

**ANEXO I**  
**EXCLUSIONES A LA COBERTURA DEL SEGURO DE**  
**RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONALES DE LA SALUD BASE**  
**RECLAMO / "CLAIMSMADE"**

**Cláusula 3**

**Exclusiones a la Cobertura**

El asegurador no cubrirá bajo ninguna circunstancia reclamaciones y/o indemnizaciones que el Asegurado tenga que pagar por daños y perjuicios que sean consecuencia directa o indirecta de:

- a) La responsabilidad del Asegurado como propietario, socio, accionista, director, director ejecutivo, administrador, jefe de departamento, jefe de equipo, jefe de guardia, jefe de servicio, director médico, o de cualquier capacidad administrativa y/o propietaria de un hospital, clínica, sanatorio, laboratorio, banco de sangre o centro médico, o cualquier otro proveedor de servicios de salud no declarado expresamente en la solicitud de Seguro. Esta exclusión no se aplicará con respecto a laboratorios generales cuando estos sean mantenidos para el examen de los propios pacientes del Asegurado. Tampoco se aplicará con respecto a los laboratorios de rayos x, laboratorios de patología o laboratorios generales cuando la especialidad del Asegurado sea Radiología o Bioquímica respectivamente.
- b) Actos médicos prohibidos por leyes específicas, o por regulaciones emanadas de autoridades sanitarias u otras autoridades competentes, o no autorizados por las autoridades judiciales competentes cuando tal autorización fuese necesaria, o no permitidos de acuerdo con los criterios aceptados para la práctica de la profesión del Asegurado.
- c) Actos médicos realizados con aparatos, equipos o tratamientos no reconocidos por la ciencia médica, salvo aquellos de carácter científico-experimental autorizados por escrito por el Asegurador en las Condiciones Particulares, la utilización de los cuales representaría el último remedio para el paciente a raíz de su condición.
- d) El incumplimiento al deber del secreto profesional por parte del Asegurado.
- e) Actos médicos que se efectúen con el objeto de lograr modificaciones y/o cambios de sexo y/o sus características distintivas, aunque sea con el consentimiento del paciente.
- f) El incumplimiento de algún convenio, sea verbal o escrito, propaganda, sugerencia o promesa de éxito que garantice el resultado de cualquier tipo de acto médico.
- g) Daños genéticos en el caso que se determine que ellos hayan sido causados por un factor heredado y/o iatrogénico, descubiertos en el momento o un tiempo después del nacimiento y que hayan podido ocurrir desde la concepción hasta antes del nacimiento, incluyendo el parto.
- h) La provocación intencional del daño (dolo) y/o culpa grave en el ejercicio de la prestación de los servicios de salud.
- i) Actos médicos que importen daños por contaminación de sangre cuando el Asegurado y/o sus empleados con o sin relación de dependencia no hubiesen cumplido con los requisitos y normas nacionales e internacionales exigibles a un profesional médico en el ejercicio de su profesión, incluyendo pero no limitándose a la aceptación, prescripción, control, almacenamiento, conservación y transfusión de sangre, sus componentes y/u hemoderivados y a la asepsia de áreas, instrumentos y equipos donde y con los cuales se lleven a cabo dichos actos médicos.
- j) Filtraciones, contaminantes o residuos patológicos, incluyendo los gastos y costos de leyes específicas o normas administrativas para limpiar, disponer, tratar, remover o neutralizar tales contaminantes.
- k) Sancione punitivas o ejemplares, es decir, cualquier multa o penalidad impuesta por un juez civil o penal, o sanciones de carácter administrativas.
- l) Cualquier ofensa sexual, cualquiera sea su causa y /u origen, ya sea catalogada como tal bajo el Derecho Penal o no.
- m) La transmisión de enfermedades del Asegurado a sus pacientes durante la prestación de servicios y/o tratamientos cuando el Asegurado sabe o debería saber que es portador de una enfermedad que por su contagiosidad o transmisibilidad, habría impedido a un profesional de la salud razonablemente capacitado y prudente en el ejercicio de su profesión, prestar servicios y/o tratamientos a pacientes en general, o un servicio y/o tratamiento en particular.
- n) Reclamos por reintegro de honorarios profesionales o sumas abonadas al Asegurado o a su representante, por el paciente y/u otra persona física o jurídica a nombre del paciente y con relación a la provisión de servicios y tratamientos a dicho paciente por parte del Asegurado.
- o) Daños causados por la aplicación de anestesia general o que presenten mientras el paciente se encuentre bajo anestesia general, si tal procedimiento no fuese realizado por un profesional médico debidamente habilitado y capacitado para realizarlo, y llevando a cabo dentro de una institución debidamente equipada y acreditada por tal fin.

p) Toda responsabilidad civil y/o penal como consecuencia de abandono y/o negativa de atención al paciente.

q) La Responsabilidad Civil diferente a la provista por esta póliza.

r) Actos de guerra internacional, guerra civil, rebelión, insurrección, sedición, motín, confiscación, guerrilla, terrorismo, huelga, lock out, tumulto popular, conmoción civil, vandalismo, malevolencia popular y sucesos de naturaleza similar.

s) Los reclamos derivados de actos médicos cometidos fuera de la República Argentina.

t) Los reclamos sometidos a la jurisdicción de cualquier tribunal extranjero.

**CONDICIONES GENERALES**  
**RESPONSABILIDAD CIVIL POR MALA PRAXIS DEL PROFESIONAL**  
**DE LA SALUD BASE RECLAMO / "CLAIMS MADE"**

**Introducción**

Esta póliza provee cobertura por la Responsabilidad Civil por Mala Praxis del Profesional de la Salud. Por supuesto, existen limitaciones y exclusiones a tal cobertura. Es necesario leer la presente póliza cuidadosamente y en su totalidad con el fin de determinar el alcance de la cobertura y de sus limitaciones y exclusiones, así como de los derechos y de las cargas del Asegurado.

En la presente póliza, el término Asegurador hace referencia a PRUDENCIA COMPAÑÍA ARGENTINA DE SEGUROS GENERALES S.A. con domicilio en 25 de Mayo 489 6° de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El término Asegurado hace referencia al individuo que figure expresamente nombrado como tal en la carátula de póliza.

Las palabras en singular incluyen el plural y viceversa, y las palabras que indiquen un género se aplicarán a los dos géneros.

**Cláusula 1**

**Ley de las Partes Contratantes**

Las partes contratantes se someten a las disposiciones de la Ley de Seguros N° 17418 y las de la presente póliza. En caso de discordancia entre las Condiciones Generales y las Particulares, predominarán estas últimas.

