

Fecha de actualización: 01/12/2024

CONDICIONES GENERALES PARA LA PRESTACIÓN SALUD ASSIST

1. INTRODUCCION: El **PRESTADOR**, con su programa SALUD ASSIST, ofrece a los clientes del **TOMADOR** coberturas médicas, cobertura ante situaciones de emergencia odontológica, coordinación de turnos médicos programados y descuentos en farmacias y ortopedias (en adelante los **SERVICIOS**), los que serán brindados por el **PRESTADOR** a través de terceros prestadores debidamente habilitados al efecto, las 24 horas del día, los 365 días del año.

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

2.1. PRESTADOR: COLÓN SERVICIOS Y ASISTENCIAS S.A.

2.2. TOMADOR: BANCO COLUMBIA.

2.3. BENEFICIARIO: Es la persona física, que haya contratado los servicios con el “**TOMADOR**”, en adelante, el **BENEFICIARIO**. Pueden también constituirse como Beneficiarios adicionales, además del Titular, el cónyuge y/o conviviente (Matrimonio), y/o los hijos que vivan con sus padres hasta la edad de 18 años cumplidos.

2.4. DOMICILIO DECLARADO: El domicilio habitual en la República Argentina que el **BENEFICIARIO** declare como tal en el momento de la contratación de los **SERVICIOS**. Todo cambio de domicilio deberá ser notificado por el **BENEFICIARIO** a **PRESTADOR**.

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

2.6. SERVICIOS: Los servicios comprendidos en el programa **SALUD ASSIST**.

2.7. ALTA SERVICIO: Es la fecha de adquisición de los **SERVICIOS** según información provista por “**TOMADOR**”.

2.8. PRESTADORES: Empresa o persona física especializada y habilitada legalmente para brindar los Servicios.

3. ALCANCES

3.1. FECHA DE INICIO: Los **SERVICIOS** entrarán en vigencia el 1° de marzo de 2018.

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

3.3. SOLICITUD DE ASISTENCIA: Los **SERVICIOS** deberán ser solicitadas al número de teléfono 0810-222-4444, Opción 1, que estará operativo y en funcionamiento las 24 horas del día durante los 365 días del año. En el caso de requerir turnos médicos programados, podrá solicitar el turno a través de nuestra web <https://www.colonseguros.com.ar/> en el botón rojo TURNOS COLON SALUD.

El **BENEFICIARIO** deberá indicar, además del tipo de servicio requerido, los siguientes datos:

- 3.3.1. Nombre y apellido
- 3.3.2. Domicilio declarado
- 3.3.3. Número de teléfono
- 3.3.4. Documento de identidad

A. SALUD ASSIST

Pueden ser Beneficiarios:

- Titular
- Matrimonio (Titular y Cónyuge)
- Grupo Familiar (Titular, Cónyuge e Hijos)

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

Este beneficio se brinda a los Beneficiarios según el tipo de servicio contratado por el Titular, siempre y cuando los Beneficiarios que integran su grupo familiar (cónyuges e hijos) habiten en el domicilio declarado al momento de contratar el servicio.

Costo de Copago: \$ 2.783 por visita.

Tope de cobertura: Hasta 10 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, "COLÓN" 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, "COLÓN" coordinará el traslado por medio de los servicios médicos públicos en la localidad.

Servicio sin límite de costo por evento.

Tope: Hasta 10 eventos al año.

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

3. Odontología de emergencia

3.1. "COLÓN" 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. "COLÓN" 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 Titular, además de proporcionarle un diagnóstico posterior para el inicio de tratamiento en caso de ser necesario. La atención cubierta por el "COLÓN" 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 regirá 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 servicio que cubra al Beneficiario solicitante.

Tope de cobertura: Hasta 1 evento al año, sin límite de monto.

6. Descuento en Farmacias por Emergencias.

Por el presente servicio, "COLÓN" 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 "COLÓN" 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 "COLÓN" 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 "COLÓN" 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 "COLÓN"; el Beneficiario debe abstenerse de incurrir en gastos en farmacias no autorizadas por "COLÓN".

Las Farmacias prestadoras atenderán a los socios 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 "COLÓN" telefónicamente para indicarle la farmacia más cercana y autorizar la prestación.

