

**CONDICIONES PARTICULARES
SEGURO COLECTIVO DE VIDA (VOLUNTARIO)****TOMADOR:** SMSV INSTITUCION MUTUALISTA**CUIT:** 30527516737**PÓLIZA N°:** 21-12.810**Póliza Anterior 21-12.809****ACTIVIDAD:** Mutual**DOMICILIO:** Avda. Córdoba 1674**CÓDIGO POSTAL:** 1055 – CAPITAL FEDERAL**ASEGURADORA:** SMSV COMPAÑÍA ARGENTINA DE SEGUROS S.A.**CUIT:** 30-70833318-9**DOMICILIO:** Córdoba 1666 – 5to piso – Ciudad Autónoma de Buenos Aires – C1055AAT**VIGENCIA:** 1/8/2026 – 31/7/2027**FRECUENCIA DE PAGO:** Mensual**POLIZA PARA GRUPO ABIERTO****PREMIOS:** 100% a cargo Asegurados.

PERSONAS ASEGURABLES: Personal Militar y Civil en actividad perteneciente a la Armada Argentina y sus cónyuges o convivientes (en los términos del Artículo 509 del Código Civil y Comercial de la Nación).

COBERTURAS:**Fallecimiento por cualquier causa** (cobertura básica).**Invalidez Total y Permanente por Accidente** (Cláusula Adicional de Invalidez Total y Permanente por Accidente).**Muerte Accidental** (Cláusula Adicional B de Indemnizaciones por Accidente)**Pérdidas Físicas Parciales por Accidente** (Cláusula Adicional B de Indemnizaciones por Accidente)**Anticipo por Enfermedades Graves** (Cláusula Adicional “D” de Indemnizaciones por Diagnóstico de Enfermedades Graves).**Anticipo por Enfermedad Terminal** (Cláusula Adicional de Pago Parcial Anticipado de la indemnización por fallecimiento en caso de Enfermedad Terminal).

<u>Coberturas</u>	<u>Forma de Liquidación</u>	<u>Capital Asegurado</u>
Fallecimiento (cobertura básica)	Pago Único	Según Jerarquía
Invalidez Total y Permanente por Accidente	Pago Único	100% cobertura básica
Muerte Accidental	Pago Único	100% cobertura básica
Pérdidas Físicas Parciales por Accidente	Pago Único	100% cobertura básica
Anticipo por Enfermedades Graves	Pago Único	50% cobertura básica
Anticipo por Enfermedad Terminal	Pago Único	50% cobertura básica

Los cónyuges o convivientes son asegurables por la cláusula Adicional E de Grupo Familiar y tienen las mismas coberturas y capitales asegurados que el asegurado titular.

Plazo mínimo de invalidez para solicitar el beneficio: 3 meses.

Plazos de Carencia/ Espera: No aplican.

Plazo para la denuncia del siniestro: 60 días (contados desde la ocurrencia del siniestro, o desde que el denunciante conozca la existencia del beneficio, lo que fuera posterior, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia y válido para todas las coberturas)

TASA DE PREMIO: 0,70% mensual (\$0,70 sobre \$1.000 de suma asegurada).

Tasas y gastos aplicables sobre prima de tarifa:

TASA S.S.N.: 0,60% SELLADOS: 0,00%

GASTOS ADMINISTRATIVOS: 10,00% GASTOS DE ADQUISICIÓN: 15,00%

Discriminación de la tasa de premio (cada \$1.000 de suma asegurada)

Premio	Tasa SSN	IVA y Sellados	Prima Tarifa
0,70	0,004175	-	0,695825
Gs Explotación	Gs Adquisición	Prima Pura	
0,069583	0,104374	0,521869	

EDADES LÍMITE:

MINIMA DE INGRESO: 14 años.

MAXIMA DE INGRESO: **ASEGURADO TITULAR:**

Coberturas básicas: hasta los 55 años de edad, siempre que esté en servicio activo.

Coberturas adicionales: hasta los 55 años de edad, siempre que esté en servicio activo.

ASEGURADOS CONYUGES/CONVIVIENTES: hasta los 55 años de edad, mientras el asegurado titular se encuentre como asegurado en póliza.

PERMANENCIA:

ASEGURADO TITULAR

Coberturas básicas: SIN LIMITE siempre que esté en servicio activo.

Coberturas adicionales: hasta los 65 años de edad, siempre que esté en servicio activo.

ASEGURADOS CONYUGES/CONVIVIENTES: mientras el asegurado titular se encuentre como asegurado en esta póliza, el cónyuge/conviviente podrá permanecer asegurado con las mismas coberturas y sumas aseguradas que el Asegurado Titular.

Todas las coberturas adicionales finalizan al alcanzar el asegurado los 65 años de edad o al pasar a situación de retiro o pensión.

