



SEGURO MODULAR DE SALUD

CONDICIONES GENERALES

CAPÍTULO I. DISPOSICIONES FUNDAMENTALES

Artículo 1º) NORMATIVA APLICABLE

Las partes contratantes se someten a las disposiciones de la Ley de Seguros Nº 17.418 y a las de la presente póliza que la complementan o modifican, cuando ello es admisible.

Forman parte integrante de este contrato los siguientes elementos y en el orden de prelación que se establece a continuación:

1. Los Endosos, según el número de orden, predominando los últimos sobre los primeros
2. Las Condiciones Particulares
3. Las Condiciones de los Módulos contratados
4. Estas Condiciones Generales

Artículo 2º) GRUPO FAMILIAR

La aseguradora podrá ofrecer incorporar al grupo familiar del Asegurado Titular. En tal caso, el Asegurado Titular podrá incluir en el presente seguro a su Cónyuge, y/o Hijos, que reúnan los requisitos de asegurabilidad exigidos por Colón Compañía de Seguros S.A., y que no excedan la edad máxima de ingreso que se indique en Condiciones Particulares. Los nuevos miembros quedarán automáticamente incorporados al seguro desde la cero (0) hora del día primero del mes que siga a la fecha de la aceptación de la solicitud por parte de Colón Compañía de Seguros S.A.

La Compañía comunicará la aceptación de la solicitud dentro de los sesenta (60) días de recibida; en caso de silencio se considerará rechazada. Dicho plazo se suspenderá en caso que Colón Compañía de Seguros S.A. hubiera solicitado información adicional al Asegurado. Si este último no cumple o no presenta la información solicitada transcurridos noventa (90) días desde la presentación de la solicitud sin que se hubiera aceptado, la misma se considerará automáticamente rechazada.

Artículo 3º) PERSONAS NO ASEGURABLES

El seguro no ampara a personas que hayan cumplido la edad máxima prevista en las Condiciones Particulares, ni aquellas que constituyan un riesgo agravado no asegurable de acuerdo con las políticas de suscripción de la Colón Compañía de Seguros S.A.

Artículo 4º) RETICENCIA O FALSA DECLARACIÓN

Esta póliza se emite según las declaraciones del Asegurado consignadas en la solicitud del seguro, en los cuestionarios relativos a su salud y en el informe del Médico Examinador –cuando lo hubiera– los cuales son elementos esenciales del contrato. Dichas declaraciones se entienden dadas y certificadas como verdaderas y completas por el Asegurado, mediante su firma puesta al pie de los mencionados documentos, aun cuando estos no fueran escritos por ellos mismos.

Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Asegurado, aún hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones, si Colón Compañía de Seguros S.A. hubiese sido cerciorada del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato.

El plazo para impugnar el contrato es dentro de los tres (3) meses de conocida la reticencia o falsedad.

Artículo 5°) RIESGO CUBIERTO

Colón Compañía de Seguros S.A. se compromete al pago de los beneficios estipulados en las condiciones de los Módulos contratados, en caso de que el Asegurado sufra, durante la vigencia del seguro, alguna de las contingencias cubiertas en dichos Módulos.

Cada beneficio previsto en cada Módulo contratado es adicional e independiente de los demás. En caso que un mismo evento genere indemnizaciones correspondientes a distintos Módulos, Colón Compañía de Seguros S.A. no hará deducción alguna en las sumas aseguradas a pagarse por cualquiera de ellos.

En caso de fallecimiento del Asegurado antes de que haya llegado a cobrar el correspondiente beneficio, se abonará la suma asegurada a los beneficiarios designados, siempre y cuando se hayan cumplido todos los requisitos que prevé la póliza para acceder al mismo.

Esta póliza adquiere fuerza legal desde las cero (0) horas del día fijado como inicio de su vigencia en las Condiciones Particulares y se renueva en cada aniversario de la misma, por períodos anuales en forma automática, salvo pacto en contrario o decisión unilateral de cualquiera de las partes de no renovar.

Artículo 6°) DEFINICIONES

Siempre que en la presente póliza se utilice alguno o algunos de los siguientes términos, estos deberán entenderse con los significados que a continuación se describen:

Tomador: es la persona física o jurídica tomadora de la póliza que suscribe el contrato de Seguro y quien ha sido aceptado por Colón Compañía de Seguros S.A. en condición de tal.

Asegurado Titular: es el Asegurado principal cubierto.

Asegurado Familiar: Podrá estar prevista en las Condiciones Particulares la extensión de la cobertura a algunos de los integrantes del grupo familiar que se mencionan a continuación:

- **Cónyuge del Asegurado Titular.** El/la cónyuge podrá incorporarse a la presente póliza hasta la edad máxima establecida en las Condiciones Particulares. Se asimila a la condición de cónyuge al/la conviviente del Asegurado Titular, siempre y cuando hubiera convivido públicamente en aparente matrimonio con el mismo, durante por lo menos 5 (cinco) años inmediatamente anteriores a la fecha de incorporación del conviviente a esta cobertura, o a 2 (dos) años en caso de existir descendencia en común.

- Los hijos, matrimoniales y/o extramatrimoniales reconocidos, del Asegurado Titular, y a los hijastros e hijos adoptivos del Asegurado Titular, siempre y cuando dichos hijos sean solteros, no emancipados, sean mayores a la edad mínima que figura en las Condiciones Particulares y tengan menos de 24 años de edad.

Asegurado: a los Asegurados Titulares y a los Asegurados Familiares.

Enfermedad o Condición Cubierta: significa una enfermedad, trastorno o desorden como se define en cada uno de los Módulos. Cualquier otra enfermedad o desorden no definido específicamente en los Módulos contratados no será asegurada bajo la presente póliza y no se pagará por ella ningún beneficio.

Diagnóstico: significa el diagnóstico de una condición física relativa a una enfermedad o accidente cubiertos por alguno de los Módulos contratados, debidamente certificados por un médico profesional debidamente matriculado y autorizado para ejercer la medicina, con exclusión de los médicos que a la vez sean: el propio Asegurado y/o miembros de su familia y/o Tomador de la póliza.

Médico: es la persona que ejerce la medicina, titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de la misma.

Establecimiento Asistencial: es el sanatorio, hospital, clínica, instituto policlínico, etc. Municipal, Provincial y/o Nacional que se halle legalmente autorizado y habilitado por el Organismo de Control Sanitario correspondiente y que opere bajo la supervisión permanente de un médico acreditado como tal, y que posea además servicio de enfermería durante las 24 horas del día, adecuado para dar asistencia y tratamiento clínico del tipo de afección padecida por el Asegurado.

Internación: Se considerará como internación a aquella en que el Asegurado haya permanecido en el Establecimiento Asistencial al menos 24 hs; los días posteriores serán considerados cada 24 hs. y el último por fracción superior a las 10 hs. No se considerarán los días de internación posteriores al alta médica, que el Asegurado decida permanecer por su propia voluntad.

Accidente: Se entiende por Accidente a toda lesión corporal sufrida por el Asegurado independientemente de su voluntad, que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta, producida por la acción repentina y violenta de o con un agente externo, descartándose por lo tanto, las enfermedades e infecciones.”

Premio: Es el importe a pagar por la cobertura otorgada por la presente póliza. El premio que corresponda según las edades de los Asegurados, figurará en las Condiciones Particulares.

Artículo 7º) RELEVO SECRETO MÉDICO

El Asegurado se obliga a relevar del secreto médico a todos los profesionales o instituciones hospitalarias que lo atienden o hubiesen atendido. Colón Compañía de Seguros S.A. queda facultada a solicitar al Asegurado, y este se obliga a proporcionar, toda información médica adicional que ésta necesite con relación a la suscripción del riesgo o a la indemnización a abonar.

Artículo 8º) PLURALIDAD DE SEGUROS

Si al momento de solicitar el seguro, el Asegurado tuviere vigente una o más pólizas de idéntica cobertura contratadas con Colón Compañía de Seguros S.A., ésta podrá aceptar, rechazar o reducir la suma a asegurar en la nueva póliza.

En caso de que Colón Compañía de Seguros S.A. no se expida sobre el rechazo o reducción de la suma dentro de los 30 (treinta) días de recibida la solicitud, la misma se considerará aceptada en su integridad.

CAPÍTULO II. BENEFICIOS

Artículo 9°) BENEFICIOS PREVISTOS

Producido y reconocido un evento cubierto por la presente póliza –en un todo de acuerdo con lo definido en los Módulos contratados– se abonará la suma asegurada prevista de acuerdo con lo establecido en el Módulo afectado.

Artículo 10°) ÁMBITO GEOGRÁFICO DE LA COBERTURA

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

El Asegurado debe comunicar a Colón Compañía de Seguros S.A. en forma fehaciente e inmediata, cuando fije su residencia en el extranjero.

Artículo 11°) FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DE CADA ASEGURADO INDIVIDUAL (Asegurado Titular y Asegurado Familiar)

El seguro regirá para el asegurado titular a partir de la cero (0) hora del día fijado como de inicio de vigencia en la póliza.