El presente servicio se prestará EXCLUSIVAMENTE AL Beneficiario . Detalle en el cuadro de Resumen de Condiciones generales en el link: <https://bancol.asistencias.com.ar/condiciones-salud-assist/>.

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

Por el presente servicio, "COLÓN" 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.*

Detalle en el cuadro de Resumen de Condiciones generales en el link: <https://bancol.asistencias.com.ar/condiciones-salud-assist/>.-

8. Kinesiología

"COLÓN" 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.

"COLÓN" brindará al BENEFICIARIO, previa solicitud vía telefónica o web <https://www.colonseguros.com.ar/> botón rojo Turnos Colón Salud , 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 con 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.

CUIDADOS PROLONGADOS EN EL HOGAR POR ACCIDENTE

Complementando los beneficios otorgados por el Producto Salud Assist, COLON SERVICIOS Y ASISTENCIAS S.A., contratará a su exclusivo cargo una póliza de salud con una empresa aseguradora de primer nivel del mercado local (en adelante la "Aseguradora"), de la que resultará beneficiario el Cliente sin coste adicional para él. La misma se registrará por unas Condiciones Generales y particulares definidas por la Aseguradora según las autorizaciones y costumbres del mercado al momento de la contratación, que al momento de la suscripción de la Propuesta son las que siguen a continuación:

MÓDULO DE CUIDADOS PROLONGADOS EN EL HOGAR POR ACCIDENTE CONDICIONES GENERALES

PÓLIZA N° 2.800.156, emitida por COLÓN COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. con fecha 26/07/2018. COLÓN COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. es una aseguradora autorizada por la Superintendencia de Seguros de la Nación e inscrita en el Registro de Aseguradoras bajo el Número 0861.

Los términos y condiciones de la cobertura son los que surgen de la Póliza, sus Condiciones Generales y Particulares y cuyos términos y condiciones fueron aprobadas mediante Expediente N° 60.919 y Proveído N° 120.004 del 23/02/2015.

Toda denuncia de Sinistros podrán efectuarla los Beneficiarios directamente a la aseguradora

COLÓN COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. al teléfono 0810-222-6566, o al PRESTADOR al teléfono 0810-222- 3222, opción 2.

	Titular	Hijos
Edad mínima ingreso	18	Nacimiento con Vida
Edad máxima ingreso	98	17
Edad máxima permanencia	99	18
Período de carencia	30 días	30 días
Plazo de Espera	7 días	7 días
Capital asegurado por día	\$ 8.695,87	\$ 8.695,87
Capital asegurado total (*)	\$ 260.876,00	\$ 260.876,00

(*) monto mensual

Artículo 1º) Riesgo Cubierto

El riesgo cubierto es la invalidez transitoria del asegurado con motivo de un accidente ocurrido durante la vigencia del presente Módulo.

La invalidez transitoria consiste en la imposibilidad del asegurado de realizar en su hogar, establecimiento de retiro o asilo, sin la asistencia de otra persona, dos (2) o más de las cinco (5) "Actividades Básicas de la Vida Diaria" que se definen en el párrafo siguiente, siempre que esa invalidez se produzca dentro de los ciento ochenta (180) días de ocurrido el accidente y su cobertura se encuentre vigente en dicho plazo.

Se definen las Actividades Básicas de la Vida Diaria como las tareas que en forma diaria realiza una persona sin la asistencia de terceros y que, a los efectos de este Módulo, consisten en:

- 1) Bañarse: capacidad para lavarse todas las partes del cuerpo utilizando elementos de aseo, ya sea en una ducha o en una bañera, incluyendo la acción de entrar y salir de la bañera o de la ducha.
- 2) Vestirse: capacidad para ponerse o quitarse toda clase de prendas, incluyendo prótesis, miembros artificiales y aparatos ortopédicos médicamente necesarios.
- 3) Alimentarse: capacidad para consumir alimentos que ya han sido preparados o están disponibles y de ingerirlos de un recipiente (plato o taza), con o sin el uso de utensilios de adaptación.
- 4) Desplazarse: capacidad para meterse en la cama y levantarse de ella, así como para sentarse y levantarse de un asiento o de una silla de ruedas. Si la persona puede moverse con la ayuda de equipos como un bastón, muletas, andador, barras de sostén u otros equipos de soporte, se considera que puede cambiar de posición y desplazarse.
- 5) Necesidades corporales/ir al sanitario: capacidad de desplazarse hasta y desde el inodoro y de sentarse y levantarse del mismo realizando la correspondiente higiene personal.

