

SOLICITUD DE ADHESIÓN AL SEGURO DE SALUD+

Por el presente solicito mi incorporación al Seguro de Salud+ que Banco de Servicios Financieros S.A. (BSF o el Banco, indistintamente), CUIT 30697265895, con domicilio en Beruti 2915 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en su carácter de Tomador, ha contratado con Cardif Seguros S.A. ("CARDIF"), cuyas Condiciones Generales y Particulares se establecen en la Póliza N° 80.074/01 (la "Póliza"), notificándome en este acto y aceptando expresamente sus términos y condiciones. Asimismo, autorizo a debitar mensualmente el precio del seguro de mi Tarjeta de Crédito emitida por el tomador.

DATOS PERSONALES Y TIPO DE PRODUCTO

Nombre/s y Apellido/s:	Fecha de nacimiento:
Tipo y Número de Documento y/o CUIL	Teléfono:
Domicilio:	Provincia:
Localidad:	Código Postal
Marca de la tarjeta:	Nacionalidad:
Nro. de tarjeta: En proceso de emisión	Fecha de Solicitud:
Email:	Actividad:
Plan solicitado:	

COSTO MENSUAL DEL SEGURO SOLICITADO:

Plan B: \$54,00 (Cincuenta y cuatro pesos).

Plan D: \$99,00 (Noventa y nueve pesos).

Plan C: \$72,00 (Setenta y dos pesos).

Plan E: \$126,00 (Ciento veintiséis pesos).

Si el Asegurado no abonare la Prima del seguro, en la fecha de pago, incurre en mora y su cobertura quedará automáticamente suspendida desde la hora 24 del día de vencimiento impago. Toda rehabilitación de su cobertura entrará en vigor desde la 0 (cero) horas del día siguiente a aquel en que el Asegurado haya regularizado el pago de la totalidad de la deuda.

MEDIO DE PAGO: Tarjeta de Crédito emitida por el tomador.

INICIO DE VIGENCIA DE LA COBERTURA: Estimado Cliente, la cobertura entrará en vigencia desde la cero (0) horas del día siguiente a la fecha en que Cardif Seguros S.A. confirmare el medio de pago consignado en la presente Solicitud de Seguro. En tal caso, Cardif Seguros S.A. enviará al correo electrónico denunciado por el Asegurado los pasos a seguir para descargar su póliza de la página web bnpparibascardif.com.ar

El Asegurado autoriza y consiente recibir en soporte electrónico las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza y documentación e información relacionada con las mismas que BSF y/o CARDIF le remitan en la dirección de correo electrónico denunciada por el Asegurado en la presente Solicitud. El Asegurado se compromete a tomar las precauciones necesarias para que la información que se envíe a su correo electrónico solo sea vista por el Asegurado. El Asegurado se compromete a actualizar su dirección de correo electrónico, y quedan bajo su exclusiva responsabilidad las consecuencias que dicha acción u omisión impliquen, sin que pueda alegar falta de notificación por parte del Banco y/o CARDIF.

PERSONAS ASEGURABLES: Clientes del Tomador

EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA: Edad Mínima de Incorporación al Seguro, Desde los dieciocho (18) años de edad inclusive.

Edad Máxima de Incorporación al Seguro hasta los setenta y cuatro (74) años de edad inclusive. Edad Máxima de Permanencia hasta el día que el Deudor Asegurado cumpla los setenta y cinco (75) años de edad.

RIESGO CUBIERTO - Beneficio:

I. ENFERMEDADES GRAVES: La compañía, indemnizará al asegurado al momento del diagnóstico de la enfermedad grave por la suma de: **Plan B:** Cincuenta y siete mil pesos (\$57.000.-) por persona. **Plan C:** Setenta y seis mil pesos (\$76.000.-) por persona. **Plan D:** Ciento cuatro mil quinientos (\$104.500.-) por persona. **Plan E:** Ciento treinta y tres mil (\$133.000.-) por persona.

PERÍODO DE CARENCIA: Sesenta (60) días.