El seguro de las personas asegurables integrantes del grupo familiar del Asegurado que soliciten su incorporación a esta póliza, regirá a partir de la cero (0) hora del día primero del mes que siga a la fecha de la aceptación de la solicitud por parte de Colón Compañía de Seguros S.A.

La Compañía comunicará la aceptación de la solicitud dentro de los sesenta (60) días de recibida; en caso de silencio se considerará rechazada. Dicho plazo se suspenderá en caso que Colón Compañía de Seguros S.A. hubiera solicitado información adicional al Asegurado. Si este último no cumple o no presenta la información solicitada transcurridos noventa (90) días desde la presentación de la solicitud sin que se hubiera aceptado, la misma se considerará automáticamente rechazada.

Artículo 12°) INFORMACIONES QUE DEBEN SUMINISTRARSE A LA COMPAÑÍA

El Tomador y los Asegurados en cuanto sea razonable, se comprometen a suministrar todas las informaciones necesarias para el fiel cumplimiento de esta póliza.

Artículo 13°) LIQUIDACIÓN DE BENEFICIOS - REQUISITOS

Corresponde al Asegurado o los beneficiarios:

- a) Denunciar la existencia del siniestro dentro de los 3 días de su ocurrencia;
- b) Presentar a Colón Compañía de Seguros S.A. pruebas fehacientes del/los siniestros sufridos mediante evidencias clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio, según corresponda, certificados por un profesional médico autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión;
- c) Facilitar cualquier comprobación que necesite realizar Colón Compañía de Seguros S.A.

Cualquier demora de dicha información, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia, hará perder el derecho al beneficio que le correspondería.

Colón Compañía de Seguros S.A. podrá hacer revisar al Asegurado por facultativos designados por ella para comprobar la procedencia de la reclamación del beneficio. El costo de las revisiones estará a cargo de Colón Compañía de Seguros S.A. y podrá exigir hasta 2 (dos) revisiones. Asimismo, Colón Compañía de Seguros S.A. podrá investigar en los Establecimientos Asistenciales y solicitar información a los médicos que hayan asistido al Asegurado. En general, podrá adoptar todas las medidas tendientes a comprobar y controlar las informaciones recibidas, así como esclarecer presuntos errores, simulaciones o fraudes.

Colón Compañía de Seguros S.A. dentro de los quince (15) días de recibida la denuncia del siniestro deberá hacer saber al Asegurado la solicitud de información complementaria, la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. En caso de que Colón Compañía de Seguros S.A. solicite información complementaria, el mencionado plazo de los quince (15) días comenzará a regir desde la fecha de recepción de dicha información. La no contestación por parte de Colón Compañía de Seguros S.A. dentro del plazo establecido significará automáticamente el reconocimiento del beneficio reclamado.

Recibida la documentación, Colón Compañía de Seguros S.A. pondrá el importe de la indemnización a disposición del Asegurado Titular o Familiar, según corresponda, dentro del plazo estipulado en el Art. 49, segundo párrafo de la Ley de Seguros N° 17.418.

En caso de fallecimiento del Asegurado, se abonará la indemnización a los beneficiarios designados.

Artículo 14°) BENEFICIARIOS

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

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

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

Cuando se designe a los herederos, se entiende a los que por Ley suceden al Asegurado, si no hubiese otorgado testamento; si lo hubiese otorgado, se tendrá por designados a los herederos instituidos. Si no se fija cuota parte, el beneficio se distribuirá conforme a las cuotas hereditarias.

Cuando el contratante no designe beneficiario o por cualquier causa la designación se haga ineficaz o quede sin efecto, se entiende que designó a los herederos.

En caso de que uno de los beneficiarios falleciera antes o al mismo tiempo que el Asegurado, la cuota que le hubiera correspondido será distribuida entre los beneficiarios supérstites, en la proporción asignada en el contrato.

El Asegurado podrá cambiar en cualquier momento el beneficiario o los beneficiarios designados.

Para que el cambio de beneficiario surta efecto frente al Asegurador, es indispensable que éste sea notificado por escrito.

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

Artículo 15°) VALUACIÓN POR PERITOS

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

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

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

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

CAPÍTULO III. PRIMAS

Artículo 16°) PRIMAS

La prima, la cual deberá ser pagada por adelantado, es debida desde la celebración del contrato pero no es exigible sino contra entrega de la póliza, salvo que se haya emitido un certificado o instrumento provisorio de cobertura.

El importe a pagar resultará de sumar las primas individuales que correspondan según los Módulos que se hayan contratado más los gastos, impuestos y tasas que correspondan y que constituirá el premio.

El premio que corresponda según la edad de los Asegurados figurará en las Condiciones Particulares.

El cuadro tarifario podrá ser ajustado en cada aniversario de la póliza por Colón Compañía de Seguros S.A. quien comunicará por escrito al Tomador las nuevas primas con una anticipación no inferior a treinta (30) días de la fecha en que comiencen a regir las mismas, previa autorización de las nuevas tarifas por la Superintendencia de Seguros de la Nación.

Artículo 17°) PLAZO DE GRACIA

Colón Compañía de Seguros S.A. concede un plazo de gracia de treinta (30) días para el pago, sin recargo de intereses, de todas las primas. Durante ese plazo esta póliza continuará en vigor.

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

Vencido el plazo de gracia y no abonada la prima caducarán los derechos emergentes de esta póliza.

Artículo 18°) FALTA DE PAGO DE LAS PRIMAS

Si cualquier prima no fuese pagada dentro del plazo de gracia, esta póliza caducará automáticamente, pero Colón Compañía de Seguros S.A. será acreedora de la prima correspondiente al mes de gracia, salvo que dentro de dicho plazo se hubiese solicitado por escrito su rescisión, en cuyo caso se 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 19º) FINALIZACIÓN DE LA COBERTURA

La cobertura del Asegurado finalizará cuando se produzca alguno de los siguientes eventos, según corresponda:

- a) en la fecha de la muerte del Asegurado;
- b) por rescisión o caducidad de la póliza;
- c) Al finalizar el período de cobertura de acuerdo con la frecuencia del pago de primas en la cual el Asegurado cumpla la edad máxima estipulada en las Condiciones Particulares;
- d) cuando no se abonase la prima correspondiente dentro del plazo de gracia;
- e) Para los Asegurados Familiares, cuando pierdan su condición de miembros del grupo familiar, según se lo definió en Artículo “Definiciones”;
- f) Para los Asegurados Familiares, cuando termine la cobertura del Asegurado Titular.

En cualquier caso de rescisión o caducidad de esta póliza, caducarán simultáneamente todas las coberturas cubiertas por ella, salvo las obligaciones pendientes a cargo de la Compañía.

Además, la cobertura de cada Módulo finalizará:

- a) a partir del momento en que el Asegurado haya percibido la totalidad del beneficio que concede dicho Módulo;
- b) Al finalizar el período de cobertura de acuerdo con la frecuencia del pago de primas en la cual el Asegurado cumpla la edad máxima para el Módulo estipulada en las Condiciones Particulares.

A partir de ese momento, la cobertura que otorga cada Módulo cesará, no teniendo vigencia en las futuras renovaciones, si las hubiese, de otros Módulos contratados bajo estas Condiciones Generales, dejando de abonarse las primas correspondientes.

En todos los casos, se devolverá la prima no corrida que pudiera corresponder.

CAPÍTULO IV. LIMITACIONES Y EXCLUSIONES

Artículo 20º) EXCLUSIONES GENERALES

La Compañía no pagará las indemnizaciones previstas en esta póliza cuando el hecho desencadenante de la patología a tratar sea consecuencia directa de alguna de las siguientes causas:

- a) Las consecuencias de cualquier accidente ocurrido antes de la fecha de inicio de vigencia
- b) Cualquier padecimiento cubierto por esta póliza que el Asegurado sufriere antes de la fecha de inicio de vigencia.
- c) Cualquier otra enfermedad diagnosticada o desorden que no haya sido específicamente definido como cubiertos en los Módulos contratados.