Artículo 2º) Beneficio

La Compañía pagará al Asegurado un importe equivalente al Beneficio Diario, por cada día en que se verifique el riesgo cubierto por este Módulo, una vez finalizado el Período de Espera y hasta el Período Máximo de Beneficio, según se indican estos valores en las Condiciones Particulares.

El Período de Espera es la cantidad de días durante los cuales la Compañía no pagará el Beneficio Diario y se cuenta a partir de la fecha de ocurrencia del siniestro, que se define como la fecha de inicio del estado de invalidez transitoria del Asegurado. Una vez transcurrido el Período de Espera, la Compañía pagará el Beneficio que contempla este Módulo a partir del primer día de la invalidez transitoria. El Período de Espera se aplicará para cada nuevo siniestro que ocurra si han pasado más de seis (6) meses desde la fecha en que el Asegurado dejó de percibir el Beneficio que contempla este Módulo por el anterior siniestro.

El Período Máximo de Beneficio es la cantidad máxima de días que serán cubiertos por este Módulo mientras subsista la invalidez transitoria del Asegurado y éste se encuentre con vida. Si el Asegurado tuviera que ser trasladado fuera de su hogar para ser internado por uno o varios días, estos días no se computan a los efectos del pago del Beneficio que contempla este Módulo.

Es requisito que el Asegurado requiera de cuidados personales en su hogar, establecimiento de retiro o asilo, por parte de una persona acompañante, con o sin especialización o entrenamiento profesional, para realizar dos (2) o más de las "Actividades Básicas de la Vida Diaria" definidas en el Artículo 1 de este Módulo. Tal circunstancia deberá ser acreditada por el médico tratante del Asegurado y verificada por un médico designado por la Compañía, cuya responsabilidad consiste en auditar la validez del siniestro y certificar la continuidad del estado de invalidez transitoria.

Artículo 3º) Exclusiones Específicas

Además de las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales de esta póliza, no se otorgará cobertura por este Módulo en las siguientes situaciones:

- a) Cuando el Asegurado se encuentre internado en un establecimiento asistencial como una clínica, sanatorio u hospital;
- b) Cuando el Asegurado se encuentre en un establecimiento asistencial, de retiro o asilo y no reúna los requisitos de riesgo cubierto por este Módulo y/o no requiera ninguna clase de atención médica o asistencia;
- c) Accidentes que no encuadren dentro de la definición de "Accidente" incorporada en el Artículo "Definiciones", de las Condiciones Generales.
- d) Enfermedades de cualquier naturaleza inclusive las originadas por la picadura de insectos.
- e) Acción de los rayos "X" o de cualquier elemento radioactivo u originadas en reacciones nucleares.
- f) Lesiones imputables a esfuerzo, salvo los casos contemplados en el Artículo 1º.

