patólogo calificado.

El beneficio consiste en proveer al Asegurado las drogas oncológicas según protocolos nacionales para Oncología mientras el Asegurado esté con vida, padezca la enfermedad y siempre que la póliza esté vigente.

Las drogas oncológicas a proveer serán exclusivamente las que figuran en el Vademécum Oncológico Salud Segura Más.

La provisión de medicamentos cubrirá solo en tratamientos ambulatorios.

Los medicamentos serán provistos mensualmente, según las solicitudes, o en el tiempo que el protocolo lo indique en cantidad necesaria para un ciclo.

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

Siendo éste un servicio que provee medicamentos para hacer frente a riesgos que puedan afectar la salud y/o la vida de las personas, la Aseguradora no asume responsabilidad alguna por daños y perjuicios producidos por todos y cada uno de los intervinientes con motivo del o los tratamientos por cáncer a los que debiera someterse el Asegurado.

#### **SOLICITUD DEL BENEFICIO:**

a) Para acceder al programa de cobertura el Asegurado o sus representantes que deban ser tratados serán previamente registrados “de alta” en el programa mediante la cumplimentación y el envío a la Aseguradora del formulario provisto para tal efecto. El mismo deberá cumplimentarse al solicitar la cobertura y cada vez que se modifique el esquema terapéutico.

Además, mensualmente o según la periodicidad del ciclo deberá presentar el protocolo con la medicación a proveer en el formulario provisto a tal efecto.

Todos los formularios deberán ser solicitados, llenados y firmados por el médico especialista en oncología responsable de la medicación del paciente Asegurado.

b) Corresponde al Asegurado, o sus representantes, si así lo requiriera la Aseguradora, suministrar las siguientes piezas:

b.1. certificado médico que acredite el diagnóstico y el tratamiento realizado al Asegurado

b.2 historias clínicas, estudios, análisis y exámenes practicados al Asegurado, expedidos por establecimientos asistenciales legalmente autorizados.

c) Asimismo, la Aseguradora podrá efectuar todas las comprobaciones necesarias para verificar la producción del siniestro y la extensión de la prestación a su cargo. En este sentido corresponde al Asegurado y al Tomador:

c.1 prestar toda la colaboración que a tal efecto le requiera la Aseguradora.

c.2 relevar del secreto médico y autorizar expresamente a su médico asistente y a los establecimientos asistenciales donde fuera atendido, para que los mismos proporcionen toda la información que los médicos de la Aseguradora le soliciten.

Será requisito indispensable para la obtención del beneficio descripto, que la misma cuente con la autorización del médico auditor de la Aseguradora.

#### **EXCLUSIONES DEL SERVICIO:**

a) Enfermedad de cáncer preexistente a la fecha de vigencia del servicio, que sean causa de un tratamiento futuro, excepto aquellos casos declarados y aceptados por la aseguradora.

b) Cánceres no invasivos “IN SITU”, cáncer de piel (salvo melanoma maligno).

c) Medicamentos en internación.

d) Patología que no posea cobertura en la póliza.

e) Monodroga que no posea cobertura o no esté en el Vademécum Oncológico Salud Segura Más que forma parte de servicio, el cuál se encuentra disponible a través de la línea gratuita 0800 444 428500, las 24 horas los 365 días del año y en la página [www.sancorseguros.com](http://www.sancorseguros.com).

f) no se reconocerán planes de medicamentos alternativos a los definidos en los formularios de solicitud de medicamentos, ni la aplicación de uno o alguno de ellos a otra patología que no sea la descripta.

g) Asegurados no registrados como beneficiario del programa de provisión de drogas oncológicas.

h) Cuando el asegurado no cumpla con las normas de acceso al programa descriptos en la presente.

i) En caso que no presente los formularios previstos a tal efecto completados por el médico especialista en el periodo mensual o ciclo correspondiente.

j) Tratamientos por diagnóstico de cáncer realizados en establecimientos fuera de la República Argentina,

k) Tratamiento por diagnóstico de cáncer realizados en establecimiento no autorizados a tal fin por la autoridad nacional competente, y/o realizados por profesionales no habilitados para tal fin.

#### **FINALIZACIÓN DEL SERVICIO:**

La finalización del servicio se producirá en las siguientes circunstancias:

a) Fallecimiento del asegurado, o en el caso de que el mismo experimente la curación, o no se justifique el tratamiento, o se produzcan efectos secundarios que contraindiquen el uso.

b) Al caducar la póliza y/o Certificado Individual por cualquier causa.