Artículo 21º) RIESGOS NO CUBIERTOS

Colón Compañía de Seguros S.A. no abonará el beneficio cuando el hecho susceptible de cobertura se produjera por algunas de las siguientes causas:

- a) Tentativa de suicidio del Asegurado;
- b) Acto ilícito del Asegurado;
- c) Dolo o culpa grave del Asegurado;
- d) Por duelo o riña, salvo que se tratase de legítima defensa; empresa o acto criminal;
- e) Acto o hecho de guerra civil o internacional, guerrilla, rebelión, sedición, motín, asonada, revolución, golpe de estado, terrorismo, o tumulto popular, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo;
- f) Abuso de alcohol, drogas, estupefacientes, narcóticos o estimulantes, salvo prescripción médica;
- g) Someterse a intervenciones médicas o quirúrgicas ilícitas, tratamientos no autorizados legalmente, o de carácter experimental, o realizados en instituciones o por personal no habilitado legalmente, teniendo el Asegurado conocimiento de tal circunstancia;
- h) Por la práctica o el uso de la navegación aérea, salvo como pasajero en líneas regulares, o por otras ascensiones aéreas, aladeltismo, parapente o bungee jumping;
- i) Por la participación en viajes o excursiones a zonas o regiones inexploradas, prácticas deportivas submarinas, acuáticas o subacuáticas o escalamiento de montaña;
- j) Competir en pruebas de pericia y/o velocidad con vehículos mecánicos o de tracción a sangre o en justas hípicas;
- k) Intervenir en pruebas de prototipos de aviones, automóviles y otros vehículos de propulsión mecánica;
- l) Accidentes derivados del uso por parte del Asegurado de motonetas, motocicletas o motos; (*)
() Se elimina la exclusión de motonetas, motocicletas o motos.*
- m) Desempeño paralelo de las profesiones de acróbata, buzo, jockey o domador de potros o fieras, y/o la práctica de deportes o actividades peligrosas como alpinismo, andinismo, esquí acuático o de montaña, caza, motonáutica, manipuleo de explosivos y/o armas o con exposición a radiaciones atómicas, salvo pacto en contrario;
- n) Alteraciones mentales;
- o) Acontecimientos catastróficos originados por reacciones o accidentes nucleares, químicos biológicos, bacteriológicos y/o fenómenos naturales;
- p) Epidemias (**), pestes, envenenamiento de carácter colectivo, enfermedades infectocontagiosas de denuncia internacional (fiebre amarilla, peste, cólera, viruela, tifus);
*(**) Se elimina la exclusión de epidemias para el Coronavirus Covid-19.*
- q) Acontecimientos catastróficos, entendiéndose por tales terremoto, inundación, aluviones, maremotos, erupciones volcánicas, huracanes, u otros fenómenos naturales, sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario;
- r) Actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por ninguna necesidad profesional, salvo en caso de tentativa de salvamento de vidas o bienes. No obstante quedan cubiertos los actos realizados para precaver el siniestro o atenuar sus consecuencias o por un deber de humanidad generalmente aceptado (Art. Nº 52 y 70 de la Ley de Seguros Nº 17.418).
- s) Lesiones causadas por el uso de rayos "X" o de cualquier elemento radioactivo;
- t) Como consecuencia de mutilaciones o heridas auto infringidas por el Asegurado, o mutilaciones voluntarias, aún las cometidas en estado de insania o enajenación mental;
- u) De tratamientos o dolencias relacionados con la esterilización masculina o femenina, cambio de sexo o mal funcionamiento sexual o esterilidad;
- v) Cualquier forma de suplemento alimenticio o cualquier programa para controlar el peso, salvo que sea para mantener con vida a un paciente gravemente enfermo;

- w) Cirugías cosméticas y/o plásticas, excepto aquellas para las que se compruebe que poseen una finalidad reparadora de una función afectada por eventos cubiertos por esta póliza;
- x) Heridas autoinfligidas por el Asegurado, aún las cometidas en estado de insanía;
- y) Curas de reposo.

Artículo 22º) AGRAVACIÓN DE RIESGO

Cada Asegurado debe denunciar a Colón Compañía de Seguros S.A. las agravaciones del riesgo asumido, causadas por un hecho suyo antes de que se produzcan; y las debidas a un hecho ajeno, inmediatamente después de conocerlas.

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

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

- a) Modificación de su profesión o actividad; o prácticas deportivas.
- b) Fijación de residencia fuera del país.

Cuando la agravación se deba a un hecho del Asegurado, la cobertura queda suspendida. Colón Compañía de Seguros S.A. en el término de siete días, deberá notificar su decisión de rescindir.

Cuando la agravación resulte de un hecho ajeno al Asegurado, Colón Compañía de Seguros S.A. deberá notificarle su decisión de rescindir dentro del término de un mes. Se aplicará el Artículo 39 de la Ley de Seguros si el riesgo no se hubiera asumido según las prácticas comerciales de Colón Compañía de Seguros S.A. No obstante, cuando la agravación provenga del cambio de la profesión o actividad del Asegurado y si de haber existido ese cambio al tiempo de la celebración, Colón Compañía de Seguros S.A. hubiera concretado el contrato por una prima mayor, la suma asegurada se reducirá en proporción a la prima pagada.

CAPÍTULO V. DISPOSICIONES FINALES

Artículo 23º) REDUCCIÓN DE LAS CONSECUENCIAS

El Asegurado en cuanto le sea posible, debe impedir o reducir las consecuencias del siniestro, seguir las instrucciones del o de los médicos que lo asisten, y observar las instrucciones de Colón Compañía de Seguros S.A. al respecto, en cuanto sean razonables.

Artículo 24º) RESCISIÓN DE ESTA PÓLIZA

Sin perjuicio de las demás causales de rescisión y caducidad ya previstas, esta póliza podrá ser rescindida por el Tomador previo aviso por escrito remitido con anticipación no menor de treinta (30) días, a cualquier vencimiento de primas.

Colón Compañía de Seguros S.A. podrá no renovar la póliza, previo aviso por escrito remitido con anticipación no menor de treinta (30) días, a cualquier vencimiento de año póliza.

Artículo 25º) 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 26º) DUPLICADO DE PÓLIZA - COPIAS

El Tomador o el Asegurado, podrán obtener un duplicado de la póliza, sin costo. Las modificaciones o suplementos que se incluyan en el duplicado, a pedido del Tomador o del Asegurado Titular, según el caso, serán los únicos válidos.

El Tomador o el 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.

Artículo 27º) IMPUESTOS, TASAS Y CONTRIBUCIONES

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

Artículo 28º) 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 29º) JURISDICCIÓN

Toda controversia judicial relativa a la presente póliza podrá ser dirimida ante los Tribunales Ordinarios competentes del lugar de su emisión. Para el caso en que la póliza haya sido emitida en una jurisdicción distinta al domicilio del asegurado, éste podrá recurrir a los Tribunales Ordinarios competentes correspondientes a su domicilio.

Artículo 30º) CÓMPUTO DE LOS PLAZOS

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

SEGURO MODULAR DE SALUD
MÓDULO DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

Artículo 1º) Riesgo Cubierto

Colón Compañía de Seguros S.A. pagará el Capital Asegurado que otorga esta Cobertura para cada Especialidad Médica Modulada contratada cuando al Asegurado se le realicen una o algunas de las Intervenciones Quirúrgicas cubiertas que figuran en el Listado de Especialidades Médicas, por ser estas cirugías médicamente necesarias y realizadas durante la vigencia de esta póliza.

Artículo 2º) Definición del Riesgo Cubierto

A los efectos de otorgar la indemnización bajo la presente póliza, se entenderá que el beneficio por Intervenciones Quirúrgicas consiste en el pago del Capital Asegurado por aquellas cirugías a las que debió someterse el asegurado por ser consideradas médicamente necesarias, como consecuencia de una enfermedad o accidente cuya resolución era quirúrgica, cualquiera sea el lugar o país en que éstas se realizasen, originados durante la vigencia de la Cobertura.

Si un tratamiento quirúrgico se efectuase mediante intervenciones repetidas por programación o secuelas, éstas serán consideradas como una sola a efectos de la indemnización, abonando la Compañía al Asegurado el mayor de los capitales correspondientes.

Si en el curso de una intervención quirúrgica se efectuaren 2 (dos) o más operaciones por una o varias vías, se indemnizará el 100% de la intervención de mayor valor y el 50% del mayor monto correspondiente a las demás.

Si una intervención hubiera podido efectuarse en el curso de una intervención quirúrgica inicial y no se efectuara antes de transcurridos 30 (treinta) días, esta última no estará cubierta por este Módulo, salvo que comprobadas complicaciones de salud la hiciesen necesaria.

Artículo 3º) Exclusiones Específicas

Además de las Exclusiones ya previstas en las Condiciones Generales, esta póliza no comprende en la definición de Riesgo Cubierto a:

- a) Técnicas no quirúrgicas;
- b) Someterse a intervenciones quirúrgicas ilícitas; o de carácter experimental o realizadas en instituciones o por personal no habilitado legalmente, teniendo conocimiento de tales circunstancias;
- c) Cirugías cosméticas y/o plásticas, excepto aquellas para las que se compruebe que poseen una finalidad reparadora de una función afectada por eventos cubiertos por esta póliza;
- d) Tratamientos por obesidad y/o rejuvenecimiento, en sus diversas modalidades;
- e) Someterse a tratamientos en establecimientos asistenciales no habilitados 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 padecida por el Asegurado.