**Cláusula 2**

**Riesgo Cubierto**

Se cubren bajo esta póliza los siguientes riesgos:

a) El Asegurador se obliga a mantener indemne al Asegurado por cuanto deba pagar a un tercero en razón de la responsabilidad civil incurrida exclusivamente como consecuencia de cualquier acto médico especificado en la Ley 17132 (Regulación del Ejercicio de la Medicina y Odontología y Actividades de Colaboración) su Decreto Reglamentario N° 6216/67, el Código de Ética de la Confederación Médica Argentina y la Ley 23873 y/o modificatorias y/o en las que correspondan a cada actividad y/o jurisdicción, derivado de la prestación de servicios profesionales de atención de la salud de las personas, ocurrido durante la vigencia de la póliza hasta el límite de cobertura especificado en las Condiciones Particulares (Salvo los actos médicos que quedan expresamente excluidos) y en el ejercicio de la especialidad declarada por el Asegurado en la solicitud o propuesta que forma parte integrante de este contrato y especificada también en las Condiciones Particulares.

b) El Asegurador se obliga a cubrir la responsabilidad civil del Asegurado, emergente de acciones u omisiones de sus empleados y/o de los profesionales y/o auxiliares intervinientes, en relación al acto médico, especificados en la Ley 17132 (Regulación del Ejercicio de la Medicina y Odontología y Actividades de Colaboración) su Decreto Reglamentario N° 6216/67, el Código de Ética de la Confederación Médica Argentina y la Ley 23873 y/o modificatorias y/o en las que correspondan a cada actividad y/o jurisdicción en relación de dependencia o no con el Asegurado, legalmente habilitados, cuando tales acciones u omisiones deriven en un reclamo que produzca para el Asegurado una obligación de indemnizar, según se describe en el punto a) anterior.

c) Asimismo el Asegurador se obliga a dar la cobertura anteriormente descripta al Asegurado, para el caso en que el siniestro se produzca en relación a asistencia médica de emergencia a persona o personas, en cumplimiento de una obligación legal y/o un deber de humanidad generalmente aceptado.

A los efectos de este seguro, no se considera como terceros a:

- 1) El cónyuge y los parientes del Asegurado hasta el tercer grado de consanguinidad y/o afinidad.
- 2) Las personas en relación de dependencia laboral con el Asegurado.
- 3) Los contratistas y/o subcontratistas y sus dependientes.
- 4) Las personas vinculadas con el Asegurado por un contrato de aprendizaje y/o prestación de servicios.

Sin embargo, se deja constancia que las personas mencionadas en los incisos 2) 3) y 4) serán considerados como terceros cuando fueren pacientes del Asegurado.

**Cláusula 3**

**Exclusiones a la Cobertura**

El Asegurador no cubrirá bajo ninguna circunstancia reclamaciones y/o indemnizaciones que el Asegurado tenga que pagar por daños y perjuicios que sean consecuencia directa o indirecta de:

a) La responsabilidad Civil del Asegurado como propietario, socio, accionista, director, director ejecutivo, administrador, jefe de departamento, jefe de equipo, jefe de guardia, jefe de servicio, director médico, o en cualquier capacidad administrativa y/o propietaria de un hospital, clínica,

sanatorio, laboratorio, banco de sangre o centro médico, o cualquier otro proveedor de servicios de la salud no declarado expresamente en la Solicitud de Seguro. Esta exclusión no se aplicará con respecto a laboratorios generales cuando estos sean mantenidos para el examen de los propios pacientes del Asegurado. Tampoco se aplicará con respecto a laboratorios de rayos-x, laboratorios de patología o laboratorios generales cuando la especialidad del Asegurado sea Radiología, Patología o Bioquímica respectivamente.

b) Actos médicos prohibidos por leyes específicas, o por regulaciones emanadas de autoridades sanitarias u otras autoridades competentes, o no autorizados por las autoridades judiciales competentes cuando tal autorización fuese necesaria, o no permitidos de acuerdo con los criterios aceptados para la práctica de la profesión del Asegurado.

c) Actos médicos realizados con aparatos, equipos o tratamientos no reconocidos por la ciencia médica, salvo aquellos de carácter científico-experimental autorizados por escrito por el Asegurador en las Condiciones Particulares, la utilización de los cuales representaría el último remedio para el paciente a raíz de su condición.

d) El incumplimiento al deber del secreto profesional por parte del Asegurado.

e) Actos médicos que se efectúen con el objeto de lograr modificaciones y/o cambios de sexo y/o sus características distintivas, aunque sea con el consentimiento del paciente.

f) El incumplimiento de algún convenio, sea verbal o escrito, propaganda, sugerencia o promesa de éxito que garantice el resultado de cualquier tipo de acto médico.

g) Daños genéticos en el caso que se determine que ellos hayan sido causados por un factor heredado y/o iatrogénico, descubiertos en el momento o un tiempo después del nacimiento y que hayan podido ocurrir desde la concepción hasta antes del nacimiento, incluyendo el parto.

h) La provocación intencional del daño (dolo) y/o culpa grave en el ejercicio de la prestación de los servicios de salud.

i) Actos médicos que importen daños por contaminación de sangre cuando el Asegurado y/o sus empleados con o sin relación de dependencia no hubiese cumplido con todos los requisitos y normas nacionales e internacionales exigibles a un profesional médico en el ejercicio de su profesión, incluyendo pero no limitándose a la aceptación, prescripción, control, almacenamiento, conservación y transfusión de sangre, sus componentes y/o hemoderivados y a la asepsia de áreas, instrumentos y equipos donde y con los cuales se lleven a cabo dichos actos médicos.

j) Filtraciones, contaminantes o residuos patológicos, incluyendo los gastos y costos de leyes específicas o normas administrativas para limpiar, disponer, tratar, remover o neutralizar tales contaminantes.

k) Sanciones punitivas o ejemplares, es decir, cualquier multa o penalidad impuesta por un juez civil o penal, o sanciones de carácter administrativas.

l) Cualquier ofensa sexual, cualquiera sea su causa y/u origen, ya sea catalogada como tal bajo el Derecho Penal o no.

m) La transmisión de enfermedades del Asegurado a sus pacientes durante la prestación de servicios y/o tratamientos cuando el Asegurado sabe o debería saber que es portador de una enfermedad que por su contagiosidad o transmisibilidad, habría impedido a un profesional de la salud razonablemente capacitado y prudente en el ejercicio de su profesión, prestar servicios y/o tratamientos a pacientes en general, o un servicio y/o tratamiento en particular.

n) Reclamos por reintegro de honorarios profesionales o sumas abonadas al Asegurado o a su representante, por el paciente y/u otra persona física o jurídica a nombre del paciente y con relación a la provisión de servicios y tratamientos a dicho paciente por parte del Asegurado,

o) Daños causados por la aplicación de anestesia general o que se presenten mientras el paciente se encuentre bajo anestesia general, si tal procedimiento no fuese realizado por un profesional médico debidamente habilitado y capacitado para realizarlo, y llevado a cabo dentro de una institución debidamente equipada y acreditada para tal fin.

p) Toda responsabilidad civil y/o penal como consecuencia de abandono y/o negativa de atención al paciente.

q) La Responsabilidad Civil diferente a la provista por esta póliza.

r) Actos de guerra internacional, guerra civil, rebelión, insurrección, sedición, motín, confiscación, guerrilla, terrorismo, huelga, lock out, tumulto popular, conmoción civil, vandalismo, malevolencia popular, y sucesos de naturaleza similar.

s) Los reclamos derivados de actos médicos cometidos fuera de la República Argentina.

t) Los reclamos sometidos a la jurisdicción de cualquier tribunal extranjero.

