

XX de XXXX de 202X

XXXXX XXXXXXXXXXXXX
XXXXXX XXXXXX XXXXXXX
BUENOS AIRES, (XXXX)

*BFAAR0074732*****

REF: Certificado Número: BFAAR007473*****

Estimada/o: XXXX XXXXXXXX

Es verdaderamente un placer para **Chubb Seguros Argentina S.A.** darle la bienvenida a nuestro selecto grupo de asegurados bajo el plan de referencia. Este plan de seguros único se encuentra respaldado por el profesionalismo, experiencia y solidez de Chubb, ofreciéndole cobertura 24 horas al día durante todo el año.

Adjunto a la presente comunicación usted encontrará su certificado individual con el detalle de riesgos amparados, sumas aseguradas y costo, y un resumen de sus condiciones de cobertura. Le recomendamos conservarlo junto con sus documentos relevantes. Encontrará también un formulario de designación de beneficiarios, el cual agradeceremos complete y nos remita fax al 5288-7051/7052 o por correo electrónico a **gestiones@seguroschubb.com.ar**, a los fines de mantener actualizada esta información tan importante para usted.

Por cualquier consulta o inquietud no dude en contactarse a nuestro Centro de Atención al Cliente al **0800-888-2231** o al **0800-888-2239** de lunes a viernes 09 a 21hs., por mail a **gestiones@seguroschubb.com.ar** o por correo postal a **Leandro N. Alem 855 Piso 19º, C1001AAD.**

Le agradecemos la confianza que ha depositado en nosotros y lo invitamos a que continúe disfrutando de la tranquilidad que usted y sus seres queridos se merecen, protegido por el respaldo de **Chubb Seguros Argentina S.A.**

Cordialmente,



Rodolfo Arena
Director de Seguros a Personas
Chubb Seguros Argentina S.A.

SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES**CERTIFICADO DE INCORPORACIÓN****Póliza Nro.:**
Fecha de emisión:**Tomador:** Banco Comafi
CUIT: 30-60473101-8
Domicilio: Roque Saenz Peña 660**Asegurado:**
NOMBRE:
DNI:
DOMICILIO:
XXXXXX
BUENOS AIRES, XXXX**Certificado de incorporación Nro.:** BFAAR007473******Inicio de Vigencia de la cobertura (*):****Premio mensual:** \$ ***,00
Moneda: Pesos ArgentinosPersonas Asegurables:

Descripción	Mínima de Ingreso (*)	Máxima de Ingreso (*)	Máxima de permanencia (**)
Grupo I	18	69	70

(*) Condiciones Generales – Cláusula 2 (Definiciones) – Punto 2.1.4.

(**) Condiciones Generales – Cláusula 17 (Terminación de la Cobertura Individual) – Punto 17.1.a.

Condiciones Generales Comunes (CCGG)**Cláusulas Anexas a las Condiciones Generales Comunes:**

ACGC – 002	Seguro Colectivo
ACGC – 005	Cláusula de Interpretación
ACGC – 009	Cláusula de Cobranza del Premio - Con Pago de la Prima a cargo del Asegurado en Pólizas Colectivas
ACGC – 011	Cláusula de Renovación Automática

Condiciones Generales Específicas

El ámbito y el período de cobertura serán los establecidos en la cláusula de definiciones de la Condición General Específica contratada, cuyo texto se transcribe a continuación, resultando de aplicación a todas las coberturas contratadas:

Ámbito geográfico - República Argentina

Período de cobertura:

CGE - 001	Cobertura durante las 24hs
-----------	----------------------------

Riesgos cubiertos y condiciones de cobertura

COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL – CE 001	
Suma Asegurada (Cláusula 2: Riesgos Cubiertos- Límites Indemnizatorios – Punto 2.2)	\$ *****
COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE – TOTAL Y PARCIAL – CE 005	
Suma Asegurada (Cláusula 1: Riesgos Cubiertos- Límites Indemnizatorios – Punto 1.2)	\$ *****
COBERTURA DE RENTA POR INTERNACIÓN (DIARIA) – CE 007	
Suma Asegurada (Cláusula 2: Riesgos Cubiertos- Límites Indemnizatorios – Punto 2.2)	\$ **.000
Máximos días cubiertos (Cláusula 3: Carácter del beneficio – Punto 3.2)	30 días
Período de espera (Cláusula 3: Carácter del beneficio – Punto 3.2)	3 días
COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS – CE 009	
Suma Asegurada (Cláusula 1: Definiciones – Punto 1.1.1)	\$ **.000
Deducible (Cláusula 2: Riesgos Cubiertos-Límites Indemnizatorios – Punto 2.2)	\$ ****