MÓDULO DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

LISTADO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

Práctica o Procedimiento	Código PMO	Nivel de Beneficio
<u>OPERACIONES DEL CRÁNEO Y SISTEMA NERVIOSO</u>		
OPERACIONES INTRACRANEANAS		
Ventriculocisternostomías	01.02.01	1
Lobectomía parcial o total	01.02.04	2
Tractotomía espinotalámica	01.02.05	1
Tratam. Quir. Aneurisma Intracraneal	01.02.06	1
Reparación plástica senos craneales	01.02.09	2
Escisión neoplasia intracraneana	01.02.10	1
Intervenciones estereotáxicas	01.02.13	1
Hipofisectomía	01.02.16	2
CIRUGIA VERTEBROMEDULAR		
Ligadura aneurismas medulares	01.03.03	2
Cordotomía espinotalámica	01.03.04	2
INTERVENCIONES SOBRE LOS PARES CRANEALES		
Neurotomía retrogaseriana trigeminal	01.04.01	2
Neurotomía intermediario vestibular	01.04.03	2
Intervenciones nervios ópticos	01.04.04	2
<u>OPERACIONES OTORRINOLARINGOLÓGICAS</u>		
OPERACIONES EN EL OÍDO MEDIO		
Cirugía de glomus yugularis	03.02.10	2
Cirugía 2° y 3° nervio facial	03.02.11	2
OPERACIONES EN EL OÍDO INTERNO Y CONDUCTO AUDITIVO INTERNO		
Cirugía del saco endolinfático	03.03.03	2
Cirugía conducto auditivo interno	03.03.04	1
Tratamiento quirúrgico neurinoma acústico	03.03.06	2
OPERACIONES EN LA LARINGE		

Operación comando de laringe	03.06.01	2
OPERACIONES EN LA GLÁNDULA Y CONDUCTOS SALIVALES		
Operación comando de parótida	03.08.02	1
OPERACIONES EN LA BOCA		
Operación comando piso de boca	03.09.01	2
OPERACIONES EN LA LENGUA		
Operación comando de lengua	03.11.01	2
OPERACIONES EN EL PALADAR Y ÚVULA		
Operación comando de paladar	03.12.05	1
OPERACIONES EN AMÍGDALAS, ADENOIDES Y FARINGE		
Operación comando de faringe	03.13.04	2
<u>OPERACIONES DEL SISTEMA ENDÓCRINO</u>		
OPERACIONES EN LAS GLÁNDULAS TIROIDES Y PARATIROIDES		
Operación comando de tiroides	04.01.01	1
OPERACIONES EN LAS GLÁNDULAS SUPRARRENALES		
Adrenalectomía bilateral	04.02.01	1
<u>OPERACIONES EN EL TÓRAX</u>		
OPERACIONES EN EL PULMÓN, PLEURA Y MEDIASTINO		
Lobectomía, bilobectomía o neumonectomía	05.04.01	2
Resección enfisema buloso bilateral	05.04.15	2
<u>OPERACIONES DEL SISTEMA CARDIOVASCULAR</u>		
CIRUGÍA CARDIOVASCULAR CON CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA		
Tratamiento quirúrgico cardiopatías con hipotermia	07.02.02	2
Reemplazo válvula cardíaca	07.02.03	2
Doble reemplazo valvular	07.02.04	2
Reemplazo valvular y plástica de otra	07.02.05	2
Cierre de defectos septales	07.02.06	2
Tratamiento quirúrgico aneurisma de aorta	07.02.07	2
Aneurisma de aorta descendente	07.02.08	2

Cirugía de revascularización mediante puente aorto-coronario o puente mamario		
-coronario (by pass)	07.02.09/10	2
Resección de aneurisma ventricular	07.02.11	2
Resección de aneurisma c/cirugía de revascularización	07.02.12	2
OPERACIONES EN ARTERIAS Y VENAS DE LA CAVIDAD TORÁCICA		
Tratamiento quirúrgico de aneurisma aorto-torácico	07.03.02	2
OPERACIONES EN ARTERIAS Y VENAS CAVIDAD ABDOMINO-PELVIANA		
Tratamiento quirúrgico de aorta abdominal	07.04.01	2
Cirugía ramas viscer. Aorta abdominal y troncos ilíacos (anastomosis)	07.04.02	2
Derivación aorto bifemoral	07.04.04	2
Derivación aorto ilíaco uni o bilateral	07.04.05	2
Anastomosis porto cava	07.04.07	2
<u>OPERACIONES DEL APARATO DIGESTIVO Y ABDOMEN</u>		
OPERACIONES EN EL ESÓFAGO		
Esofagectomía total y reconstrucción en un tiempo	08.01.01	2
Reemplazo de esófago	08.01.04	2
OPERACIONES EN EL ESTÓMAGO		
Gastrectomía total	08.03.01	2
OPERACIONES EN EL COLON Y RECTO		
Colectomía total c/restitución tránsito	08.05.01	1
Colectomía total con ileostomía	08.05.02	1
Operaciones radicales p/megacolon	08.05.06	2
Operaciones radicales p/megacolon(2)	08.05.07	2
Colonproctectomía total	08.05.08	2
Proctosigmoidectomía	08.05.09	2
OPERACIONES EN EL HÍGADO Y VÍAS BILIARES		
Lobectomía hepática	08.07.01	2
Segmentectomía	08.07.02	1

OPERACIONES EN EL PÁNCREAS		
Duodenopancreatectomía	08.08.01	2
<u>OPERACIONES DEL APARATO URINARIO Y GENITAL</u>		
OPERACIONES EN EL RIÑÓN Y URETER		
Nefroureterectomía total c/ cistectomía parcial	10.01.03	1
Derivaciones ureterales	10.01.12	1
OPERACIONES EN LA VEJIGA		
Cistectomía total	10.02.01	1
Cistoplastia con colon o ileocistoplastia de agrandamiento vesical	10.02.04	1
OPERACIONES EN EL ÚTERO		
Cirugía comando de útero y anexos	11.02.01	1
<u>OPERACIONES DEL SISTEMA MUSCULO-ESQUELÉTICO</u>		
ARTROPLASTÍAS		
Reemplazo de artroplastia cementada	12.10.07	1
AMPUTACIONES Y DESARTICULACIONES		
Amputación interileo abdominal	12.16.04	1
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO POR PROCEDIMIENTOS COMBINADOS MISCELÁNEAS		
Discectomia cervical, dorsal o lumbar con artrodesis	12.17.02	1
<u>Código PMO: corresponde al código con que se catalogan las prácticas en el Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas y Sanatoriales.</u>		
<u>La suma asegurada según el Nivel de Beneficio se encuentra establecida en las Condiciones Particulares</u>		

SEGURO MODULAR DE SALUD

MÓDULO DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES GRAVES

Artículo 1º) Riesgo Cubierto

La Compañía concederá el beneficio que acuerda esta cláusula al Asegurado que se le diagnostique alguna de las enfermedades graves definidas en el Artículo 4, siempre que la misma "LE HUBIESE SIDO DIAGNOSTICADA POR PRIMERA VEZ" durante la vigencia de esta póliza y siempre que no haya recibido tratamiento por dicha enfermedad con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de esta póliza.

Artículo 2º) Beneficio

La Compañía, comprobado el diagnóstico de la enfermedad grave, abonará al Asegurado el capital asegurado por esta cláusula, establecido en las condiciones particulares.

El pago del beneficio se realizará dentro de los 15 (quince) días de notificada la enfermedad o de recibidas las constancias y pruebas requeridas por la Compañía, lo que ocurra con posterioridad.

Artículo 3º) Carácter del Beneficio

La indemnización por enfermedad grave es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la póliza y, en consecuencia, la Compañía no hará, por tal concepto, deducción alguna de la suma asegurada al pagarse cualquiera de ellos. El beneficio previsto en esta cláusula se pagará una sola vez aunque la misma u otras enfermedades cubiertas se manifiesten con posterioridad. Abonado el capital asegurado que concede esta cláusula, la misma cesará y no podrá volverse a otorgar en las futuras renovaciones, si hubiere, del seguro principal.

Artículo 4º) Definiciones de las Enfermedades Cubiertas

- **Cáncer:** Se entiende por esta enfermedad toda forma de crecimiento descontrolado de células malignas positivamente diagnosticado como cáncer – neoplasma maligno – por un profesional especializado en anatomía patológica. Quedan excluidas todas las formas de tumores benignos, carcinomas de piel – salvo el melanoma maligno – y los estadios de tumores muy precoces y no invasivos (carcinoma in-situ).
- **Infarto de miocardio:** Se entiende por esta enfermedad la muerte de una porción del músculo cardíaco como consecuencia de una o más obstrucciones en las arterias coronarias. Quedan excluidos los infartos silenciosos. Indispensablemente deberá contarse con cambios electrocardiográficos nuevos y agudos, elevación enzimática y haber requerido asistencia médica hospitalaria como paciente internado en terapia intensiva o unidad coronaria.
- **Derrame cerebral:** Se entiende por esta enfermedad todo accidente cerebrovascular agudo que genera parálisis u otros trastornos neurológicos objetivos y mensurables por un lapso superior a treinta (30) días, causado por la obstrucción o ruptura arterial o por una embolia procedente de algún órgano extracraneano. Deberá tener objetivación el daño cerebral en estudio por imágenes (tomografía computada o resonancia nuclear magnética) y haber requerido internación hospitalaria.
- **Insuficiencia renal:** Se entiende por esta enfermedad al estadio terminal de falla renal, presentándose una insuficiencia crónica e irreversible del funcionamiento de ambos riñones, como resultado de la cual se haya iniciado diálisis renal regular, o se realice un trasplante renal. Indefectiblemente deberá estar inscripto en el INCUCAI o en el organismo regional correspondiente.

