

XX de XXXXXX de 202X

XXXXXXXX XXXXXXXX

AV XXXXXXXX XXXXXX CAPITAL FEDERAL
CAPITAL FEDERAL, (XXXX)

BCFAR007450XXXX

REF: Certificado Número: BCFAR007450XXXX

Estimada/o: XXXXXX XXXXXX

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.**



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:

CAPITAL FEDERAL
 CAPITAL FEDERAL, XXXX

Certificado de incorporación Nro.: BCFAR007450****

Inicio de Vigencia de la cobertura (*):

Premio mensual: \$****,**
 Moneda: Pesos Argentinos

Personas Asegurables:

Descripción	Mínima de Ingreso (*)	Máxima de Ingreso (*)	Máxima de permanencia (**)
Titular	18	80	85
Cónyuge o Conviviente	18	80	85
Hijo/s	1	18	23

(*) 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 – 007	Cláusula de Cobranza del Premio
ACGC – 010	Cláusula de Prórroga Automática
ACGC – 011	Cláusula de Renovación Automática
ACGC – 012	Cláusula del Tomador como Beneficiario en Primer Término
ACGC – 013	Cláusula de Ajuste de las Sumas Aseguradas I - Porcentaje Fijo

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 – Asegurado Titular:

COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL – CE 001	
Suma Asegurada (Cláusula 2: Riesgos Cubiertos- Límites Indemnizatorios – Punto 2.2)	\$ *****

Cláusulas adicionales y Suplementos – Asegurado Titular:

INCLUSION DEL CÓNYUGE O CONVIVIENTE Y DE LOS HIJOS – CA 009
--

(*) Las cláusulas adicionales aplican exclusivamente sobre la cobertura COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL – CE 001

Riesgos cubiertos y condiciones de cobertura – Cónyuge o Conviviente:

COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL – CE 001	
Suma Asegurada (Cláusula 2: Riesgos Cubiertos- Límites Indemnizatorios – Punto 2.2)	\$ N.A.

Riesgos cubiertos y condiciones de cobertura – Hijos del Asegurado Titular:

COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL – CE 001	
Suma Asegurada (Cláusula 2: Riesgos Cubiertos- Límites Indemnizatorios – Punto 2.2)	\$ N.A.

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.

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

Esta póliza ha sido aprobada tácitamente por la Superintendencia de Seguros de la Nación según lo dispuesto en la Resolución N° 40.375/2017 del 31 de Marzo 2017.

*** 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.

CENTRO DE ATENCION AL CLIENTE

De Lunes a Viernes de 09.00 a 21.00

0800-888-2231



Chubb
Av. L. N. Alem 855, Piso 19
C1001AAD Buenos Aires
Argentina

T +5411.4114.4000
www.chubb.com/ar

Formulario de Designación de Beneficiarios

XX de XXXXX de 202X

NOMBRE:

DNI:

Certificado Número BCFAR007450****

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.

Condiciones Generales

Asistencia Odontológica, kinesiología, oftalmología y cobertura farmacéutica

Artículo 1º - Beneficiario

Se entiende por beneficiario al titular declarado debidamente por ACE-CHUBB. El beneficiario debe tener domicilio legal y residencia habitual y permanente en la República Argentina.

Artículo 2º – Área de Cobertura

Las prestaciones detalladas en el presente anexo se brindarán en el domicilio particular declarado por el titular al momento de contratar el servicio, o en el domicilio que informe al momento de requerir la prestación, el cual deberá encontrarse dentro de la localidad donde resida el beneficiario, o donde el Prestador indique.

Artículo 3º – Operativa del servicio

Los servicios aquí incluidos deberán ser, en todos los casos, solicitados al Prestador telefónicamente a través de su central operativa por teléfono al 0810-222-0664, y previamente autorizados por la central operativa. Para solicitar la asistencia correspondiente el beneficiario deberá en todos los casos indicar sus datos personales, el número de póliza, DNI o cédula de identidad del titular y la clase de servicio que necesita.

Artículo 4º – Obligaciones del Beneficiario

Para permitir al Prestador asistir al beneficiario, queda expresamente convenido para todos los servicios comprendidos a continuación, la obligación a cargo del beneficiario de:

- a) Comunicarse con la Central Telefónica de Asistencia, en los horarios convenidos para que se le asigne un lugar de asistencia de urgencia o programado antes de tomar cualquier iniciativa. Los gastos surgidos de la atención no autorizada por la misma no serán reconocidos.
- b) Aceptar las soluciones propuestas por la Central Telefónica de Asistencia y Prestador asignado.
- c) Facilitar a la Central Telefónica de Asistencia y al prestador todos los elementos necesarios para verificar fehacientemente la identidad de la persona asistida y para la rápida resolución del servicio.