Se entiende por enfermedad grave: **Cáncer:** Se entenderá que "Cáncer" es un tumor maligno caracterizado por el crecimiento incontrolado y la propagación de células malignas y la invasión de tejidos (incluye Leucemia, los linfomas y la Enfermedad de Hodgkin). No estarán cubiertos aquellos tumores diagnosticados con anterioridad al inicio de vigencia de la cobertura de la presente Condición Específica para cada Asegurado, ni la diseminación derivada de los mismos. **Infarto de miocardio:** se entiende por tal el diagnóstico inequívoco de la muerte de una porción del músculo cardíaco, por irrigación inadecuada de la parte afectada. El diagnóstico deberá ser respaldado por la totalidad de los siguientes elementos: a) Dolor de la zona central del pecho típicamente sugestivo de infarto de miocardio; b) Elevación de las enzimas cardíacas; c) Aparición reciente de modificaciones en el electrocardiograma; y d) Prueba de reducción en la función ventricular izquierda, como reducción de la fracción de eyección del ventrículo

izquierdo o significativa hipoquinesia o aquinesia o anomalías en el movimiento de la pared. **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 6 semanas, causado por una obstrucción o ruptura cerebrovascular o por una embolia procedente de algún órgano. En caso que el Asegurado falleciera dentro del período de 6 semanas a causa de esta enfermedad, el Capital Asegurado se pagará a quien corresponda conforme lo establecido en Condiciones Generales.

II. ENFERMEDADES GRAVE CON DIAGNÓSTICO TERMINAL: La compañía, indemnizará al asegurado al momento del diagnóstico de la enfermedad grave con diagnóstico terminal por la suma de: **Plan B:** Cincuenta y siete mil pesos (\$57.000.-) por persona. **Plan C:** Setenta y seis mil pesos (\$76.000.-) por persona. **Plan D:** Ciento cuatro mil quinientos (\$104.500.-) por persona. **Plan E:** Ciento treinta y tres mil (\$133.000.-) por persona.

PERIODO DE CARENCIA: Sesenta (60) días.

Se entiende por enfermedad terminal toda aquella enfermedad que implique una sobrevida no mayor a un año y que no pueda ser prolongada mediante tratamiento médico

CLAUSULA DE ENFERMEDADES PREEXISTENTES: La Compañía no cubrirá las enfermedades o anomalías de tratamiento médico y/o quirúrgico y sus complicaciones, las que por su historia natural requieren un periodo de tiempo científicamente establecido y hayan sido diagnosticadas con anterioridad a la fecha inicio de vigencia de la cobertura. La Compañía no otorgará los beneficios previstos en esta Póliza, cuando se trate de Enfermedades Preexistentes o de Cirugías practicadas con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la cobertura de la presente Condición Específica para cada Asegurado.

MORA- PLAZO DE GRACIA: La Compañía concede al Asegurado un plazo de gracia por el término de treinta (30) días para el pago de los premios, los cuales deberán adicionarse los intereses por pago fuera término. Para el pago del primer premio, el plazo de gracia se contará desde la fecha de inicio de vigencia de la cobertura. Para el pago de los premios siguientes dicho plazo de gracia se contará a partir de la cero (0) hora del día en que venza cada uno de ellos. Vencido el plazo de gracia y no abonado el premio caducarán los derechos emergentes de esta póliza.

DENUNCIA DEL SINIESTRO: Se debe comunicar el acaecimiento del siniestro dentro de los tres (3) días de conocido, bajo pena de perder el derecho a ser indemnizado, salvo que acredite caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.

PLAZO DE PRUEBA / LIQUIDACIÓN: La Compañía, dentro de los quince (15) días de recibida la denuncia del diagnóstico de la enfermedad, de la práctica y/o Intervención Quirúrgica realizada y las constancias o comprobaciones que se establezcan en las Condiciones Específicas para cada cobertura, deberá hacer saber al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. La falta de contestación hará presumir la aceptación de la solicitud.

Si las comprobaciones exigidas en cada caso, no resultaran concluyentes en cuanto al diagnóstico o existencia de la enfermedad, de la práctica y/o Intervención Quirúrgica, la Compañía podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor de treinta y un (31) días, a fin de confirmar el diagnóstico. La no contestación, por parte de la Compañía dentro del plazo establecido, significará automáticamente el reconocimiento del beneficio reclamado.