Artículo 5º) Exclusiones Específicas

Además de las Exclusiones ya previstas en las Condiciones Generales, esta póliza no comprende en la definición de Riesgo Cubierto a:

- 1) Enfermedades graves cuyo origen esté en una enfermedad o causa conocida por el Asegurado con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia, y sobre las que se aplicó una cláusula específica de exclusión;
- 2) Cualquier enfermedad grave que tenga su origen en una enfermedad o causa preexistente que haya sido diagnosticada con anterioridad al momento de la solicitud de cobertura y que el Asegurado hubiere ocultado en la declaración de salud que presente a la Compañía.

Artículo 6º) Comprobación de la Enfermedad Grave

Corresponde al Asegurado o su representante:

- a) Denunciar la existencia de la enfermedad grave;
- b) Presentar y proveer pruebas satisfactorias a la Compañía de su enfermedad grave dentro de los treinta (30) días de la fecha de determinación de la enfermedad.

Estas pruebas deberán incluir las constancias médicas necesarias realizadas por el profesional médico tratante o que asista al Asegurado y en el cual se expedirá sobre el comienzo, causas, estado, estadio y todo lo relacionado con la enfermedad grave. El médico que extienda tal certificación no podrá ser el mismo Asegurado, ni su esposa ni un miembro cercano de su familia ni una persona que conviva con él.

c) Facilitar a la Compañía cualquier comprobación, incluso hasta dos (2) exámenes médicos por facultativos designados por la Compañía y con gastos a cargo de ésta. La Compañía se reserva el derecho de solicitar la presencia de un médico experto en alguno de los exámenes médicos mencionados con el fin de solicitar una opinión independiente que confirme el diagnóstico. La negativa del Asegurado a someterse a estos exámenes dará lugar a la pérdida del derecho al beneficio concedido por esta cláusula.

Artículo 7º) Plazo de Prueba

La Compañía dentro de los quince (15) días de recibida la denuncia y/o las constancias y/o pruebas a que se refiere el punto anterior, contados desde la fecha que sea posterior, deberá hacer saber al Asegurado la aceptación o rechazo del otorgamiento del beneficio.

El silencio de la Compañía dentro de los plazos establecidos, significará el reconocimiento del beneficio reclamado. Reconocido el derecho a la prestación el Asegurador procederá a su liquidación y puesta a disposición del pago en el plazo de quince (15) días.

Artículo 8º) Valuación por Peritos

Si en la apreciación del evento o sus consecuencias surgieran divergencias entre las partes, las mismas serán definidas por dos (2) médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los ocho (8) días de su designación, a un tercer facultativo para el caso de divergencia entre los peritos designados.

Los médicos designados por las partes deberán presentar su informe dentro de los quince (15) días y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de ocho (8) días.

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

Los honorarios y gastos de los médicos de las partes estarán a su respectivo cargo y los del tercer médico serán pagados por la parte cuyas pretensiones se alejen más del dictamen definitivo. En caso de equidistancia los honorarios y gastos del tercer médico serán pagados en partes iguales por cada una de las partes.

Artículo 9º) Terminación de la Cobertura

Además de las demás causales de terminación de la cobertura estipuladas en las Condiciones Generales, la cobertura prevista en el presente Módulo terminará a partir del momento en que el Asegurado haya recibido el beneficio previsto, no teniendo vigencia en las futuras renovaciones, si las hubiere.

SEGURO MODULAR DE SALUD MÓDULO DE TRASPLANTE DE ÓRGANOS

Artículo 1º) Riesgo Cubierto

La Compañía pagará la Suma Asegurada consignada en las Condiciones Particulares cuando el Asegurado se someta a un Trasplante de Órgano en calidad de receptor de alguno de los órganos cubiertos en las Condiciones Particulares, antes de cumplir la edad máxima establecida.

Artículo 2º) Definición del Riesgo Cubierto

A los efectos de indemnización bajo la presente póliza, se entenderá que “Trasplante de Órganos” es exclusivamente la cirugía de trasplante en calidad de receptor de un órgano humano, ya sea que se trate de la ablación para la implantación de órganos humanos entre seres humanos (“aloinjertos” o “autoinjertos”) o de cadáveres humanos a seres humanos (“cadavérico”).

Se deja expresamente establecido que la necesidad de recibir un trasplante de órgano debe ser prescrita por profesionales médicos especializados y habilitados legalmente para el ejercicio de la profesión, y será admitida cuando:

- a) todos los otros medios y recursos médicos disponibles no artificiales se hayan agotado, y
- b) el trasplante constituya la única alternativa terapéutica para la recuperación de la salud del Asegurado o la prolongación de su vida, y
- c) la patología que afecte al órgano a trasplantar sea de carácter irreversible y total, y
- d) el trasplante sea comunicado al INCUCAI y deberá dar cumplimiento a las disposiciones de la Ley de Trasplantes de Órganos y Materiales Anatómicos N° 24.193.

La Compañía no cubrirá los reemplazos de órganos trasplantados cuando los mismos sean requeridos por haberse producido el rechazo por parte del paciente del órgano implantado. En dichos casos, la Compañía sólo abonará el capital correspondiente al primer trasplante sin adeudar capital alguno por los reemplazos que pudieran efectuarse.

Las indemnizaciones previstas en el presente Módulo no incluyen, en ningún caso, la provisión de órganos, quedando en un todo de acuerdo a las leyes nacionales establecidas al respecto.

Artículo 3º) Exclusiones Específicas

Además de las Exclusiones ya previstas en las Condiciones Generales, esta póliza no comprende en la definición de Riesgo Cubierto a los siniestros que se presenten cuando:

- a) El Asegurado al momento de su ingreso o reingreso en la póliza se encuentre con indicación formal de trasplante, en tratamiento oncológico de cualquier naturaleza o en hemodiálisis crónica en cualquiera de sus formas, o se encuentre en lista de espera para trasplantes en el INCUCAI;
- b) El trasplante se requiera como terapéutica de padecimientos congénitos;
- c) Los trasplantes no sean realizados por profesionales habilitados para tal fin y en establecimientos debidamente autorizados a tal fin por la autoridad competente, ya sea que se realicen dentro del territorio de la República Argentina como en el extranjero;
- d) Se traten de homologaciones y operaciones que no sean los trasplantes de órganos humanos estipulados y previstos en esta Cláusula, como así tampoco todo trámite referido directa o indirectamente a la provisión del órgano humano que se requiera;

- e) Se trate de trasplantes de médula ósea secundarios a aplasias medulares provocadas por tratamientos oncológicos. Sólo están incluidos los trasplantes de médula ósea como consecuencia de patologías primarias de la misma.
- f) Se trate de trasplantes de médula ósea realizados como esquema terapéutico de rescate de tumores sólidos de cualquier origen;
- g) Se trate de trasplantes de órganos transgénicos, animales, mecánicos o transitorios;
- h) Se trate de trasplantes ilícitos o considerados como experimentales o con fines de investigación;
- i) Se los proporcione cuando estuviesen disponibles un tratamiento alternativo o procedimientos igualmente efectivos.

Artículo 4º) Terminación de la Cobertura

Además de las demás causales de terminación de la cobertura, estipuladas en las Condiciones Generales, la cobertura prevista en el presente Módulo terminará a partir del momento en que el Asegurado haya recibido el beneficio previsto, no teniendo vigencia en las futuras renovaciones, si las hubiere.

SEGURO MODULAR DE SALUD
MÓDULO DE RENTA DIARIA POR INTERNACIÓN POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE

Artículo 1º) Riesgo Cubierto

La Compañía concederá el beneficio previsto para el presente Módulo cuando el Asegurado sea internado en un Establecimiento Asistencial, que reúna las características definidas en el artículo “Definiciones” de las Condiciones Generales de esta póliza, antes de alcanzar la edad máxima de permanencia, definida en las Condiciones Particulares. La Compañía no será responsable por los daños y perjuicios producidos por las personas intervinientes con motivo de los tratamientos y servicios, ni por las intervenciones quirúrgicas a las que debiera someterse el Asegurado.

Artículo 2º) Beneficio

La Compañía, una vez comprobada la internación por parte de su auditoría médica abonará al Asegurado una renta diaria, cuyo importe se consigna en las Condiciones Particulares, por cada día de internación del Asegurado.

La renta diaria se comenzará a abonar desde el primer día de internación cuando la misma supere la cantidad de días completos, consecutivos o no, correspondientes a un mismo evento, en uno o más Establecimientos Asistenciales establecida como Plazo de Espera en las Condiciones Particulares y por el Plazo Máximo de días previsto en las referidas Condiciones Particulares.

La indemnización máxima a la que el Asegurado tendrá derecho por cada año póliza para todos los eventos ocurridos en ese período será la correspondiente a la cantidad de días máximos estipulados en las Condiciones Particulares como “Máximo de Días Cubiertos por Año”.