**Cláusula 4**

**Cargas para el Asegurado**

El Asegurado se obliga a cumplir con aquellas cargas impuestas por la

Ley de Seguros N° 17418, fundamentalmente las de los Artículos 46, 67, 77 y 36 inc. a), en particular, las impuestas por las disposiciones legales y administrativas de cada actividad profesional que las regulan y cuyo incumplimiento tornaría ilegal la actividad.

NOTA: Será carga especial para el Asegurado:

1.- Exigir a todos los profesionales del arte de curar de su personal y/o a los profesionales en relación de dependencia y/o aprendizaje, sean o no de dicho personal, y los que por el motivo que fuere, trabajen con el Asegurado:

a) Asentar en la historia clínica, un registro adecuado del acto realizado o indicado a los pacientes, que permita demostrar la existencia de la prestación del servicio del cuidado de la salud brindado al paciente.

b) Consignar obligatoriamente el nombre del paciente, la fecha, la hora, la firma del profesional y su aclaración y el tratamiento y/o procedimiento necesario en cada entrada que se realice en la historia clínica, así como escribir en forma concisa, legible (si las anotaciones son manuscritas) veraz, ordenada y prolija, toda su actuación médica y/o auxiliar relacionada con la atención del paciente, así como todos los datos obtenidos acerca del paciente y su estado clínico, realizando, en todos los casos, anamnesis, evolución, diagnósticos, indicaciones, epícrisis y cierre de la historia clínica.

c) Verificar, controlar y asegurar que todas y cada una de las historias clínicas contengan un formulario que demuestre que con el paciente se ha realizado un proceso de consentimiento informado previo a la intervención quirúrgica o tratamiento programado del paciente, excepto lo que se refiere a los tratamientos por receta, que permita demostrar que el paciente y/o quien corresponda entendió lo explicado por el médico tratante, el que deberá estar suscrito también por el/los profesional/es interviniente/s.

d) Conservar todas las historias clínicas y todos los registros concernientes a tratamientos y/o servicios prestados a pacientes, incluyendo registros relativos al mantenimiento de equipos utilizados en la prestación de tales tratamientos y/o servicios, por un periodo no menor a diez (10) años contados a partir del último día en que los tratamientos y/o servicios comenzaron a ser prestados.

2.- Colaborar con el Asegurador, o con el representante nombrado por el mismo:

a) Proveyendo todo registro, información, documento, declaración jurada o testimonial que estos puedan solicitar a los efectos de determinar su participación y/o responsabilidad.

b) Autorizando a estos para procurar la obtención de registros y cualquier otro documento o información cuando estos no estén en posesión del Asegurado.

c) Cooperando en la investigación, mediación, acuerdo extra judicial o defensa de todo reclamo o litigio.

d) Haciendo valer contra terceras personas, físicas o jurídicas, cualquier derecho que el Asegurador encuentre y estime necesario, y de ser solicitado, transmitir todo derecho de repetición al primer requerimiento de este.

e) Permitiendo al Asegurador efectuar transacciones o consentir sentencias.

f) No efectuando ninguna confesión, aceptación de hechos - con la única excepción de aquellos efectuados en la interrogación judicial - oferta, promesa, pago o indemnización sin el previo consentimiento por escrito del Asegurador.

g) Conservando en perfectas condiciones de mantenimiento, conforme a lo estipulado por los fabricantes, todos los equipos usados para el diagnóstico y/o tratamiento de pacientes.

La no observancia de estas cargas, así como de cualquier otra que se formule por escrito, y que figure indicada en las Condiciones Particulares, implica la aplicación de las disposiciones del Artículo 36 de la Ley de Seguros N° 17418.

NOTA:

- El Asegurador se reserva el derecho de practicar auditorías médico-legales de la documentación clínica y demás documentación relacionada con la atención del paciente y de las prácticas médicas institucionales, así como de la aplicación, utilización y documentación del proceso de consentimiento informado.

- El Asegurador pone a disposición del Asegurado, sujeto al requerimiento escrito de este último, un servicio de asesoramiento para el análisis y manejo de los riesgos a que se halla expuesto y para la prevención de siniestros.

#### **Cláusula 5**

##### **Tipo de Cobertura**

Este seguro cubre la responsabilidad del Asegurado por el acto médico que diera origen a los daños y/o perjuicios alegados, siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones:

- Que dicho acto médico haya ocurrido durante la vigencia de la presente póliza.

- Que dicho acto médico haya ocurrido con posterioridad a la Fecha de Retroactividad establecida en esta póliza.

- Que el tercero o sus derechohabientes formulen su reclamo y lo notifiquen fehacientemente por escrito, durante el período de vigencia de esta póliza, su renovación, o durante el período de extensión para denuncia.

A los efectos de este seguro, quedan excluidos todos los reclamos que se originen de:

- Actos médicos ocurridos fuera del período de la cobertura de la póliza.

- Notificaciones formuladas por el Asegurado, o los reclamos o demandas de terceros que lleguen a conocimiento del Asegurado fuera del límite temporal de vigencia o del plazo opcional pactado en el endoso correspondiente, aunque dichas notificaciones, reclamos o demandas se deriven de actos médicos practicados durante la vigencia de la póliza.

#### **Cláusula 6**

##### **Suma Asegurada**

La suma asegurada indicada en las Condiciones Particulares representa la cifra máxima por la cual el Asegurador será responsable por todo concepto de "indemnización e intereses", conforme a los Límites de Cobertura indicados en dichas Condiciones Particulares y descriptos a continuación:

a) Límite de Cobertura por Acto Médico: El Asegurador será responsable por el pago de los reclamos o sentencias judiciales relacionados con siniestros cubiertos bajo este seguro, hasta la suma indicada en las condiciones particulares como límite de cobertura por acto médico. Dicho límite comprende la Responsabilidad máxima del asegurador en concepto de indemnizaciones e intereses por uno o más reclamos derivados de un solo acto médico.

b) Pluralidad de Reclamos: En caso que, de un mismo acto médico resultaran varios reclamos de terceros, el límite de cobertura por acto médico indicado en las Condiciones Particulares no sufrirá incremento alguno, es decir que dicho límite representa la suma máxima que el Asegurador reconocerá en concepto de indemnizaciones e intereses por el total de todos los reclamos provenientes de un solo acto médico.

c) Límite Agregado Anual de Cobertura: Si durante la vigencia de la póliza se produjeran reclamos de terceros a consecuencia de distintos actos médicos, el Asegurador responderá por todo concepto de indemnizaciones e intereses hasta la suma especificada en el ítem límite agregado anual de cobertura de las condiciones particulares, por todos los acontecimientos ocurridos durante la vigencia de la póliza.

d) No-Acumulación de Sumas Aseguradas: Con el propósito de determinar la responsabilidad del Asegurador, será considerado como un solo acto médico y no será precedente la acumulación de sumas aseguradas, cuando se efectúen una o varias prestaciones a una o más personas vivas o por nacer, derivadas de una sola intervención o tratamiento o de la exposición continua o repetida proveniente del mismo origen, la misma o idéntica causa, o al tratamiento de la misma enfermedad o lesión.