EXCLUSIONES DE COBERTURA: La Compañía no indemnizará las prestaciones médicas cubiertas por esta póliza que sean requeridas como consecuencia de: a) Tratamiento por esterilidad, impotencia, fertilización, procedimientos anticonceptivos o por cambio de sexo y las consecuencias que deriven de ellos b) Intento de suicidio c) Consumo de sustancias psicoactivas tales como: tóxicos, estupefacientes, drogas y psicotrópicos, salvo prescripción médica d) Consumo abusivo de alcohol e) Lesiones que el asegurado se hubiera ocasionado voluntariamente o estando insano f) Actos de terrorismo, guerra civil, insurrección, tumulto popular, riña, motín, guerra que no comprenda a la Nación Argentina. En caso de comprenderla, las obligaciones de los Asegurados, como así también las de la Compañía se regirán por las normas que, en tal emergencia dictaren las autoridades competentes g) Uso de material nuclear para cualquier fin, incluyendo explosión nuclear, provocada o no, así como también la contaminación radioactiva o explosión de radiaciones nucleares ionizantes h) Epidemia, envenenamiento de carácter colectivo, catástrofes naturales y otras calamidades que afecten a la población masivamente. Quedan comprendidos dentro de la definición de catástrofe, aunque tal enumeración no resulte excluyente de otros diferentes que se pudieran verificar: los terremotos, inundaciones, aluviones, maremotos, erupciones volcánicas y huracanes i) Accidentes que resulten de competencias en aeronaves o vehículos de motor, competencias de pericia o velocidad con vehículos mecánicos o de tracción a sangre, o de justas hípicas j) Accidentes resultantes de la práctica profesional o no de deportes particularmente peligrosos y/u otras actividades riesgosas, incluyendo los entrenamientos k) Lesiones o afecciones producidas como consecuencia de prácticas y/o intervenciones experimentales o penadas por ley l) Accidentes de Trabajo, enfermedades profesionales y/o cualquier otro supuesto proveniente del ámbito cubierto por la ley 24.557, sus modificatorias y complementarias m) Enfermedades infectocontagiosas de denuncia internacional (fiebre amarilla, peste, cólera, viruela, tifus, etc.) n) Consecuencia de heridas o enfermedades auto-infringidas.

Específicas a Enfermedades Graves: Quedan excluidos de esta cobertura los siguientes Diagnósticos de Cáncer a) Etapa A del Cáncer del Cólón de la clasificación de Dukes, b) Etapa A del Cáncer de la próstata, o cánceres

prostáticos que histológicamente son descritos en la clasificación TNM como T1 (incluyendo T1 (a) ó T1 (b) o que son de otra clasificación equivalente o menor); c) Tumores que presentan los cambios malignos del carcinoma in situ (incluyendo la displasia cervical CIN-1, CIN-2 y CIN-3) o aquellos descritos como Lesiones Premalignas, tumores benignos o pólipos d) Carcinoma in situ, no invasivo e) Melanomas de menos de 1.5 mm de espesor, determinado por examen histológico, o invasión menor del nivel de Clark 3. En el caso de la cobertura de Infarto de Miocardio, queda excluida la angina de pecho estable o inestable. **Específicas a Enfermedades Terminales:** Lesiones causadas por el uso de Rayos "X" o similares o de cualquier elemento radioactivo. Inhalación de gases o envenenamiento de cualquier naturaleza.

CAUSALES DE TERMINACIÓN DE LA COBERTURA INDIVIDUAL: a) Por dejar el Asegurado de pertenecer al grupo regido por el Tomador; b) Al caducar la póliza por cualquier causa; c) Por rescisión de la presente Póliza; d) A partir de la fecha en que el Asegurado cumpla la edad máxima de permanencia establecida en las Condiciones Particulares e) Por falta de pago del premio correspondiente al Asegurado dentro del plazo de gracia. f) Por la percepción de la cantidad máxima de cuotas cubiertas por vigencia en la póliza.