Artículo 5º – Servicios de Asistencia

- a) **Asistencia Médica (Central Telefónica de Emergencias 24 hs con atención exclusiva para accidentes súbitos, no preexistencias)**

Definiciones:

Emergencia Médica (código rojo): Es todo evento súbito que compromete la vida del paciente y que debe ser resuelto de inmediato. Ej. Traumatismo de cráneo (TEC) con pérdida de conocimiento

Urgencia Médica (código amarillo): Es todo evento que debe ser atendido lo más pronto posible, pero donde no está comprometida de manera inmediata, la vida del paciente. Ej. fracturas.

Visita a domicilio (código verde): Afecciones en las que no pelagra la vida del paciente, y que impiden el traslado al consultorio o Servicio de Guardia Institucional, por sus propios medios. El médico concurrirá al domicilio en el lapso de tiempo que resulte apropiado de acuerdo a la evaluación médica de nuestro Servicio de Coordinación

Accidente: Hecho súbito que surge de manera inesperada que provoca un daño o lesión

Cobertura Plan básico

Emergencia Médica (código rojo): solo por riesgo de vida - servicio ilimitado - sin cargo sin copagos

En domicilio declarado – no incluye vía pública – no incluye preexistencias

Urgencia Médica (código amarillo): 1 servicio mensual - sin cargo - sin copagos

En domicilio declarado – no incluye vía pública – no incluye preexistencias. Asistencia no acumulable

Visita a domicilio (código verde): servicio arancelado

En domicilio declarado – no incluye vía pública – no incluye preexistencias.

Cobertura Plan Superior

Emergencia Médica (código rojo): solo por riesgo de vida - servicio ilimitado - sin cargo sin copagos

En domicilio declarado – no incluye vía pública – no incluye preexistencias

Urgencia Médica (código amarillo): 2 servicio mensual - sin cargo - sin copagos

En domicilio declarado – no incluye vía pública – no incluye preexistencias. Asistencia no acumulable

Visita a domicilio (código verde): servicio arancelado

En domicilio declarado – no incluye vía pública – no incluye preexistencias

b) Central de Turnos

Línea exclusiva de 08.00 a 20:00 hs donde el asegurado podrá comunicarse para solicitar turno con médico clínico y especialista (estos últimos acorde a criterio medico con indicación adjunta por prestador de Cardinal)

Cobertura Plan básico

Hasta 2 (dos) consultas mensuales sin cargo – sin copago – sin periodos de carencia

La cobertura cesa al alcanzar el tope global anual - no incluye preexistencias

Cobertura Plan Superior

Hasta 3 (tres) consultas mensuales sin cargo – sin copago – sin periodos de carencia

La cobertura cesa al alcanzar el tope global anual - no incluye preexistencias

c) Asistencia odontológica

Atención de urgencias para el tratamiento del dolor (no contempla arreglos definitivos), coordinadas por nuestra Central Telefónica de Asistencia, o por reintegro en el prestador elegido por el asegurado previo aviso a la Central Telefónica

Incluye en prestadores asignados por Cardinal:

Examen clínico / Diagnóstico / Plan de tratamiento (programado ambulatorio) / Certificados bucodentales (programado ambulatorio)

Extracciones dentarias (programado ambulatorio)

Obturación de caries con amalgama: Simples / Compuestas / Complejas (programado ambulatorio)

Radiografías: Periapicales (hasta dos) / Oclusales (1) / Bite wing

Endodoncia (tratamiento de conducto)

Cobertura Plan básico

Atención de urgencias para el tratamiento del dolor en prestador asignado por Cardinal o por reintegro en un prestador elegido por el asegurado con un subtope de \$5.000 anual. La atención es ilimitada para el tratamiento del dolor, es decir, el asegurado puede concurrir por guardia cuantas veces le duela. En guardia, el especialista realizara las prácticas y exámenes necesarios para menguar o erradicar el dolor siempre y cuando no supere su tope de cobertura global

Sin Cargo - sin copago – sin periodos de carencia

En caso de necesitar un tratamiento para arreglos o cita para control se realizara mediante turno programado asignado por la Central de Cardinal y cubrirá hasta 2 (dos) eventos al año.

Cobertura Plan Superior

Atención de urgencias para el tratamiento del dolor en prestador asignado por Cardinal o por reintegro en un prestador elegido por el asegurado con un subtope de \$10.000 anual. La atención es ilimitada para el tratamiento del dolor, es decir, el asegurado puede concurrir por guardia cuantas veces le duela. En guardia, el especialista realizara las prácticas y exámenes necesarios para menguar o erradicar el dolor siempre y cuando no supere su tope de cobertura global

Sin Cargo - sin copago – sin periodos de carencia

En caso de necesitar un tratamiento para arreglos o cita para control se realizara mediante turno programado asignado por la Central de Cardinal y cubrirá hasta 3 (tres) eventos al año.

d) Fisiología y kinesiología

Asistencia ambulatoria programada de fisiología – kinesiología

Plan Básico:

Modulo anual de hasta 20 sesiones sin cargo, derivadas de lesión súbita y hasta 10 sesiones sin cargo, en caso de preexistencias o cuadros crónicos.