Artículo 3º) Exclusiones Específicas

Quedan excluidas de esta cobertura las internaciones producidas como consecuencia de:

- a) Maternidad: comprende toda internación que se lleve a cabo durante el embarazo, el parto y hasta dentro de los 45 días después del parto.
- b) Afecciones padecidas por el recién nacido, que demanden su internación durante sus primeros 30 días de vida.
- c) Revisiones de rutina, diagnóstico, análisis, radiografías, radioscopias o fisioterapia, salvo que a consecuencia de los mismos el Asegurado tuviere que someterse a una internación.
- d) Cirugías plásticas y/o cosméticas, excepto aquellas para las que se compruebe que poseen una finalidad reparadora de una función afectada por eventos cubiertos por la póliza.
- e) Cura de reposo.
- f) Tratamientos para la obesidad y/o rejuvenecimiento, en sus diversas modalidades.
- g) Estadías en un Establecimiento Asistencial cuando el tratamiento elegido no es necesario o pudiera ser razonablemente brindado en un establecimiento que no califica como Establecimiento Asistencial bajo esta póliza.

COLÓN SEGUROS S.A. ofrece a todos sus clientes que hubieren adquirido su “SEGURO DE SALUD MODULAR” y a su Grupo Familiar cubierto, los siguientes BENEFICIOS ADICIONALES BONIFICADOS, que serán prestados por REDSOM S.A.

A continuación, se detallan las características y alcances de los citados BENEFICIOS ADICIONALES BONIFICADOS. Para acceder a ellos, los Asegurados de COLÓN SEGUROS S.A. deberán llamar al **0810-666-1008** y seguir el procedimiento que la prestadora del servicio le irá indicando, según el BENEFICIO ADICIONAL al que se pretenda acceder.

1. GLOSARIO DE TÉRMINOS: Los términos definidos a continuación tendrán el significado que aquí se les atribuye.

1.1. PRESTADOR: REDSOM S.A.

1.2. BENEFICIARIO: Son las personas físicas cubiertas por el SEGURO DE SALUD MODULAR de COLÓN SEGUROS S.A.

1.3. PESOS: La moneda de curso legal vigente en la República Argentina.

1.4. SERVICIOS: Los servicios comprendidos en el programa **SALUD ASSIST** que se detallan seguidamente.

1.5. ALTA SERVICIO: Es la fecha de inicio de vigencia del SEGURO DE SALUD MODULAR contratado con COLÓN SEGUROS S.A..

1.6. PRESTADORES: Empresa o persona física especializada y habilitada legalmente para brindar los Servicios, contratada, bajo exclusiva responsabilidad de REDSOM S.A..

2. ALCANCES

2.1. RADIO DE COBERTURA: Los **SERVICIOS** serán prestados por el **PRESTADOR** en el territorio de la República Argentina. Los **SERVICIOS** detallados se brindarán única y exclusivamente a través de la Red de Prestadores del **PRESTADOR**, debidamente habilitados para brindar las prestaciones asistenciales. El servicio no dará derecho a reintegro alguno.

2.2. SOLICITUD DE ASISTENCIA: Los **SERVICIOS** deberán ser solicitadas al número de teléfono 0810-666-1008, que estará operativo y en funcionamiento las 24 horas del día durante los 365 días del año, para las urgencias Odontológicas. En el caso de requerir turnos médicos programados, el horario de atención de la CENTRAL DE TURNOS es de lunes a viernes de 9 a 18 hs., El **BENEFICIARIO** deberá indicar, además del tipo de servicio requerido, los siguientes datos:

2.2.1. Nombre y apellido

2.2.2. Domicilio declarado

2.2.3. Número de teléfono

2.2.4. Documento de identidad

SERVICIOS:

1- Médico Clínico a domicilio. Especialidades de Clínica Médica y Pediatría.

Este beneficio se brinda a los Beneficiarios, siempre y cuando los Beneficiarios que integran su grupo familiar (cónyuges e hijos) habiten en el domicilio declarado al momento de contratar el SEGURO DE SALUD MODULAR. Costo de Copago: \$ 250 por visita.

Tope de cobertura: Hasta 3 eventos al año por Beneficiario.

Este servicio se brindará las 24 horas del día, los 365 días del año.

2- Traslado Médico Terrestre (Ambulancia)

Ante una visita de médico a domicilio y en caso de que el Beneficiario sufra una enfermedad grave, entendiéndose por enfermedad grave aquella que ponga en riesgo la vida del paciente, a solicitud del profesional tratante, "REDSOM" gestionará y cubrirá el costo del traslado en ambulancia terrestre al centro hospitalario más cercano, siempre y cuando exista la infraestructura privada en la zona que lo permita. En caso de no existir un centro hospitalario cercano, "REDSOM" coordinará el traslado por medio de los servicios médicos públicos en la localidad. Servicio sin límite de costo por evento.

Tope: Hasta 1 evento al año.

Este servicio se brindará las 24 horas del día, los 365 días del año.

3- Odontología de emergencia

3.1. "REDSOM" brindará a los Beneficiarios, previa solicitud vía telefónica, el **SERVICIO DE PROGRAMACIÓN DE VISITAS** en el centro odontológico más cercano en horarios indicados, por cada institución, para situaciones de Urgencia o EMERGENCIA. La materialización del servicio estará sujeta a la disponibilidad horaria del CENTRO ODONTOLÓGICO/PRESTADOR en convenio. Servicio sin límite de costo por evento.

Tope: Sin tope de eventos al año.

Este servicio se brindará las 24 horas del día, los 365 días del año.

3.2. "REDSOM" brindará a los Beneficiarios la atención odontológica necesaria exclusivamente para situaciones profesionalmente calificadas como de **DOLOR DENTAL INTENSO**, a fin de solucionar la emergencia en el centro odontológico de su red más cercano a la RESIDENCIA PERMANENTE del Asegurado Titular, además de proporcionarle un diagnóstico posterior para el inicio de tratamiento en caso de ser necesario. La atención cubierta considera exclusivamente los costos derivados de calmantes para el dolor, radiografías simples, extracción simple de cualquier pieza excepto muela del juicio, diagnóstico y presupuesto del tratamiento posterior. Cuando el BENEFICIARIO acuda a la consulta contará con los siguientes servicios:

A) EXÁMEN MÉDICO:

1. Historia Clínica y Diagnóstico: Elaboración de una Historia Médica adecuada en donde indagará acerca del estado de salud general del paciente, ya que el mismo puede padecer de enfermedades que lo comprometan sistémicamente, infecciones, tratamientos con radioterapia, supresión del sistema inmunológico o que el paciente esté consumiendo medicamentos que compitan sean antagónicos con alguno de los medicamentos que se puedan prescribir posteriores al tratamiento. Para ello, se realiza una anamnesis utilizando palabras de fácil comprensión para el BENEFICIARIO. Después de haber realizado una Historia Médica adecuada, se procede a confeccionar una Historia Odontológica en donde se deberá evaluar la condición general bucal del paciente y realizar un diagnóstico.

2. Pronóstico y Plan de Tratamiento: Una vez establecido el diagnóstico, el profesional contratado realizará un pronóstico del cuadro que presenta el paciente e indicará el plan de tratamiento a seguir por el BENEFICIARIO en caso de ser necesario.

En todo caso, los gastos en que incurra el BENEFICIARIO por la prestación de los servicios profesionales dentales distintos a la atención de la emergencia dental, deberán ser cubiertos con recursos propios del BENEFICIARIO.

El presente servicio se prestará: SIN LÍMITE DE MONTO Y HASTA 3 EVENTOS AL AÑO.

B) RADIOGRAFÍAS:

Solo estarán contempladas las requeridas para realizar los tratamientos amparados en la cobertura, realizadas en el consultorio del CENTRO ODONTOLÓGICO/PRESTADOR asignado y podrán ser del tipo: Coronal y periapical. - Este servicio se brindará, cuando a consecuencia de una urgencia odontológica coordinada por "PRESTADOR", el médico odontólogo requiera tomar una radiografía dental para poder tratar al paciente.

El presente servicio se prestará: SIN LÍMITE DE MONTO Y HASTA 3 EVENTOS AL AÑO.

C) EXODONCIA SIMPLE O EXTRACCIÓN:

Este servicio se brindará, cuando a consecuencia de una urgencia odontológica coordinada por "PRESTADOR", el médico odontólogo requiera realizar una exodoncia para poder tratar al paciente. El presente servicio se prestará: SIN LÍMITE DE MONTO Y HASTA 3 EVENTOS AL AÑO.

Están dentro de la Cobertura (no incluye MOLAR DE JUICIO):

- Exodoncias o Extracciones simples en dientes permanentes.
- Exodoncias o Extracciones simples en dientes temporales.
- Exodoncias o Extracciones simples en dientes restos radiculares.
- Exodoncias o Extracciones simples en dientes fracturados.

D) ALIVIO DEL DOLOR:

Este servicio se brindará, cuando a consecuencia de una urgencia odontológica coordinada por el 'PRESTADOR', el médico odontólogo requiera utilizar analgésicos para poder tratar al paciente.

El presente servicio se prestará: SIN LÍMITE DE MONTO Y HASTA 5 EVENTOS AL AÑO.