RESCISIÓN: El Asegurado y el Asegurador tendrán derecho a rescindir del seguro contratado sin expresión de causa. Cuando el Asegurador ejerza este derecho; deberá notificarlo al Asegurado con antelación a la fecha en que opere la rescisión; según plazo establecido en póliza. Cuando lo ejerza el Asegurado la rescisión se producirá desde las doce horas del día siguiente a la fecha en que notifique fehacientemente su decisión al Asegurador.

En caso de siniestro, por favor, comuníquese con el Centro de Atención al Cliente de CARDIF al 0810-122-0051 de Lunes a Viernes de 9 a 21 hs. Podrá descargar su certificado de cobertura cuando lo desee ingresando a www.bnpparibascardif.com.ar; en la opción Clientes; ingresando su DNI y fecha de nacimiento.

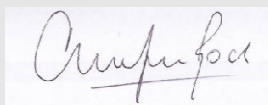
Advertencia: Los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros son los siguientes:

- a) Entidades especializadas en cobranzas, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados por la Superintendencia de Seguros de la Nación.
- 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 Nación a cada entidad de seguros, los que deberán funcionar en sus domicilios, punto 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.

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.

El Servicio de Atención al Asegurado está integrado por un RESPONSABLE y un SUPLENTE, cuyos datos de contacto encontrara disponibles en la página web www.bnpparibascardif.com.ar

En caso de que el reclamo no haya sido resuelto o haya sido desestimado, total o parcialmente, o que haya sido denegada su admisión, podrá comunicarse con la Superintendencia de Seguros de la Nación por teléfono al 0800-666-8400, correo electrónico a denuncias@ssn.gob.ar o formulario web a través de www.argentina.gob.ar/ssn.



Firma Autorizada
Cardif Seguros S.A.



Firma Autorizada
Cardif Seguros S.A.

DECLARO BAJO JURAMENTO que tengo conocimiento de la Ley N° 25.246 y normas complementarias, en materia de Prevención del Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo. A los efectos de cumplir las disposiciones vigentes en materia de Prevención del Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo, y de conformidad con lo previsto por la Resolución N° 28/2018 de la Unidad de Información Financiera, se deja constancia que al momento en que la Aseguradora deba efectuar algún pago en virtud de la póliza que se solicita y/o ante cualquier cesión de derechos o cambio de beneficiarios y/o anulación, la Compañía exigirá, en su caso, al Tomador, Beneficiario y/o Cesionario de la póliza la información establecida en la citada normativa y la documentación respaldatoria correspondiente. Se deja constancia que la información que se requiera a los fines de la normativa citada, no se considera incumplimiento de lo dispuesto en el artículo N° 21, inciso c) de la Ley N° 25.246. Se encuentra a disposición del cliente en las oficinas de la Compañía el texto completo de la Resolución N° 28/2018 de la Unidad de Información Financiera; puede consultarse también en el sitio www.uif.gov.ar

El titular de los datos personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis (6) meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto conforme lo establecido en el artículo 14, inciso 3 de la Ley N° 25.326 de Protección de Datos Personales. La AGENCIA DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA, en su carácter de Órgano de Control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que interpongan quienes resulten afectados en sus derechos por incumplimiento de las normas vigentes en materia de protección de datos personales

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 el Asegurador hubiese sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato” (Artículo 5º - primer párrafo de la Ley N° 17.418).

CONDICIONES GENERALES DEL SERVICIO DE ASISTENCIA – SALUD CARREFOUR (CAPITADO)

El siguiente clausulado que se consigna seguidamente describe las prestaciones, características, montos, topes y demás condiciones que regulan el servicio de Asistencia de Salud. Al quedar incorporado al sistema, el Beneficiario, acepta las presentes condiciones generales en todos sus términos.

DEFINICIONES DE TÉRMINOS Para los efectos de la presentación de los Servicios aquí detallados, se entenderá por:

BENEFICIARIO(s): Serán considerados beneficiarios titulares, a los efectos de esta prestación exclusivamente, las personas físicas clientes de Cardif y reúnan para el otorgamiento de la asistencia las condiciones fijadas bajo el presente instrumento asentado como vigente en los registros de Cardif Seguros al momento de su requerimiento.