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

- a) Entidades especializadas en cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION.
- b) Entidades financieras sometidas al régimen de la Ley N° 21.526.
- c) Tarjetas de crédito, débito o compras emitidas en el marco de la Ley N° 25.065.
- d) Medios electrónicos de cobro habilitados previamente por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION a cada entidad de seguros, los que deberán funcionar en sus domicilios, puntos de venta o cobranza. En este caso, el pago deberá ser realizado mediante alguna de las siguientes formas: efectivo en moneda de curso legal, cheque cancelatorio Ley N° 25.345 o cheque no a la orden librado por el asegurado o tomador a favor de la entidad aseguradora.

Cuando la percepción de premios se materialice a través del SISTEMA UNICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (SUSS) se considerará cumplida la obligación establecida en el referido artículo 1 de la Resolución del Ministerio de Economía N° 407/2001.

La Entidad Aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado que atenderá las consultas y reclamos que presenten los tomadores de seguros, asegurados, beneficiarios y/o derechohabientes. En caso de no haber sido resuelto el mismo o que haya sido denegada su admisión o desestimado, total o parcialmente, podrá acudir al Departamento de Orientación y Asistencia del Asegurado (D.O.A.A.), dependiente de la Superintendencia de Seguros de la Nación. A tal fin deberá dirigirse a: Av. Julio A. Roca 721, (C1067ABC) Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el horario de 10:30 a 17:30 hs; O bien comunicándose telefónicamente al 0-800-666-8400 o 4338-4000 (líneas rotativas), por correo electrónico a "consultasydenuncias@ssn.gob.ar" o vía Internet a la siguiente dirección: www.ssn.gob.ar. A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora"

IMPORTANTE: Cuando el texto de la póliza difiera del contenido de la propuesta o solicitud del seguro, la diferencia se considerará aprobada por el Tomador, si no reclama dentro del mes de haber recibido la póliza (Art. 12º de la Ley de Seguros)

La Presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8 del Reglamento General de la Actividad Aseguradora.

COMUNICACION AL ASEGURADO: El asegurado que se identifica en este "Certificado de Incorporación" tiene derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro

SEÑOR ASEGURADO: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad.

Los asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la entidad aseguradora, dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 (C.P. 1067), Ciudad de Buenos Aires; por teléfono al 4338-4000 (líneas rotativas), en el horario de 10:30 a 17:30; o vía Internet a la siguiente dirección: www.ssn.gov.ar

010 - Aviso de protección de datos

Chubb Seguros Argentina S.A. ("Chubb") recaba y procesa la información personal que usted le proporciona (en forma directa o indirecta mediante su Corredor de Seguros) a fin de ofrecerle servicios de seguros y de siniestros. Chubb mantendrá la confidencialidad de esta información de conformidad con la legislación sobre privacidad de datos de la Argentina. En caso de brindar información incompleta, falsa o incorrecta, Chubb podrá no estar en condiciones de ofrecerle cobertura, o bien el contrato podrá declararse nulo y sin valor (artículo 5º, ley 17.418).

A los efectos de administrar su póliza, Chubb utilizará y almacenará su información personal en una base de datos electrónica segura. Usted podrá acceder a la información personal provista mediando una solicitud razonable. A tal fin, puede comunicarse con el Departamento "Suscripción" de Chubb a la dirección contactoargentina@chubb.com. Para poder darle a usted acceso a la red mundial de conocimiento y experiencia en materia de seguros, Chubb podrá poner su información personal a disposición de representantes autorizados selectos de las aseguradoras miembro de Chubb Group of Insurance Companies que operan fuera de la Argentina como así también a reaseguradores. Chubb protegerá su información personal de conformidad con su política de protección de datos.

Chubb no dará a conocer información personal sensible relacionada con usted sin su consentimiento expreso, según lo exija la ley.

En los casos en que la solicitud de cotización o cobertura de seguro fuere presentada por una persona jurídica y contenga información personal o sensible acerca de personas físicas, la aceptación de la cotización y el pago de la prima de la póliza implican que tal persona jurídica ha notificado a los individuos cuya información personal proporciona y a los efectos dispuestos anteriormente ha obtenido de ellos el respectivo consentimiento.