- g) Insolación; quemaduras por rayos solares, enfriamiento y demás efectos de las condiciones atmosféricas o ambientales.
- h) Psicopatías o enfermedades psiquiátricas transitorias o permanentes, excepto que las mismas provengan de estrés post-traumático o de reacciones vivenciales reactivas de un Accidente cubierto sufrido por el Asegurado.
- i) Operaciones quirúrgicas o tratamientos, salvo que sobrevengan como consecuencia inmediata de un Accidente cubierto o del tratamiento de las lesiones por él producidas.
- j) Accidentes que el Asegurado provoque –por acción u omisión– dolosamente o con culpa grave o el Asegurado sufra en empresa criminal. No obstante, quedan cubiertos los actos realizados para precaver el siniestro o atenuar sus consecuencias o por un deber de humanidad generalmente aceptado.
- k) Lesiones autoinfligidas, aun cuando sean cometidas en estado de enajenación mental.
- l) Accidentes causados por vértigos, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que ocurran por estado de enajenación mental, salvo que tales trastornos sean consecuencia inmediata de un Accidente cubierto, tal como se lo define en el Artículo “Definiciones”, de las Condiciones Generales.
- m) Estado de ebriedad o por estar el Asegurado bajo la influencia de estupefacientes o alcaloides.
- n) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado tome parte en carreras, ejercicios o juegos atléticos de acrobacia o que tengan por objeto pruebas de carácter excepcional, de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo, o mientras participe en viajes o excursiones a regiones o zonas inexploradas.
- o) Accidentes derivados de la navegación aérea no realizada en líneas de transporte aéreo regular, ya sea en calidad de tripulante, pasajero o mecánico, salvo acuerdo en contrario.
- p) Accidentes derivados del uso de motocicletas y motonetas, salvo acuerdo en contrario.
- q) Accidentes derivados de la práctica de deportes salvo juegos de salón, la práctica normal y no profesional de atletismo, básquetbol, bochas, bolos, canotaje, caza menor, ciclismo, deporte náutico a vela y/o motor por ríos o lagos, equitación, esgrima, excursiones a montañas por carreteras y senderos, fútbol, gimnasia, golf, handball, hockey sobre césped, natación, paddle, patinaje, pelota a paleta, pelota al cesto, pesca (salvo en altamar), remo, squash, tenis, tiro (en polígonos habilitados), volleyball y waterpolo.
- r) Accidentes derivados de la realización de trabajos en altura superiores a los 6 (seis) metros, salvo acuerdo en contrario.
- s) Todo y cualquier acto o hecho de guerra, de guerra civil, de guerrillas, de rebelión, insurrección o revolución, de conmoción civil o de terrorismo.
- t) Todo y cualquier acto o hecho de sedición, motín, vandalismo o lock-out, cuando el Asegurado participe como elemento activo.
- u) Accidentes causados por fenómenos sísmicos, inundaciones u otros fenómenos naturales de carácter catastrófico.
- v) Accidentes derivados de la tenencia, uso o manipulación de armas o explosivos.
- w) Los accidentes que le ocurran al Asegurado mientras participe en su condición de integrante de las Fuerzas Armadas y que hayan sido provocados durante tumultos populares, rebelión, sedición, motín, insurrecciones y maniobras militares con simulacros de combate.

Artículo 4º) Solicitud del Beneficio. Comprobaciones para la verificación del siniestro.

Toda solicitud de pago del Beneficio previsto en este Módulo deberá ser comunicada a la Compañía, a más tardar, dentro de los quince (15) días posteriores a la fecha de inicio del estado de invalidez transitoria causada por accidente. El Asegurado perderá el derecho a ser indemnizado si omite hacer la comunicación en ese plazo, salvo que acredite caso fortuito, fuerza mayor, imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia, o la demora no impidiera a la Compañía realizar las comprobaciones necesarias para la verificación del siniestro. Asimismo, corresponde al Asegurado:

- a) Presentar, a pedido de la Compañía, la documentación que sea necesaria y razonable para la comprobación del accidente y del estado de incapacidad transitoria y su fecha de inicio;
- b) Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta dos (2) exámenes médicos a cargo de profesionales designados por la Compañía y a cargo de ésta. Adicionalmente, mientras el Asegurado se encuentre percibiendo el beneficio que contempla este Módulo,

la Compañía podrá solicitarle documentación para comprobar la continuidad del estado de invalidez transitoria o bien examinarlo en su hogar por un médico designado por ella, con una frecuencia no mayor a una vez cada tres (3) meses.

El Asegurado podrá solicitar a la Compañía el pago de un anticipo del beneficio que contempla este Módulo cuando se verifique que tiene derecho, como mínimo, a diez (10) días de beneficio diario. Acordado el pago del primer anticipo, los siguientes podrán solicitarse a la Compañía cada treinta (30) días.

Artículo 5º) Terminación de la Cobertura

Además de las demás causales de terminación de la cobertura, estipuladas en las Condiciones Generales, la Cobertura del presente Módulo terminará a partir del momento en que el Asegurado haya recibido la totalidad del beneficio provisto por este Módulo.