#### **Cláusula 7**

##### **Deducible**

El Asegurado se compromete a asumir a su cargo el monto por deducible indicado en las Condiciones Particulares con respecto a cada siniestro que sea indemnizable bajo esta póliza por el/los daño/s a tercero/s.

El Asegurador responderá en cuanto al pago de la indemnización de dicho siniestro neto del deducible pactado a cargo del Asegurado.

#### **Cláusula 8**

##### **Asegurado**

Se considerara como Asegurado la persona habilitada legalmente como médico u odontólogo y otro profesional de la salud, únicamente en el ejercicio de la profesión asegurada y únicamente cuando sea designado como Asegurado en las Condiciones Particulares de la póliza.

#### **Cláusula 9**

##### **Prima**

Toda la prima en concepto de esta póliza será calculada a base anual o la fracción correspondiente al plazo de cobertura solicitada.

#### **Cláusula 10**

##### **Notificación de Eventos Adversos**

El Asegurado deberá notificar al Asegurador, o a su representante nombrado en las Condiciones Particulares, cualquier acto médico que, según su conocimiento, podría derivar en un reclamo de Responsabilidad Civil Médica, incluyendo el secuestro de historias clínicas. Dicha notificación deberá hacerse dentro de las 24 horas luego de haber recibido noticia u obtenido conocimiento de dicho acontecimiento adverso y deberá incluir la siguiente información:

- 1) Lugar, fecha y hora en que ocurrió el acto médico.
- 2) Descripción de las circunstancias que dieron o pudieron dar origen al reclamo.
- 3) La naturaleza de las lesiones y sus posibles secuelas.
- 4) Nombre, edad, sexo, domicilio y ocupación del paciente.

- 5) Nombre y domicilio de cualquier testigo, si hubiere.  
6) Nombre y domicilio de los intervinientes en el acto médico, además del Asegurado.

#### **Cláusula 11**

##### **Denuncia de Reclamos**

El Asegurado se obliga a notificar al Asegurador, por escrito, cualquier reclamo de un tercero que llegue a su conocimiento. Dicha notificación deberá hacerse dentro de los tres (3) días a partir del Asegurado haber sido informado de tal reclamo.

La notificación escrito para el Asegurador deberá contener los elementos requeridos en la Cláusula 10, si tal información no hubiese sido ya provista al Asegurador por el Asegurado.

La falta de cumplimiento con esta carga determinara la caducidad de los derechos del Asegurado bajo esta póliza.

#### **Cláusula 12**

##### **Renovación del Contrato**

En el supuesto caso de renovaciones sucesivas e ininterrumpidas de esta póliza, la cobertura siempre se extenderá a cubrir la responsabilidad emergente de actos médicos ocurridos desde la Fecha de Retroactividad de la póliza, es decir, desde el inicio de vigencia de la póliza inicial, sin importar que dicha póliza inicial hubiese ya vencido y que el reclamo o notificación se presentase durante una de sus renovaciones consecutivas e ininterrumpidas.

#### **Cláusula 13**

##### **Extensión del Período para Denuncias**

La Extensión del Período para Denuncias dará el derecho al Asegurado a extender, hasta un período máximo de diez (10) años, la cobertura para los reclamos que se reciban o se formulen con posterioridad a la vigencia de la póliza y exclusivamente por actos médicos ocurridos durante tal período.

El endoso de Extensión del Período para Denuncias no cambiará la fecha de vigencia de la presente póliza. Simplemente extenderá el período durante el cual, el Asegurado, podrá poner en conocimiento del Asegurador dichos reclamos.

Los límites de Cobertura por Acto Médico y/o Agregado Anual contratados en el último período de la póliza, son los mismos que regirán para el endoso de Extensión del Período para Denuncias, es decir, dicho endoso no alterará la Suma Asegurada acordada en la póliza.

A los términos de este contrato, el Asegurado tendrá el derecho de comprar un endoso para la Extensión del Período para Denuncias en caso de rescisión o no renovación del contrato a su vencimiento, por una suma adicional, y bajo los términos estipulados en esta cláusula, salvo cuando el contrato se rescindiera por falta de pago del premio por el Asegurado, hecho que generará la pérdida del derecho del Asegurado para la compra de tal endoso.

A fines de obtener el endoso para la Extensión del Período para Denuncias, el Asegurado deberá hacer lo siguiente:

- Someter por escrito su solicitud al Asegurador.
- Enviar dicha solicitud dentro de los treinta (30) días anteriores a la finalización de la presente cobertura.
- Abonar al contado el premio correspondiente al endoso.

Cumplida las condiciones anteriores, el Asegurador:

- No podrá negarse a emitir el endoso.
- No podrá cancelarlo una vez emitido.
- Mantendrá vigente el endoso hasta cuando se agote la Suma Asegurada contratada para la última vigencia de la póliza.

En caso que el Asegurado no cumpla con todas y cada una de las condiciones necesarias para la compra del endoso, el Asegurador quedara liberado de su obligación de venderlo al precio que fuere.

Igualmente, a los efectos de este contrato, si el Asegurado opta por no comprar el endoso, o pierde el derecho para hacerlo, el Asegurador no será responsable y quedara liberado para atender cualquier reclamo efectuado por terceros:

- Luego del vencimiento de la vigencia de la última póliza no renovada.
- Sea cual fuere la fecha de ocurrencia del hecho generador del reclamo.

A fines de calcular el premio por el endoso para la Extensión del Período para Denuncias, el Asegurador utilizará las tarifas y condiciones existentes al momento del requerimiento del mismo por parte del Asegurado. Sin embargo, el precio del endoso no excederá el 200% del premio de la última póliza contratada por el Asegurado.

#### **Cláusula 14**

##### **Extensión del Período para Denuncias Sin Costo para el Asegurado**

Transcurridas cinco (5) renovaciones anuales consecutivas e ininterrumpidas, el Asegurador emitirá, sin cargo alguno para el Asegurado o sus herederos, el endoso para la Extensión del Período para Denuncias bajo las siguientes condiciones:

- Cuando el Asegurado falleciere o quedare completa y absolutamente incapacitado para ejercer su profesión.
- Cuando el Asegurado de 65 o más años de edad cesare en su actividad profesional y obtuviere su baja en la matrícula respectiva.