Esta póliza ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación por Resolución/Proveído N° PV-2018-62440350-APN-GTYN#SSN

CENTRO DE ATENCION AL CLIENTE

De Lunes a Viernes de 09.00 a 21.00

0800-888-2231

Formulario de Designación de Beneficiarios

XX de XXXXXX de 2022

NOMBRE:

DNI:

Certificado Número BFAAR007473****

Nombre y Apellido	Parentesco	DNI	Fecha Nacimiento	Porcentaje de beneficio

Firma del Asegurado

Fecha

Envíe por fax al 5288-7051/7052 o por correo electrónico a gestiones@seguroschubb.com.ar
Chubb Seguros Argentina S.A., Edificio Torre Alem Plaza, Av. Leandro N. Alem 855 Piso 19º,
C1001AAD, Buenos Aires, Argentina.

SERVICIO PARA PÓLIZAS DE ACCIDENTES PERSONALES:

- **Traslado médico terrestre (ambulancia):** En caso que el BENEFICIARIO/ADHERENTE sufra un accidente que le provoque lesiones o traumatismos tales que requieran su hospitalización, a solicitud del BENEFICIARIO/ADHERENTE, CARDINAL ASSISTANCE 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, CARDINAL ASSISTANCE coordinará el traslado por medio de los servicios médicos públicos en la localidad, El presente servicio se prestará: SIN LÍMITE DE COSTO POR EVENTO Y HASTA 3 (TRES) EVENTOS POR AÑO. En el presente servicio no se contemplan traslados programados.
- **Segunda opinión médica nacional:** Segunda Opinión Médica Nacional brinda al BENEFICIARIO/ADHERENTE que padece una enfermedad seria, compleja o crónica, acceso a médicos independientes que revisarán su caso, confirmarán o modificarán el diagnóstico y recomendarán los mejores pasos a tomar para el tratamiento. El BENEFICIARIO TITULAR /ADHERENTE deberá reunir toda la información, documentación y protocolos médicos disponibles sobre su afección y un Comité médico evaluará el caso y seleccionará los mejores especialistas disponibles adecuados para la condición del paciente. El BENEFICIARIO TITULAR/ADHERENTE podrá solicitar una segunda opinión médica referente tanto al diagnóstico como al tratamiento de alguno de los procesos o enfermedades graves que se enumeran a continuación: Oncología; Enfermedades cardíacas; Enfermedades neurológicas y cerebro vasculares; ortopédica compleja; Síndromes y malformaciones congénitas; Enfermedades degenerativas: Enfermedades y problemas derivadas de la insuficiencia renal. Médicos de reconocido prestigio nacional, en la enfermedad de que se trate, valorarán el diagnóstico y tratamiento establecido, emitiendo el oportuno informe en un plazo de tiempo de diez días hábiles desde la recepción de toda la documentación necesaria. Dicho informe se efectuará siempre sobre la Base del historial médico del paciente y el correspondiente primer diagnóstico efectuado por los médicos que le hayan atendido. El presente servicio se prestará: HASTA \$ 2.000 (PESOS DOS MIL)y hasta UN (1) EVENTO AL AÑO.
- **Envío de medicamentos y exámenes de laboratorio a domicilio:** En caso de ser recetado algún medicamento al BENEFICIARIO TITULAR /ADHERENTE derivado de la prestación médica o que haya tenido algún examen médico con resultado pendiente, CARDINAL ASSISTANCE gestionará y coordinará la entrega del medicamento y/o examen directamente al domicilio del BENEFICIARIO TITULAR /ADHERENTE. El costo de los medicamentos será a cargo del BENEFICIARIO TITULAR / ADHERENTE. El costo del envío será a cargo de CARDINAL ASSISTANCE En todos los casos se buscará obtener un costo preferencial. El presente servicio se prestará: HASTA 2(DOS) EVENTOS AL AÑO Y CON COSTO PREFERENTE.
- **Cuidados prolongados y acompañante nocturno durante la internación:** En caso de hospitalización o inmovilización del BENEFICIARIO TITULAR/ ADHERENTE y