SERVICIOS: Son las actividades, operaciones y funciones a cargo del Proveedor relacionadas con la asistencia, y cuya descripción, límites, alcances y condiciones se detallan en este documento.

EVENTO: Solución brindada por el prestador en relación con una solicitud de servicio de asistencia. En caso de que el Beneficiario solicitare una segunda solución para resolver la misma eventualidad, el Proveedor podrá considerarlo como un Evento adicional.

SINIESTRO: Es un acontecimiento que produce daños amparados en las presentes condiciones generales del servicio.

ACCIDENTE: Suceso imprevisto que altera la marcha normal o prevista de las cosas, causando daños a una persona y/u objeto.

URGENCIA: Es todo imprevisto que, no siendo Emergencia, afecte las instalaciones de la vivienda, impidiendo su normal funcionamiento.

EMERGENCIA: Es el imprevisto que ocasione inhabilitación de la vivienda y/o también la imposibilidad de acceso o salida de esta, como, asimismo, el eventual riesgo de vida de sus habitantes.

REINTEGRO: Monto de dinero a entregar al Beneficiario cuando hubiera abonado gastos en relación con los servicios cubiertos aquí descriptos, siempre y cuando los mismos hayan sido autorizados debidamente por el Prestador antes de ser realizados. Los Reintegros se realizarán por el proveedor en cuenta bancaria a designar por el Beneficiario titular.

EXCEDENTE: Monto a pagar por parte del Beneficiario cuando se supere el tope económico establecido en la cobertura al momento de recibir el Servicio.

IDENTIFICACIÓN COMO BENEFICIARIO: La identificación será necesaria al momento de ser solicitada la asistencia, y la misma estará dada en función de número de DNI y/o Beneficiario.

VALIDEZ TERRITORIAL: Los servicios se brindarán en la República Argentina en la vivienda declarada como domicilio real vigente por el Beneficiario en los registros de Cardif Seguros.

VIGENCIA DEL SERVICIO: Vigente el servicio, los asociados de Cardif recibirán la prestación durante todo el período en el cual permanezcan en la condición de asociado. La condición de asociado a los efectos de la prestación del Servicio de Salud se considerará a partir de las 00.00hs. (cero horas) del día siguiente de su ingreso como Beneficiario.

SOLICITUD DE ASISTENCIA: Los Servicios serán prestados por el Proveedor a los Beneficiarios, cuando así sean solicitados, las 24 horas del día durante los 365 días del año. Para solicitar un Servicio, el Beneficiario deberá comunicarse al 0800-333-0957. En todos los casos, el beneficiario deberá suministrar la siguiente información: Nombre y apellido, Número de Beneficiario y/o DNI, Motivo del llamado y tipo de urgencia solicitada, Número telefónico para eventual contacto.

PRESTACIONES COMPRENDIDAS:

CÓDIGO ROJO: Tope: Sin límite. En caso de “Accidente” o “Enfermedad” en categoría “emergencia” el Prestador coordinará los contactos necesarios con el fin de brindar atención médica de emergencia. La misma se brindará de acuerdo con las circunstancias y posibilidades de cada lugar. Se entiende por:

“accidente” evento causado por agentes externos, imprevisibles, violentos, incontrolables y extraños que generan un daño corporal en el beneficiario. “Enfermedad” cualquier problema médico contraído, conocido o no por el beneficiario. “Categoría de emergencia” síndrome agudo con riesgo de muerte.

La atención médica de emergencia consistirá en el envío al domicilio del beneficiario, un móvil de mediana o alta complejidad.

CÓDIGO AMARILLO: Tope: Sin límite.

Urgencia es toda aquella situación que no requiere la inmediatez de las emergencias médicas, pero que se puede transformar en tal para el paciente, si se la deja evolucionar de acuerdo con su historia natural. En esta categoría de asistencia se engloban todos aquellos cuadros que, aunque no presentan una sintomatología riesgosa, esta última es muy molesta para el paciente.

CÓDIGO VERDE: Tope: 1 evento por mes, sin límite por evento, 4 eventos por año.

El Proveedor a pedido del Beneficiario coordinará la visita de un médico en el domicilio declarado del Beneficiario.