4- Mediphone

(línea informativa sobre temas de interés médico)

MEDIPHONE 24 - Orientación Médica Telefónica. El Beneficiario podrá solicitar orientación médica telefónica, la cual se registrará por los siguientes límites y condiciones:

1.a. El asesoramiento será realizado por un médico designado por el Prestador.

1.b. El asesoramiento se limitará a orientar al Beneficiario sobre: dudas e interrogantes relacionados a la salud en general; orientación sobre medicación, reacciones adversas, efectos secundarios y contraindicaciones; orientación materno-infantil; valoración de la necesidad de realizar una consulta médica con especialistas; valoración de la necesidad de activar el servicio de MEDICO A DOMICILIO.

1.c. Este servicio no brindará diagnósticos ni recomendará tratamientos o medicación.

1.d. Este servicio se brindará las 24 horas del día, los 365 días del año.

Servicios sin costo adicional.

Sin tope de cobertura.

5- Chequeo médico

CHEQUEO MEDICO Este beneficio se brinda a los Beneficiarios y comprende la realización de: Rx tórax frente + ECG + Laboratorio (Hemograma, Hepatograma, Eritrosedimentación, Glucemia, Colesterol total, Urea, Triglicéridos y Orina completa). Servicio con carencia: 3 meses contados desde la contratación por el Titular del SEGURO DE SALUD MODULAR. Tope de cobertura: Hasta 1 evento al año, sin límite de monto.

6- Descuento en Farmacias por Emergencias.

Por el presente servicio, "REDSOM" pone a disposición de los Beneficiarios la posibilidad de recibir un descuento del 40% sobre la compra de medicamentos recetados. El servicio es exclusivo para el Beneficiario. - Cuando el Beneficiario requiera hacer uso del descuento mencionado, debe comunicarse con "REDSOM" a los Números asignados, para que éste le informe la FARMACIA ADHERIDA más cercana a su RESIDENCIA PERMANENTE o al lugar dónde este se encuentre. En todos los casos el Beneficiario debe llamar a "REDSOM" para autorizar la receta sobre la cual operará el descuento.

El Beneficiario debe presentar en todos los casos el DNI, no es preciso que el beneficiario concurra a la farmacia personalmente, puede hacerlo en su nombre cualquier persona que presente la documentación indicada. Serán recetarios válidos aquellos que fueren emitidos por profesionales particulares o instituciones médicas y debe figurar de puño y letra del profesional y con la misma tinta:

Denominación de la entidad o médico interviniente

- Nombre y Apellido del Paciente
- Medicamentos recetados por principio activo. En todos los casos se deberá incluir una marca sugerida, incluida en el Vademécum
- Cantidad de cada medicamento
- Firma y sellos con N° de matrícula y aclaración
- Fecha de prescripción
- La validez de la receta será el día de la prescripción y los 30 días siguientes.

Topes de cobertura:

- Límites de cantidades: No cubre tratamientos prolongados, el servicio de "REDSOM" es siempre en el marco de la emergencia.
- Renglones por receta: La receta podrá contener hasta tres medicamentos prescritos, y cada uno deberá estar detallado en diferentes renglones.
- Envases por renglón: Cada medicamento detallado en los renglones ut supra mencionados tendrá un límite de 1 (uno) envase por renglón.
 - Medicamentos oncológicos, fuera de cobertura.

Los descuentos mencionados se aplicarán únicamente sobre las especialidades medicinales comprendidas en el Manual Farmacéutico o similares, con excepción de lo siguiente:

1. Accesorios. (Material de curaciones, descartable, tiras reactivas, etc.);
2. Agentes Inmunosupresores;
3. Agentes para contraste radiológico;
4. Dentífricos;
5. Derivados de la sangre y Eritropoyetina;
6. Droga Orlistat (Ej.: Xenical o productos de próxima aparición);
7. Droga Riluzol (Ej.: Rilutek o productos de próxima aparición);
8. Droga Sildenafil (Ej.: Viagra, Sildefil, Lumix o productos de próxima aparición);
9. Drogas Oncohematológicas (ej.: Leucomax, Neupogen, factores estimulantes de colonias).
10. Drogas utilizadas en el tratamiento del sida;
11. Elementos fijadores y de limpieza de prótesis dentales, pastas, polvos e hilo dental;
12. Fórmulas magistrales, flores de Bach y herboristería;
13. Interferones;
14. Productos de perfumería, cosmética y dermatocosmética;
15. Productos de uso exclusivo en internación;
16. Productos de venta libre;
17. Productos dietéticos, alimenticios y leches;
18. Productos para quimioterapia antineoplásica (oncológicos);
19. Productos que actúan sobre el crecimiento. (Hormona de crecimiento y anabólicos);
20. Productos que regulan la natalidad. (Anticonceptivo orales, locales y productos para tratamiento de la esterilidad);
21. Productos sin troquel;
22. Soluciones parenterales de pequeño y gran volumen;
23. Sueros y vacunas;

Si por cualquier circunstancia, en la farmacia falta el o los medicamentos indicados por el médico, la farmacia debe obligarse a obtenerlos dentro de las 24 horas de haber sido requeridos por el afiliado, quien debe conocer tal obligación a efectos de concurrir a adquirirlos una vez que haya transcurrido dicho plazo. En ese caso la farmacia no debe retener la receta. No se realizarán reintegros sin autorización de "REDSOM"; el Beneficiario debe abstenerse de incurrir en gastos en farmacias no autorizadas por "RESDOM".

Las Farmacias prestadoras atenderán a los Beneficiarios en el horario habitual de atención al público incluyendo sábados, domingos, feriados, y horarios nocturnos, conforme al régimen de turnos establecido que le corresponda. El beneficio del 40% de descuento no es acumulativo a cualquier otro descuento relacionado con las obras sociales, prepagas, etc. El descuento no opera sobre drogas genéricas.

En todos los casos el Beneficiario debe comunicarse con "REDSOM" telefónicamente para indicarle la farmacia más cercana y autorizar la prestación.

El presente servicio se prestará EXCLUSIVAMENTE AL Beneficiario un 40% de descuento CON UN LÍMITE DE \$500 POR RECETA Y HASTA 1 EVENTO AL MES y \$3.000 AL AÑO

7- Descuento en ortopedia en casos de Emergencias por Accidentes.

Por el presente servicio, "REDSOM" pone a disposición del AFILIADO la posibilidad de recibir un descuento del 20%, sobre la compra elementos ortopédicos externos. Ej: *Muletas, cabestrillos, inmovilizadores externos, o similares.*

Tope de cobertura: \$1.000

8- Kinesiología

"REDSOM" brindará al BENEFICIARIO, previa solicitud vía telefónica o web, el **SERVICIO DE COORDINACIÓN DE SESIONES DE KINESIOLOGÍA**, en los CENTROS MEDICOS / PRESTADORES más cercanos. La materialización del servicio estará sujeta a la disponibilidad horaria de los CENTROS MEDICOS / PRESTADORES en convenio. Servicio con copago: Arancel preferencial.

Tope de cobertura: 30 sesiones anuales.

9- Central de turnos.

"REDSOM" brindará al BENEFICIARIO, previa solicitud vía telefónica o web, el **SERVICIO DE COORDINACIÓN DE TURNOS** en los CENTROS MEDICOS / PRESTADORES más cercanos, para interconsultas medicas ambulatorias. La materialización del servicio estará sujeta a la disponibilidad horaria de los CENTROS MEDICOS / PRESTADORES en convenio.

Especialidades cubiertas en consultorios: Clínica Médica, Pediatría, Ginecología, Cardiología, Dermatología, Gastroenterología, Nutrición, Oftalmología, Otorrinolaringología, Traumatología y Ortopedia.

El BENEFICIARIO abonará un arancel preferencial por acceder a la CENTRAL DE TURNOS bajo el sistema de copago, dicho arancel preferencial será en relación al valor particular que perciben los mismos. Servicio con copago: Arancel preferencial.

Tope de cobertura, sin límite de eventos al año.

10. Segunda opinión médica

La segunda opinión médica es un nuevo informe médico en el que conste el diagnóstico o la propuesta terapéutica de un paciente afectado por alguno de los procesos descritos mas abajo, realizado por un profesional diferente del que emitió el primer diagnóstico o propuesta terapéutica.

¿Cuándo se puede solicitar la segunda opinión?

Pueden solicitar la segunda opinión los pacientes que se encuentren en alguno de los siguientes supuestos:

- Confirmación diagnóstica de enfermedad degenerativa progresiva sin tratamiento curativo o con tumoración del sistema nervioso central o de una enfermedad neoplásica maligna, incluido el melanoma. Se exceptúan los cánceres de piel.
- Confirmación diagnóstica de enfermedad inflamatoria intestinal, cuando el tratamiento propuesto sea inmunosupresor o quirúrgico.
- Confirmación de alternativas terapéuticas de neoplasias malignas, excepto los cánceres de piel que no sean el melanoma.
- Propuesta terapéutica para enfermedad coronaria avanzada de angioplastia simple o múltiple frente a cirugía cardiaca coronaria convencional.
- Propuesta de cirugía coronaria convencional en situación de riesgo, con o sin circulación extracorpórea, frente a revascularización transmiocárdica con láser, neoangiogénesis o trasplante.
- Cardiopatía congénita con indicación de cierre o ampliación de defecto congénito por técnica de cardiología intervencionista frente a cirugía convencional.
- Necesidad de trasplante.
- Propuesta de tratamiento quirúrgico en escoliosis de grado mayor, idiopática o no idiopática.
- Confirmación de diagnóstico de enfermedad rara. Se considera enfermedad rara aquella enfermedad potencialmente mortal o debilitante a largo plazo, con alto nivel de complejidad y que tiene una prevalencia inferior a cinco casos por diez mil habitantes.