motivo por el que vea impedidas sus actividades de la vida diaria (bañarse, Vestirse, Alimentarse, Desplazarse, y/o realizar sus necesidades fisiológicas) CARDINAL ASSISTANCE pondrá a disposición del BENEFICIARIO TITULAR / ADHERENTE un acompañante de salud nocturno durante el período de internación, quien brindará contención y apoyo, tanto al paciente como a su grupo familiar. Su función será acompañar al paciente en el horario nocturno en su internación, asistiéndolo en lo que requiera. - el presente servicio se prestará HASTA \$ 1.200 (PESOS MIL DOSCIENTOS) Y HASTA 1 (UN) EVENTO POR AÑO. El servicio sólo se prestará cuando el evento de (hospitalización ó inmovilización) se encuentre debidamente documentado, pudiendo solicitar al BENEFICIARIO TITULAR/ADHERENTE que aporte toda aquella documentación requerida por CARDINAL ASSISTANCE, para acreditar dicha situación preferencial.

- **Phono med:** En caso que el BENEFICIARIO TITULAR /ADHERENTE requiera que se le absuelva alguna consulta médica vía telefónica, CARDINAL ASSISTANCE pondrá a disposición del BENEFICIARIO TITULAR /ADHERENTE un médico; El mismo que responderá todas sus inquietudes, le prestará asesoría preliminar y/o indicaciones médicas de primera necesidad. Además, si se requiere, le entregará información acerca de medicamentos, su utilización y diversos tópicos relacionados con la salud (Información de medicamentos, información toxicológica) las 24 horas del día y los 365 días del año. El presente servicio se prestará hasta el siguiente límite: SIN LÍMITE DE COSTO.Y HASTA 6(SEIS) EVENTOS AL AÑO
- **Recordatorio de citas, análisis e ingesta de medicamentos:** Cuando el BENEFICIARIO TITULAR /ADHERENTE necesite que se le recuerden telefónicamente citas programadas para visitas médicas, exámenes de laboratorio o ingesta de medicamentos, a su solicitud, CARDINAL ASSISTANCE armará el calendario de llamadas y se comunicará con el BENEFICIARIO/ADHERENTE para hacer el recordatorio. El presente servicio se prestará exclusivamente de manera telefónica SIN LÍMITE DE MONTOS Y SEIS (6) EVENTOS POR AÑO
- **Referencias médicas de farmacias, especialistas, hospitales y clínicas a nivel nacional:** Cuando el BENEFICIARIO TITULAR /ADHERENTE lo requiera, CARDINAL ASSISTANCE le proporcionará información de médicos especialistas como odontólogos, cardiólogos, pediatras, ginecólogos, dermatólogos, etc. Los honorarios del médico que atienda al BENEFICIARIO TITULAR /ADHERENTE y cualesquiera otros gastos médicos en que se incurra, serán pagados por el BENEFICIARIO TITULAR /ADHERENTE con sus propios recursos y bajo su propio riesgo de las consecuencias que se deriven. CARDINAL ASSISTANCE no asumirá responsabilidad alguna en relación con la atención prestada o falta de la misma por parte de los médicos o centros médicos contactados directamente por el BENEFICIARIO TITULAR /ADHERENTE. Así mismo proporcionará información actualizada de farmacias de turno, centros de salud especializados y cualquier tipo de información de dominio público para referir al BENEFICIARIO TITULAR /ADHERENTE los datos que necesite. El presente servicio se prestará SIN LÍMITE DE MONTOS Y SIN LÍMITE EVENTOS POR AÑO.
-
- **Coordinación de citas médicas, turnos , análisis clínicos:** Cuando el BENEFICIARIO TITULAR /ADHERENTE lo requiera, CARDINAL ASSISTANCE coordinará citas médicas, turnos , análisis clínicos. Los honorarios del médico que atienda

al BENEFICIARIO TITULAR /ADHERENTE y cualesquiera otros gastos médicos en que se incurra, serán pagados por el BENEFICIARIO TITULAR /ADHERENTE con sus propios recursos y bajo su propio riesgo de las consecuencias que se deriven. CARDINAL ASSISTANCE no asumirá responsabilidad alguna en relación con la atención prestada o falta de la misma por parte de los médicos o centros médicos contactados directamente por el BENEFICIARIO TITULAR /ADHERENTE. El presente servicio se prestará SIN LÍMITE DE MONTOS Y HASTA 6 (SEIS) EVENTOS POR AÑO.