En esta categoría de asistencia se engloban todos aquellos cuadros que no presentan una sintomatología de Emergencia (Riesgo de VIDA).

TRASLADO EN TAXI/ REMIS: Tope: 1 evento (7 días), \$600 por evento, \$4200 por año.

En caso de requerirlo el beneficiario, El Proveedor coordinará traslado en taxi o Remis hasta el domicilio o comisaría más cercana.

RECORDATORIO DE TOMA DE MEDICAMENTOS: Tope: Ilimitado.

En caso de así requerirlo en beneficiario, EL PROVEEDOR coordinara según agenda del mismo, el recordatorio de toma de medicamentos.

SERVICIOS DE INFORMACIÓN Y COORDINACIÓN AL BENEFICIARIO: Tope: Ilimitado

RECORDATORIO DE TOMA DE MEDICAMENTOS- COORDINACIÓN DE SERVICIO DE ENFERMERÍA - INFORMACIÓN DE CENTROS DE SALUD ESPECIALIZADOS - INFORMACIÓN DE FARMACIA CON DELIVERY, El Proveedor coordinará el servicio de enfermería a pedido del beneficiario.

URGENCIAS ODONTOLÓGICAS ANTE URGENCIAS: Tope: 1 evento por mes, \$2500 por evento, \$2500 tope anual
El Proveedor sufragara los gastos o brindará el servicio odontológico de urgencia que requiera el beneficiario, limitado al tratamiento del dolor, infección y extracción de la pieza dentaria afectada.

ASISTENCIA MÉDICA TELEFÓNICA “TELEMEDICINA”: Tope: 2 eventos por mes.

A pedido del beneficiario se brindará asistencia médica telefónica primaria.

DESCUENTO EN FARMACIAS: Tope: 6 eventos al 50%, \$1.000 por evento, \$6000 por año.

El Proveedor brindara el reintegro del descuento en farmacia descripto en topes, según solicitud del beneficiario.

SERVICIO DE ENFERMERÍA: Tope: 1 (7 días), \$1.100 por evento, \$7.700 tope anual.

El Proveedor coordinara a solicitud del beneficiario una asistencia de enfermería según topes establecidos.

ACOMPAÑANTE NOCTURNO EN CASO DE INTERNACIÓN: Tope: 1 (7 días), \$1.100 por evento, \$7.700 tope anual.

El Proveedor sufragara los gastos a solicitud del beneficiario una asistencia de acompañante nocturno en caso de internación del beneficiario según topes establecidos.

OBLIGACIONES DEL BENEFICIARIO:

El Beneficiario se obliga bajo el presente a: a) llamar a la Central del Proveedor, facilitando los siguientes datos: su nombre, domicilio y número de documento. b) Indicar el lugar en que se encuentra y un número de teléfono donde el Proveedor pueda continuar contactando al Beneficiario o a su representante. c) Describir el problema o dolencia que lo aqueja y el tipo de ayuda que solicita. El Proveedor se reserva el derecho de comprobar la veracidad de los anteriores datos y al efecto Cardif acepta la obligación de comprobar y confirmar al Proveedor, cuando éste lo solicite, el carácter de Beneficiario del solicitante y la vigencia de su cobertura.

EXCLUSIONES GENERALES:

El Proveedor no estará obligado a la prestación de los Servicios en las siguientes situaciones: a) Cuando el Asegurado no se identifique como tal. b) Cuando el Asegurado incumpla cualesquiera de las obligaciones indicadas en este condicionado. c) Cuando los Servicios sean solicitados como consecuencia directa o indirecta de huelgas, guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya declarado la guerra o no), rebelión, guerra civil, insurrección, terrorismo, pronunciamientos, manifestaciones, movimientos populares, radioactividad o cualquier otra causa de fuerza mayor. Los provocados intencionalmente por el Asegurado. Enfermedades o lesiones derivadas de acción criminal del Asegurado, sea en forma directa o indirecta; intento de suicidio y sus consecuencias; suicidio; enfermedades producidas por la ingestión de drogas, narcóticos, bebidas alcohólicas o medicinas tomadas sin orden médica.