Plan Superior:

Modulo anual de hasta 40 sesiones sin cargo, derivadas de lesión súbita y hasta 20 sesiones sin cargo, en caso de preexistencias o cuadros crónicos.

Terapias Neurológicas: modulo anual de hasta 10 sesiones sin cargo

Terapias Respiratorias: modulo anual de hasta 10 sesiones sin cargo

En todos los casos, para su tratamiento, será necesaria una orden médica, indicada por un profesional asignado por nuestra Central Telefónica de Asistencia.

e) Oftalmología

Oftalmología

Emergencias oftalmológicas: Son aquellas emergencias médicas oculares o situación imprevista caracterizada por ojo rojo, o dolor agudo y espontáneo con o sin afección de los tejidos blandos a causa de: infecciones o inflamaciones oculares (conjuntivitis y uveítis de cualquier etiología), quemaduras químicas, traumatismo o herida ocular, cuerpo extraño (corneal), queratitis de cualquier etiología, úlceras corneales u otras afecciones corneales, que hace necesario la asistencia oftalmológica inmediata a través del diagnóstico e indicación oportuna de tratamiento. Estas consultas son atendidas ambulatoriamente en centros especializados asignados por nuestra central telefónica.

Emergencia oftalmológica con procedimiento: Son aquellas emergencias que van acompañadas de extracción de cuerpos extraños corneales superficiales. La atención de las emergencias en horarios nocturnos y días no hábiles son asistidas telefónicamente y derivadas por nuestra central de emergencias 24 hs al Centro Médico más cercano al domicilio del accidentado y en ocasiones (según el profesional a cargo lo indique) en forma programada ambulatoria

Exclusiones:

- Procedimientos quirúrgicos oculares y/o cirugías electivas oculares de cualquier índole.
- Procedimientos quirúrgicos oculares que sean generados por emergencias oftalmológicas y necesiten tratamiento quirúrgico u hospitalización del afiliado
- Emergencias producidas por crisis aguda glaucomatosa
- Consulta y/o evaluación por motivos estéticos
- Consultas y/o tratamientos de afiliados con infecciones por VIH-SIDA.
- Hospitalización
- Cirugía Láser
- Cirugía Cosmética
- Terapias y/o Rehabilitación Visual
- Estudios histopatológicos o biopsias
- Radioterapias y/o Quimioterapias
- Prótesis Oculares
- Lente intraocular
- Tratamiento de enfermedades congénitas

Plan Básico:

Incluye hasta 2 consulta mensuales. La cobertura cesa al alcanzar el tope global anual

Plan Superior

Incluye hasta 3 consulta mensuales. La cobertura cesa al alcanzar el tope global anual

f) Óptica

Para beneficiarios activos en padrón, con una antigüedad laboral superior a 6 meses, la cobertura incluye un par de lentes anual:

Plan Básico:

(Un par de lentes monofocales orgánicos o minerales con antirreflejo (hasta +10 / -10 dioptrías) + armazón estándar sujeto a stock con 1 año de garantía)

Plan Superior

(Un par de lentes monofocales o bifocales orgánicos o minerales con antirreflejo (hasta +10 / -10 dioptrías) + armazón estándar sujeto a stock con 1 año de garantía)

g) Cobertura Farmacéutica

Cobertura 100% de medicamentos derivados de lesiones súbitas incluidos en PMO no incluye preexistencias ni crónicas.

Plan Básico:

\$ 1000 por evento

Plan Superior

\$ 2000 por evento

Exclusiones:

- Medicamentos y/o Productos de Venta Libre
- Pastas, Polvos o Líquidos Dentífricos.
- Fórmulas Especiales o artículos para limpiar o fijar dentaduras.
- Callicidas
- Cepillos de todo tipo.
- Productos de perfumería, tocador y belleza.
- Productos para la estética corporal.
- Accesorios médicos tales como instrumental de cirugía, jeringas, productos para diagnóstico, termómetros, atomizadores, inhaladores, nebulizadores.
- Herboristería, Recetas Magistrales y productos Homeopáticos.
- Productos para contraste radiológico y de diagnóstico.
- Productos o sustancias alimenticias y dietéticas en general.
- Material radiactivo.
- Gammaglobulinas inespecíficas o polivalentes.
- Medicamentos importados no autorizados por Salud pública.
- Anorexígenos.
- Productos para la disfunción sexual masculina.
- Anestésicos.
- Parches de nicotina
- Productos alimenticios
- Hemoderivados y sustitutos de la sangre.
- Productos de presentación y/o uso hospitalario.
- Prótesis y ortesis
- Retrovirales
- Vacunas
- Psicofármacos

h) Estudios y análisis clínicos

Se coordinaran análisis clínicos con ordenes emitidas por medico de la red de Cardinal Comprende aquellos contemplados en el Nomenclador Nacional