En cada caso, el Asegurador mantendrá vigente el endoso hasta cuando se agote la Suma Asegurada contratada para la última vigencia de la póliza.

#### **Cláusula 15**

##### **Defensa en Juicio Civil**

En caso de demanda judicial civil contra el Asegurado, el mismo deberá dar aviso fehaciente al Asegurador de la demanda promovida, a más tardar el día hábil siguiente al de haber recibido la notificación y estará obligado a remitir simultáneamente al Asegurador la cédula y todos los documentos que pertenezcan a dicha notificación. El Asegurador podrá asumir o declinar la defensa. Se entenderá que el Asegurador asume la defensa si no la declinara por medio de aviso fehaciente al Asegurado dentro de los dos (2) días hábiles de haber recibido la información y documentación referente a la demanda. En caso de que la asumiese, el Asegurador deberá designar el o los profesionales que representaran y patrocinaran al Asegurado.

El Asegurado está obligado a suministrar, sin demora, todos los antecedentes y elementos de prueba de que disponga, y a otorgar a favor de los profesionales designados el poder para el ejercicio de la representación judicial, entregando el respectivo instrumento antes del vencimiento del plazo para contestar la demanda y a cumplir con los actos procesales que las leyes pongan personalmente a su cargo.

El Asegurador podrá, en cualquier momento, declinar en el juicio la defensa del Asegurado. Si el Asegurador no asumiese la defensa en el juicio, o la declinara, el Asegurado debe asumirla y suministrarle a aquel, a su requerimiento las informaciones referentes a las actuaciones producidas en el juicio.

La asunción por el Asegurador de la defensa en el juicio civil implica la aceptación de su responsabilidad frente al Asegurado en los términos de la presente póliza, salvo que posteriormente el Asegurador tomara conocimiento de hechos eximentes de su responsabilidad, en cuyo caso deberá declinarlas dentro de los 5 (cinco) días hábiles de dicho conocimiento.

Si el Asegurador no asumiera o declinara la defensa en el juicio, el Asegurado debe asumirla a su propio costo y cargo y suministrarle al Asegurador, a su requerimiento, las informaciones referentes a las actuaciones producidas en el juicio y proceder a su citación en garantía.

Medidas Precautorias: Si se dispusiesen medidas precautorias sobre bienes del Asegurado, este no podrá exigir que el Asegurador las sustituya.  
Costas, Gastos y Honorarios: El Asegurador toma a su cargo como único accesorio de su obligación a que se refiere en esta cláusula el pago de las costas judiciales en causa civil, incluidos los intereses y de los gastos extrajudiciales en que se incurra para resistir la pretensión del tercero (Artículo 110 de la Ley de Seguros 17418), dejándose sentado que en ningún caso cualquiera fuera el resultado del litigio, el monto de dicho accesorio no podrá superar la menor de las sumas siguientes: 30% de la que se reconozca como capital de condena o, 30% de la suma asegurada. El excedente quedará a cargo del Asegurado. Cuando el Asegurador no asuma o decline la defensa del juicio dejando al Asegurado la dirección exclusiva de la causa, el pago de los gastos y costas los debe en la medida que fueron necesarios y se liberará de la parte proporcional de gastos y costas que en definitiva le hubieran correspondido, a las reglas anteriores, si deposita la suma asegurada o la demandada, la que sea menor, y la parte proporcional de costas devengadas hasta ese momento (Artículos 111 y 110 inciso a - última parte de la Ley de Seguros 17418).

Opción del Asegurador: En cualquier momento, el Asegurador, a su elección y discreción y sin que ello implique la aceptación de responsabilidad por parte del Asegurador en perjuicio del Asegurado, podrá hacer pago o depósito de la Suma Asegurada, dejando al Asegurado la dirección exclusiva de la causa, hecho mediante el cual el Asegurador quedará liberado de los gastos y costas que se devenguen posteriormente al igual que de toda otra responsabilidad bajo la póliza en relación con la pretensión del (de los) tercero(s) damnificados y/o con el hecho que genero la responsabilidad del Asegurado.

#### **Cláusula 16**

##### **Proceso Penal**

Si se promoviese proceso penal o correccional, el Asegurado deberá dar aviso de inmediato al Asegurador. El Asegurado deberá designar el profesional o profesionales que lo defiendan e informarle al Asegurador el nombre del abogado defensor que designe y de las actuaciones producidas en el juicio y las sentencias que se dictaren. Si en el proceso penal se incluyera reclamación pecuniaria en función de lo dispuesto por

el Artículo 29 del Código Penal, el Asegurado - cuando no lo hiciera la actora - deberá hacer citar en garantía al Asegurador quien comparecerá al proceso atendiendo exclusivamente lo atinente al proceso civil, siendo de aplicación lo previsto en la Cláusula 15 - Defensa en Juicio Civil.

El Asegurador podrá colaborar proporcionando al Asegurado, a su requerimiento, asesoramiento jurídico o de peritos o delegados técnicos. El Asesoramiento efectuado por el Asegurador no implica la aceptación de responsabilidad frente al Asegurado o terceros en los términos de la presente póliza. Tampoco existirá aceptación de responsabilidad, cuando el Asegurado designase a su cuenta y riesgo a profesionales vinculados con la Aseguradora.

Queda claramente establecido que el Asegurado tiene desde el inicio y en todo momento, la plena dirección del proceso penal, y con tales potestades, aceptar o no los aportes técnicos del Asegurador, sin que ello afecte en absoluto sus derechos como Asegurado emanados de este contrato.

#### **Cláusula 17**

##### **Rescisión de la Póliza**

Cualquiera de las partes tiene derecho a rescindir el presente seguro sin expresar causa. Cuando el Asegurador ejerza este derecho, dará un preaviso no menor de (15) quince días. Cuando lo ejerza el Asegurado, la rescisión se producirá desde la fecha en que notifique fehacientemente esa decisión.

Cuando el seguro rija de 12:00 (doce) a 12:00 (doce) horas, la rescisión se computará desde la hora 12:00 (doce) inmediata del día siguiente y en caso contrario, desde la hora veinticuatro.

Si el Asegurador ejerce el derecho a rescisión, la prima se reducirá proporcionalmente por el plazo no corrido. Si el Asegurado opta por la rescisión, el Asegurador tendrá el derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido, según las tarifas de corto plazo.

#### **Cláusula 18**

##### **Caducidad por Incumplimiento de Obligaciones y Cargas**

El incumplimiento de las obligaciones y cargas impuestas al Asegurado por la Ley de Seguros y por la presente póliza, produce la caducidad de los derechos del Asegurado si dicho incumplimiento obedece a su culpa o negligencia, de acuerdo con el régimen previsto en el artículo 36 de la Ley de Seguros N° 17418.