¿Cómo se solicita?

La segunda opinión se solicita por escrito a petición del paciente o persona en quien delegue.

¿Qué condiciones previas se requieren para ejercer este derecho?

- Disponer de un diagnóstico concluido y de una propuesta terapéutica.
- No requerir tratamiento urgente.

Debe saber que:

- Una segunda opinión médica no es un cambio de especialista.
- No es una derivación fuera de su localidad e residencia.
- No incluye certificados médicos a compañías aseguradoras, seguros de accidentes de trabajo y enfermedades de la Seguridad Social.
- El derecho a la segunda opinión médica solo se podrá ejercer una vez en cada proceso asistencial, entendido éste como el conjunto de actividades realizadas al paciente encaminadas a diagnosticar o tratar un problema de salud, enfermedad o patología completa.

- La segunda opinión se realiza con los informes y pruebas ya disponibles del paciente, y solo se harán nuevas pruebas o se solicitará la presencia del paciente en el caso de que el profesional que emite la segunda opinión considere que no es suficiente la documentación e información de la que dispone.

11. Telemedicina

Servicio ofrecido según las siguientes condiciones de uso del servicio:

1. El usuario deberá acceder a el Sitio/Aplicación Mobile y haciendo clic en "Acepto" usted confirma que ha leído y comprendido y acepta irrestrictamente los Términos y condiciones en su calidad de usuario del servicio.
2. El usuario con ese hecho manifiesta y garantiza que se encuentra facultado para aceptar los Términos y Condiciones y cumplir con los mismos.
3. El Servicio de videoconsulta consiste en la posibilidad de que el Usuario realice una consulta de tipo orientativa, no presencial, de carácter virtual mediante video llamada, a un profesional médico.
4. El acceso es voluntario del Beneficiario y no reemplaza la consulta personal a un profesional médico.
5. Se deja expresamente asentado que la información o asesoramiento proporcionado mediante el Servicio por los profesionales médicos deberá utilizarse sólo como una guía y no como una recomendación definitiva para adoptar ninguna acción específica.
6. El Beneficiario podrá realizar consultas en horario de 8 a 20hs con una duración aproximada de entre 5 y 7 minutos, nunca podrá exceder los 15 minutos
7. En caso de requerir otras videollamadas el usuario podrá abonar las mismas directamente desde la plataforma/sitio web.
8. En caso de las consultas de guardia espontanea los profesionales no se pueden elegir y atenderán de acuerdo al orden de llegada.
9. Se deja expresamente asentado que si ningún profesional contesta la llamada, REDSOM S.A.y COLÓN SEGUROS S.A. se desliga de cualquier responsabilidad legal. Se entiende que se trata siempre de consultas de baja complejidad y la recomendación es que, en todo caso, el Beneficiario, ante la no respuesta de los profesionales, se dirija con URGENCIA a una guardia de una institución de salud.
10. .
11. El Servicio se encuentra disponible para todo el territorio de la República Argentina y cualquier otro país donde se encuentre el usuario ya sea por viaje o por vivir en otro país.
12. El Beneficiario comprende y acepta irrestrictamente que REDSOM S.A. y COLÓN SEGUROS S.A. se reservan el derecho de suspender y/o dejar de prestar este BENEFICIO ADICIONAL BONIFICADO, sin aviso y/o acto previo alguno. Esto no generará bajo ninguna circunstancia posibilidad alguna de reclamo a favor del Beneficiario y/o Asegurado.
13. El Servicio se encuentra sujeto a disponibilidad técnica del acceso a internet o servicio de conectividad que posea el Beneficiario y el equipamiento del cual desee acceder, lo cual depende exclusivamente de éste.
14. Los profesionales médicos no son empleados de REDSOM S.A. sino que son profesionales independientes y directamente responsables por la calidad del servicio que le hubieran prestado, por ende la empresa no otorga garantía de ninguna naturaleza sobre el consejo médico, asesoramiento, contenidos, información que se ofrece en el Servicio, ni de las consecuencias de ninguna índole de lo actuado por los médicos consultados.
15. La Empresa no será responsable de errores, falencias u omisiones emergentes de la utilización del mismo y no otorga a sus Beneficiarios garantías tácitas o expresas, incluyendo sin limitación de ningún tipo, inexistencia de virus de computadora, garantía por violación de derechos de terceros, dominios, títulos de dominio, o de servicios, pérdidas, gastos directos o indirectos, interrupción, demora, defecto, error, omisión, falla del Servicio o línea, etc., en forma inherente o consecuente con la utilización del Servicio. Por consiguiente, bajo ningún supuesto REDSOM S.A. con la extensión admisible bajo la ley aplicable, será responsable de daño alguno que los Usuarios puedan sufrir por la utilización del Servicio.
16. El Servicio NO es un servicio de emergencias médicas. Si existiese una emergencia el Beneficiario deberá comunicarse a la línea de Emergencias Médicas las 24hs, disponible en cada lugar o jurisdicción
17. El Servicio no comprende y no se podrá, a través de él, acceder a ningún tipo de certificado por parte de los profesionales.

18. La Empresa REDSOM S.A., ni ninguno de nuestros titulares, gerentes, directores, empleados, agentes, socios, anunciantes, afiliados o beneficiarios asume ninguna responsabilidad legal por cualquier información incorrecta o engañosa proporcionados por cualquier médico profesional.
19. Alcance del servicio. El Servicio no comprende y no deberá ser utilizado para: Problemas médicos que pongan en peligro la vida o que pueda causar deterioro del paciente. Eventos que se consideren una emergencia, urgencia o un caso grave. Afecciones del corazón o cerebrales. Cualquier otra que a criterio de la Empresa no pueda ser atendida por el Servicio, comprendiendo problemas médicos de atención inmediata en sala de guardia, según se detalla, de manera ejemplificativa, a continuación: Dolor o presión en el pecho Hemorragia o sangrado significativo Pérdida de la conciencia Envenenamiento Quemaduras moderadas a severas Convulsiones/Epilepsia Dificultad para respirar Lesión grave de la cabeza, el cuello o la espalda Afectación grave de alguna extremidad Fracturas o hueso roto Recetas de: Narcóticos Opioides Sedantes y relajantes musculares Medicamentos que requieren una estrecha vigilancia por parte de un profesional de la salud (Clonazepam, Anfetaminas, etc.) Medicamentos que requieren administración por parte de un profesional de la salud o capacitación para el uso por primera vez (Remicade, Epogen, Enbrel, etc.) Qué patología sí tratamos, entre otras: Resfrío Sinusitis Gripe Problemas pediátricos de baja complejidad Erupciones cutáneas Asma Alergia Infecciones del tracto urinario Dolor de garganta Vómitos Problemas relacionados al deporte Diarrea Problemas o enfermedades del viajero (dentro del territorio de la República Argentina) Consejería para dejar de fumar
20. Las consultas que el Beneficiario realice a través del Servicio no serán grabadas con el fin de garantizar la confidencialidad de la información que se vierta en el mismo, y de resguardar y preservar el secreto médico, se grabará un breve informe de la consulta realizada que no divulgue datos confidenciales ni de sensibilidad médica.
21. En el caso que la información personal que nos brinde, a exclusivo criterio de la Empresa REDSOM S.A., sea errada o incompleta, imposibilitando la efectiva comprobación e identificación de usted como Beneficiario, la Empresa REDSOM S.A. tendrá el derecho de cancelar la cuenta, quedando exento de cualquier responsabilidad o resarcimiento hacia usted.
22. A todos los fines legales y administrativos vigentes, la consulta a efectuar por el Beneficiario se tendrá como efectuada en el domicilio registrado del profesional médico actuante.
23. Cualquier incumplimiento por parte del Beneficiario de sus obligaciones o uso no autorizado del Servicio derivará, bajo criterio propio y exclusivo de la Empresa REDSOM S.A., en la cancelación de la autorización para operar el Servicio por parte del Beneficiario. Sin perjuicio de lo anteriormente previsto, el Beneficiario acepta que la Empresa REDSOM S.A. y COLÓN SEGUROS S.A. podrá suspender la autorización a operar del Beneficiario si a su exclusivo criterio, se estuvieran realizando actividades no autorizadas por la normativa aplicable o debidas bajo la cuenta del Usuario.
24. La Empresa REDSOM S.A. podrá informar a los Beneficiarios cualquier cuestión relativa al uso del Servicio y sus efectos, por medio de un aviso general del Sitio, mensaje de correo electrónico a su dirección de correo electrónico registrada en la información del Usuario