Plan Básico:

1 hemograma básico por año
1 ECG (sin informe) por año

Plan Superior

1 hemograma básico por año
1 ECG (sin informe) por año

Exclusiones:

- Endocrinología y metabolismo
- Hematología
- Inmunología
- Drogas
- Bacteriología y virología especializada

Artículo 6º – Exclusiones y limitaciones de asistencia médica prestaciones

La siguiente propuesta está abocada únicamente a la asistencia Médica, Odontológica, Kinesiología, Oftalmología y cobertura Farmacéutica

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

- Todo tipo de internación clínica, incluso la de urgencia o de emergencia o internación quirúrgica y cirugía.
- Terapia intensiva o unidad coronaria en centros asistenciales.
- Terapias alternativas.
- Maternidad, parto, patología del embarazo.
- Tratamiento neonatal
- Transplantes
- Traslados programados en ambulancias o traslados en ambulancias para efectuar estudios complementarios de diagnóstico y tratamiento.
- Hemodiálisis y diálisis peritoneal.
- Prácticas en etapa experimental.
- Todo tipo de tratamientos (Histocompatibilidad, esterilidad, geriatría, obesidad alteraciones y/o enfermedades derivadas del alcoholismo, toxicomanía e intoxicaciones autoprovocadas, HIV, enfermedades oncológicas, trastornos de la alimentación, entre otros.
- Lesiones causadas por el estado de enajenación mental, en estado de ebriedad o bajo influencia de estupefacientes o alcaloides; Lesiones autoprovocadas o causadas por tentativa de suicidio o por la participación en la comisión de delitos o riñas, salvo a aquellos casos de legítima defensa.
- Prótesis y órtesis de cualquier naturaleza.
- Prácticas de alta incidencia y bajo costo.
- Las prácticas de diagnóstico y laboratorio.

Artículo 7º - Fuerza Mayor

La prestación del servicio de emergencia médica quedará suspendido en todos sus efectos en caso de cataclismos, desastres climáticos, catástrofes epidémicas, revoluciones, guerras, huelgas generales, lockout, apagones generalizados, atentados terroristas, situaciones de desorden público y, en general, por la ocurrencia de aquellos hechos que puedan ser considerados caso fortuito o fuerza mayor, eximiendo de responsabilidad al Prestador. La suspensión de los servicios contratados por causa de fuerza mayor mencionada solo resultará aceptable, eximiendo de responsabilidad al Prestador, en el ámbito geográfico en que ocurra tal hecho considerado caso fortuito o fuerza mayor.

Artículo 8º - Subrogación.

Cuando las prestaciones establecidas en estas Condiciones Generales estén también cubiertas total o parcialmente por una póliza de seguros o cualquier otro medio el beneficiario se obliga a efectuar todas las gestiones y reclamos necesarios ante la

compañía de seguros o tercero que corresponda para lograr que estos respondan directamente y en primer término por el cumplimiento de las obligaciones correspondientes. Asimismo El Prestador se subroga, contra cualquier tercero, en los derechos y acciones que hayan motivado su intervención los cuales son cedidos irrevocablemente desde ya por el beneficiario o sus herederos, hasta el costo total de los servicios por ella suministrados.

Artículo 9° - Circunstancias Excepcionales.

El Prestador queda eximida de toda responsabilidad por casos fortuitos o de fuerza mayor, tales como huelgas, actos de sabotaje, guerras, catástrofes de la naturaleza, dificultades en los medios de comunicación, piquetes, actos de terrorismo, etc. Cuando elementos de esta índole interviniesen El Prestador se compromete a ejecutar sus compromisos dentro del menor plazo que fuere posible.

Artículo 10° - Reserva.

El Prestador se reserva el derecho de exigir al beneficiario el reembolso de cualquier gasto efectuado indebidamente, en caso de haberse prestado servicios no contratados, y/o fuera del período de vigencia del servicio de asistencia y/o en forma diferente a lo estipulado en las presentes Condiciones Generales.

Artículo 11° - Ley y Jurisdicción aplicable.

Para todas las cuestiones de derecho, relativas a la relación contractual entre el beneficiario y El Prestador, queda pactada la aplicación de la legislación Argentina y la jurisdicción de los tribunales nacionales de primera instancia en lo comercial de la Ciudad de Buenos Aires, República Argentina, con exclusión de cualquier otro fuero o jurisdicción, renunciándose en forma expresa a cualquier otra que pudiese corresponder.