#### **Clausula 19**

##### **Alcance Jurisdiccional**

Toda controversia judicial que se plantee con relación a la presente póliza, será dirimida ante los Tribunales ordinarios competentes de la jurisdicción del lugar de emisión de la póliza.

#### **Cláusula 20**

##### **Verificación del Siniestro**

El Asegurador podrá designar uno o más expertos para verificar el siniestro y la extensión de la presentación a su cargo, examinar la prueba instrumental y realizar las indagaciones necesarias a tales fines. El informe del o de los expertos no comprometerá al Asegurador a que acepte sus conclusiones, opiniones y recomendaciones, pues el mismo servirá únicamente como elemento de juicio para que el Asegurador pueda pronunciarse acerca del derecho del Asegurado.

El Asegurado puede hacerse representar, a su costa, en el procedimiento de verificación y liquidación del daño.

#### **Cláusula 21**

##### **Retención**

Toda declaración falsa o retención de circunstancias conocidas por el Asegurado aún cometidas de buena fe, producen la nulidad del contrato de seguro en las condiciones establecidas por el art. 5 y correlativos de la Ley de Seguros N° 17418.

#### **Cláusula 22**

##### **Subrogación**

En caso de reclamo bajo ésta póliza, el Asegurador se subrogará en todos los derechos contra un tercero que correspondan al Asegurado y este ejecutará y suministrará al Asegurador todos los documentos necesarios para garantizar tales derechos.

El Asegurado no perjudicará los derechos del Asegurador después de que haya sido finiquitado un reclamo.

#### **Cláusula 23**

##### **Cóputos de los Plazos**

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

#### **Cláusula 24**

##### **Auditoría e Inspección**

El Asegurador tendrá el derecho de inspeccionar la propiedad y operaciones del Asegurado, en cualquier momento durante la vigencia de esta póliza, a fin de sugerir que este mantenga un nivel adecuado de

supervisión de riesgo y prevención de siniestros.

También el Asegurador podrá examinar y auditar los libros y expedientes del Asegurado en cualquier momento, durante la vigencia de esta póliza y dentro de un período de (3) tres años después del vencimiento de la misma, en todo cuanto se relacione con este seguro.

#### **Cláusula 25**

##### **Otros Seguros**

En caso que el Asegurado contara con otra póliza o pólizas de Seguros de Responsabilidad Civil Profesional Médica, el Asegurador no será responsable por una proporción mayor de un siniestro, que el límite de cobertura aplicable bajo esta póliza para tal siniestro tiene en relación al límite total de cobertura de todos los seguros en vigor para responder a dicho siniestro.

#### **Cláusula 26**

##### **Cesión de Derechos**

El Asegurado no podrá ceder a terceros los derechos y/o beneficios que le son otorgados por la presente póliza.

#### **Cláusula 27**

##### **Modificaciones de la Póliza**

Todas las modificaciones y/o desistimientos y/o renunciaciones a los derechos y/o beneficios de la presente póliza serán efectuados solamente por medio de endoso emitido, debidamente firmado por un representante autorizado por el Asegurador. El endoso así emitido formará parte integrante de la presente póliza.

#### **Cláusula 28**

##### **Definiciones**

Acto Médico: Cualquier acción que implique un error, omisión o incumplimiento de deber cometido por un profesional de la salud, el cual cause daños y/o perjuicios al paciente, incluyendo la muerte. Se considerará como un solo y mismo acto médico, todos los daños emergentes de uno o una serie de actos u omisiones en la prestación de servicios médicos a un solo paciente, o todos los daños emergentes de la exposición continua o repetida proveniente del mismo origen, la misma o idéntica causa o al tratamiento de la misma enfermedad o lesión del mismo paciente.

Costas, Gastos, Intereses y Honorarios: Los intereses y las costas, gastos y honorarios incurridos por el Asegurador en concepto de asistencia legal y para realizar las investigaciones, la liquidación, la defensa o la transacción extrajudicial de cualquier reclamo que pudiese surgir bajo esta póliza.

También se incluyen bajo este rubro todos los intereses y las costas, gastos y honorarios incurridos por el Asegurado como consecuencia de ser condenado a pagar en juicio.

Fecha de Retroactividad: La fecha indicada en las Condiciones Particulares de esta póliza. Se entiende como la fecha en que comienza a regir la primera póliza contratada entre el Asegurado y el Asegurador. Las renovaciones sucesivas de esta póliza con este Asegurador no alterarán dicha fecha inicial.

Indemnización: Compensaciones, pagos o erogaciones hechas a terceros damnificados en nombre del Asegurado, según lo estipulado en la póliza de seguro, en concepto de daños y/o perjuicios incurridos como consecuencia de un acto médico y la cual no puede superar el importe de la suma asegurada (límite de cobertura) indicado en las Condiciones Particulares.

Paciente: Cualquier persona que reciba y haya recibido la prestación de servicios y/o tratamientos médicos, quirúrgicos y/u odontológicos con el propósito de efectuar procedimientos diagnósticos, profilácticos, curativos o paliativos.

Reclamo: Cualquier notificación o demanda por escrito por vía judicial o extrajudicial, hecha por un tercero y recibida por el Asegurado, solicitando compensación en forma monetaria y/o de servicios por daños y/o perjuicios ocasionados por un acto médico.

#### **Cláusula 29**

##### **Advertencias al Asegurado**

- Mora Automática - Domicilio
- Toda denuncia o declaración impuesta por esta póliza o por la Ley debe realizarse en el plazo fijado al efecto. El domicilio donde efectuarlas, será el último declarado (arts. 15 y 16 de la Ley de Seguros N° 17418).

- Agravación del Riesgo

Toda agravación del riesgo asumido que, hubiese existido al tiempo de la celebración a juicio de peritos hubiera impedido el contrato o modificado sus condiciones, es causa especial de rescisión del mismo, de conformidad con los arts. 37 y correlativos de la Ley de Seguros N° 17418.

- Exageración Fraudulenta o Prueba Falsa del Siniestro o de la Magnitud del Daño.

El Asegurado pierde el derecho a ser indemnizado en estos casos, tal

como lo establece el art. 48 de la Ley de Seguros N° 17418.

- **Pluralidad de Seguros**

Si el Asegurado cubre el mismo interés y riesgo con más de un Asegurador, debe notificarlo a cada uno de ellos bajo pena de caducidad con indicación del Asegurador y de la suma asegurada conforme al art.67 de la Ley de Seguros N° 17418. La notificación se hará al efectuar la denuncia del siniestro y en las otras oportunidades en que el Asegurador se lo requiera. Los seguros plurales celebrados con intención de enriquecimiento por el Asegurado, son nulos (art.68 de la Ley de Seguros N° 17418).

- **Obligación del Asegurado**

El Asegurado está obligado a proveer lo necesario para evitar o disminuir el daño y observar las instrucciones del Asegurador, y si las viola dolosamente o por culpa grave, el Asegurador queda liberado conforme al art.72 de la Ley de Seguros N° 17418.

- **Cambio en las cosas dañadas**

El Asegurado no puede introducir cambios en las cosas dañadas, y su violación maliciosa libera al Asegurador, conforme al artículo 77 de la ley de Seguros 17418.

- **Reconocimiento de Responsabilidad y Reconocimiento Judicial de Hechos**

El Asegurado no puede reconocer su responsabilidad ni celebrar transacción alguna sin anuencia del Asegurador, salvo en interrogación judicial, el reconocimiento de hechos conforme al artículo 116 de la Ley de Seguros 17418.

- **Prescripción**

Toda acción basada en el contrato de seguros prescribe en el plazo de (1) un año contado desde que la correspondiente obligación es exigible, conforme al Art. 58 de la Ley de Seguros N° 17418.

- **Facultades del Productor o Agente**

Solo está facultado para recibir propuestas, entregar los instrumentos emitidos por el Asegurador y aceptar el pago de la prima si se halla en posesión de un recibo - aunque la firma sea facsimilar - del Asegurador. Para representar al Asegurador en cualquier otra cuestión, debe hallarse facultado para actuar en su nombre (arts. 53 y 54 de la Ley de Seguros N° 17418).

### **Cláusula 30**

#### **Interpretación de las Exclusiones a la Cobertura Contenidas en las Condiciones Generales**

A los efectos de la presente póliza se dejan expresamente convenidas las siguientes reglas de interpretación, asignándose a los vocablos utilizados los significados y equivalencias que se consignan,

##### 1. Hechos de Guerra Internacional:

Se entiende por tales hechos dañosos originados en un estado de guerra (declarado o no) con otro u otros países con la intervención de las fuerzas organizadas militarmente (regulares o irregulares) y participen o no civiles.

##### 2. Hechos de Guerra Civil:

Se entiende por tales los hechos dañosos originados en un estado de lucha armada entre los habitantes del país, o entre ellos y fuerzas regulares, caracterizado por la organización militar de los contendientes (participen o no civiles) cualquiera fuese su extensión geográfica, intensidad o duración y que tienda a derribar los poderes constituidos u obtener la secesión de una parte del territorio de la Nación.

##### 3. Hechos de Rebelión

Se entienden por tales los hechos dañosos originados en un alzamiento armado de fuerzas organizadas militarmente (regulares o irregulares y participen o no civiles) contra el Gobierno Nacional constituido, que conlleven resistencia y desconocimiento de las órdenes impartidas por la jerarquía superior de la que dependen y que pretendan imponer sus propias normas.

Se entienden equivalentes a los de rebelión otros hechos que encuadren en los caracteres descriptos, tales como revolución, sublevación, usurpación del poder, insurrección, insubordinación y conspiración.

##### 4. Hechos de Sedición y Motín:

Se entienden por tales los hechos dañosos originados en el accionar de grupos (armados o no) que se alzan contra las autoridades constituidas del lugar, sin rebelarse contra el Gobierno Nacional o que se atribuyen los derechos del pueblo, tratando de arrancar alguna concesión favorable a su pretensión. Se entienden equivalentes a los de sedición otros hechos que encuadren en los caracteres descriptos, tales como asonada y conjuración.

##### 5. Hechos de Tumulto Popular:

Se entienden por tales los hechos dañosos originados a raíz de una reunión multitudinaria de personas (organizada o no) en la que uno o más de sus participantes intervienen en desmanes o tropelías, en general sin armas, pese a que algunos las emplearen.

Se entienden equivalentes a los hechos de tumulto popular otros hechos

que encuadren en los caracteres descriptos, tales como alboroto, alteración del orden público, desordenes, disturbios, revueltas y conmoción civil.

##### 6. Hechos de Vandalismo o Malevolencia Popular:

Se entiende por tales los hechos dañosos originados por el accionar destructivo de turbas que actúen irracional y desordenadamente.

##### 7. Hechos de Guerrilla

Se entienden por tales los hechos dañosos originados a raíz de las acciones de hostigamiento o agresión de grupos armados irregulares (civiles o militarizados) contra cualquier autoridad o fuerza pública o sectores de la población. Se entienden equivalentes a los hechos de guerrilla los hechos de subversión.

##### 8. Hechos de Terrorismo:

Se entienden por tales los hechos dañosos originados en el accionar de una organización siquiera rudimentaria que, mediante la violencia en las personas o en las cosas, provoca alarma, atemoriza o intimida a las autoridades constituidas, o a la población, o a sectores de esta, o a determinadas actividades.

No se consideran como hechos de terrorismo aquellos hechos aislados y esporádicos de simple malevolencia que no denotan algún rudimento de organización.

##### 9. Hechos de Huelga:

Se entienden por tales los hechos dañosos originados a raíz de la abstención concertada de concurrir al lugar de trabajo o de trabajar, dispuesta por entidades gremiales de trabajadores (reconocidas o no oficialmente) o por grupos de trabajadores al margen de aquellas.

No se tomará en cuenta la finalidad gremial o extra gremial que motivo la huelga, así como tampoco su calificación de legal o ilegal.

##### 10. Hechos de Lock Out:

Se entienden por tales los hechos dañosos originados por:

a) el cierre de establecimientos de trabajo dispuesto por uno o más empleadores o por entidad gremial que los agrupó (reconocida o no oficialmente),

b) el despido simultaneo de una multiplicidad de trabajadores que paralice total o parcialmente la explotación de un establecimiento. No se tomará en cuenta la finalidad gremial o extra gremial que motivó el lock out, así como tampoco su calificación de legal o ilegal.

##### 11. Otros Hechos (1)

Atentado, depredación, devastación intimidación, sabotaje, saqueo y otros hechos similares, en tanto encuadren en los respectivos hechos descriptos bajo esta cláusula, se consideran hechos de guerra civil o internacional, de rebelión, de sedición o motín, de tumulto popular, de vandalismo o malevolencia popular, de guerrilla, de terrorismo o de huelga o de lock out.

##### 12. Otros Hechos (2)

Los hechos dañosos originados en la prevención o represión por la autoridad o fuerza pública de los hechos descriptos, seguirán su tratamiento en cuanto a su cobertura o exclusión del seguro.

## **CLAUSULA 99 - CLAUSULA DE COBRANZA**

### **FORMA DE PAGO**

**Artículo 1º:** Se entiende por precio o premio a la prima, más los impuestos, tasas, gravámenes y todo otro recargo adicional de la misma.

El precio de este seguro será pagadero al contado o en cuotas, según se indica en las Condiciones Particulares de esta póliza como PLAN DE PAGO. En todos los casos el impuesto al valor agregado (IVA) aplicable será pagadero íntegramente con la primer cuota.

Se deja expresa constancia que los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros son los siguientes de acuerdo a lo dispuesto en el Artículo 1º de la Resolución 90/2001 del Ministerio de Economía de la Nación:

a) Entidades especializadas en cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos.

b) Entidades Bancarias: pago en ventanilla o débito en cuenta.

c) Tarjetas de débito, crédito o compras.

Las entidades aseguradoras solo podrán considerar cumplida la obligación del pago del premio de los contratos de seguros, cuando se produzca el efectivo ingreso de los fondos en alguno de los sistemas enumerados en el párrafo anterior. Consecuentemente, solo surtirán efecto entre las partes y frente a terceros los pagos de premios de contratos de seguros por los medios establecidos en este artículo.

Cuando la percepción del premio se materialice a través del SISTEMA UNICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (SUSS) se considerará cumplida la obligación establecida en el artículo 1ro. citado.

Queda entendido y convenido que la falta de pago de la primer cuota del

precio dentro del plazo expresado cierto establecido en las Condiciones Particulares de póliza como PLAN DE PAGO, se interpretará como la concreción de un hecho que tendrá el alcance de un desistimiento en la toma del seguro por parte del Asegurado y producirá efectos retroactivos a la fecha indicada consignada en el frente de póliza como inicio de vigencia.

Configurada esta condición resolutoria, se tendrá por no existente el contrato de seguro.

En caso de otorgarse financiamiento en el pago del premio pagadero en moneda de curso legal en la República Argentina o en dólares estadounidenses, se aplicará el adicional financiero indicado en la correspondiente factura.

No entrará en vigencia la cobertura de ninguna nueva facturación en tanto no esté totalmente cancelado el precio de la anterior.

En caso de pactarse el premio en Dólares Estadounidenses Billetes y de quedar sin efecto la Ley de Convertibilidad el asegurado deberá:

a) Pagar el premio en Dólares Estadounidenses Billeto conforme al monto total o cuota adeudada.

b) Para el caso en que existiera cualquier restricción o prohibición en la República Argentina que impidiera al asegurado llevar a cabo la operación indicada en el a), mediante la entrega al asegurador de pesos en una cantidad tal que, en la fecha de pago de que se trate, dichos pesos sean suficientes, una vez deducidos los tributos y gastos que correspondan, para adquirir los Dólares Estadounidenses Billetes adeudados por el asegurado según el tipo de cambio vigente en la ciudad de Nueva York a las 12 (doce) horas de la ciudad de Nueva York de la fecha del pago.

c) Mediante cualquier otro procedimiento legal en la República Argentina, en cualquier fecha de vencimiento de cualquiera de las cuotas, para la adquisición de Dólares Estadounidenses Billeto.

d) El Asegurado renuncia por tanto, a invocar cualquier imposibilidad de pago en Dólares Estadounidenses Billeto y reconoce que la totalidad de las obligaciones de pago a su cargo emanadas del contrato de seguros se mantendrán vigentes y exigibles hasta tanto la aseguradora reciba la exacta cantidad de Dólares que correspondan ser abonados.

#### **SUSPENSIÓN Y EXTINCIÓN DE LA COBERTURA**

**Artículo 2º:** La suspensión y/o extinción de la cobertura por falta de pago quedará definida por los siguientes hechos:

##### **SUSPENSIÓN DE COBERTURA**

Salvo lo dispuesto para la falta de pago de la primera cuota en cuyo caso será aplicable lo dispuesto en el artículo precedente, vencido cualquiera de los plazos de pago del premio exigible sin que este se haya producido, la cobertura quedará automáticamente suspendida desde la hora 24 del día del vencimiento impago, sin necesidad de interpelación extrajudicial o judicial alguna, ni constitución en mora, la que se producirá por el solo vencimiento de ese plazo. Sin embargo, el premio correspondiente al período de cobertura suspendida quedará a favor del Asegurador como penalidad.

La cobertura solo podrá rehabilitarse dentro de los (4) cuatro meses contados desde la fecha de cualquier vencimiento impago. La rehabilitación de la póliza y por ende la emisión del correspondiente endoso, está condicionada tanto al pago previo del importe vencido cuanto a la inspección del bien asegurado.

En todos los supuestos y condicionando siempre a la emisión previa del pertinente endoso por parte de la Aseguradora, la rehabilitación surtirá efecto desde la hora cero del día siguiente a aquel en que la Compañía reciba el pago del importe vencido. Como penalidad el Asegurado deberá abonar a la Compañía el importe correspondiente al período sin cobertura.

##### **CADUCIDAD DEL SEGURO**

Caducará automáticamente transcurridos (4) cuatro meses desde la fecha de cualquier vencimiento impago, desde la hora 24 del día de dicho vencimiento original, produciéndose la rescisión en forma automática. Sin embargo, el precio correspondiente al período de cobertura rescindida quedará a favor del Asegurador como penalidad.

En ningún caso y bajo ningún concepto, podrán ser rehabilitados los contratos respecto de los cuales opera dicha rescisión automática.

##### **RESCISIÓN POR FALTA DE PAGO**

Sin perjuicio de lo considerado para los supuestos de desistimientos, suspensión o caducidad de la cobertura, el Asegurador podrá rescindir el contrato por falta de pago ante cualquier incumplimiento del Asegurado en el pago del premio.

Si así lo decidiera, quedará a su favor como penalidad el importe del premio correspondiente al período transcurrido desde el inicio de la cobertura hasta el momento de la rescisión, calculado de acuerdo a lo establecido en las condiciones de póliza sobre rescisión por causas imputables al Asegurado.

#### **GESTIÓN DE COBRO**

La gestión de cobro extrajudicial o judicial del premio o saldo adeudado no modificará la suspensión de la cobertura ni la rescisión del contrato, ya sea automática o fundada en la falta de pago del premio. **POLIZAS CON VIGENCIA MENOR A UN AÑO, ADICIONALES POR ENDOSOS O SUPLEMENTOS DE LA POLIZA.**

**Artículo 3º:** Son aplicables las disposiciones de la presente cláusula. En este caso, el plazo de pago no podrá exceder el plazo de la respectiva vigencia disminuido en 30 (treinta) días, siempre que con ello no resulte un plazo mayor a 90 (noventa) días.

Cuando la prima quede sujeta a liquidación definitiva sobre la base de declaraciones que debe efectuar el Asegurado, el premio adicional deberá ser abonado dentro de los 60 (sesenta) días desde el vencimiento del contrato y a partir de entonces devengará intereses punitivos según el índice promedio de tasa de descuento en documentos comerciales del Banco de la Nación Argentina.

##### **LIQUIDACIÓN DE SINIESTROS**

**Artículo 4º:** El Asegurador podrá descontar de la indemnización cualquier saldo o deuda vencida de ese contrato.