Importante: Se deja expresamente establecido que el asegurado titular en servicio activo, una vez que pase a retiro o pensión, pasa automáticamente a ser dado de baja en esta póliza y sus renovaciones (cuyo número figura en el encabezado al inicio de este documento de "Condiciones Particulares") y a ser dado de alta en otra póliza de personal retirado/pensionado del Contratante, N°21-12.605. y sus renovaciones, reduciendo asimismo su suma asegurada a la mitad y quedando solo con cobertura básica de fallecimiento por cualquier causa, y cobertura adicional de muerte por accidente (esta última solo hasta los 65 años de edad). El resto de coberturas adicionales finalizan en esta póliza y no se traspasan.

REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD: Servicio Activo, Declaración de Salud para nuevas incorporaciones. En el caso de incorporaciones de cónyuges/convivientes que lo hagan en forma conjunta con el Asegurado Titular, aplicará para el cónyuge/conviviente la Cláusula de Enfermedades Preexistentes que figura a continuación. En caso de cónyuge/conviviente que solicite su ingreso con posterioridad a la incorporación del Asegurado Titular, deberá completar una Declaración de Salud.

Cláusula de Enfermedades Preexistentes:

La Compañía no pagará la indemnización cuando el fallecimiento del asegurado se produjera como consecuencia de una enfermedad preexistente a la fecha de vigencia inicial de su certificado individual que, luego de vigente éste, le produjera su muerte, en forma directa o indirecta. Se entiende por enfermedad preexistente aquella que el asegurado padeciere, le haya sido diagnosticada o por la que haya recibido tratamiento médico o acudido a la consulta médica, con anterioridad a la fecha de vigencia inicial de su certificado individual.

La Compañía tampoco pagará la indemnización cuando el asegurado haya sufrido un accidente antes de incorporarse a la póliza y su fallecimiento, sean consecuencia de las lesiones o secuelas de ese accidente.

La enfermedad preexistente o el accidente serán tenidos en cuenta a los fines de esta exclusión de cobertura cuando resulten desencadenantes del proceso de fallecimiento, fueren base del mismo, o tuviesen conexión principal con él.

Esta casual de exclusión de preexistencia solo podrá ser invocada por la compañía para rechazar una indemnización por siniestro, dentro de un plazo de 12 meses desde inicio de vigencia del certificado individual, luego de dicho plazo no podrá invocar preexistencia alguna.

CANTIDAD MINIMA DE ASEGURADOS

1000 asegurados.

BENEFICIARIOS: los designados por el asegurado. En el caso de cónyuges/convivientes, en ausencia de declaración de beneficiarios, será beneficiario el Asegurado Titular.

PORCENTAJE MINIMO DE ADHESION: No aplica.

COASEGURO

Se deja expresa constancia que esta póliza queda coasegurada de acuerdo al siguiente detalle:

Modalidad de la Responsabilidad: Mancomunada.

Compañía Piloto: SMSV COMPAÑÍA ARGENTINA DE SEGUROS S.A.

CUIT N° 30-70833318-9 60% (sesenta por ciento)

Compañía Coaseguradora: SMG LIFE SEGUROS DE VIDA S.A.

CUIT N° 30-68584340-0 40% (cuarenta por ciento)

Todas las Denuncias de Siniestro deben ser dirigidas por el Contratante a la Compañía Piloto.

ESTA POLIZA ESTA INTEGRADA POR LAS CONDICIONES PARTICULARES, CLAUSULA ADICIONALDE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE, CLAUSULA ADICIONAL “B” DE INDEMNIZACIONES ADICIONALES POR ACCIDENTE, CLÁUSULA ADICIONAL “D” DE INDEMNIZACION POR DIAGNOSTICO DE ENFERMEDADES GRAVES, CLÁUSULA ADICIONAL DE PAGO PARCIAL ANTICIPADO DE LA INDEMNIZACIÓN POR FALLECIMIENTO, EN CASO DE ENFERMEDAD TERMINAL, CLÁUSULA “E” DE GRUPO FAMILIAR, CONDICIONES GENERALES, ANEXO I DE RIESGOS NO CUBIERTOS.

EN CONSIDERACION a las declaraciones suscriptas por el **CONTRATANTE**, a las constancias de las solicitudes de sus miembros incluidos en las listas del Anexo I (en adelante denominados **ASEGURADOS**) y el pago de las primas precedentemente estipuladas, **EL ASEGURADOR** con domicilio en Av. Córdoba 1666 5° Piso (1055)– Ciudad Autónoma de Buenos Aires, de acuerdo a las condiciones

de esta póliza, que figuran en las páginas siguientes, **SE OBLIGA A PAGAR** en su oficina central al beneficiario, después de recibidas las pruebas del fallecimiento de uno cualquiera de los **ASEGURADOS**, la suma correspondiente al seguro respectivo de acuerdo con el Artículo 5 de las Condiciones Generales de esta póliza.

El **CONTRATANTE** asume la obligación de pagar la prima inicial, como también las primas sucesivas, sujetas a las variaciones previstas por los Artículos 6 y 23 de las Condiciones Generales de Póliza, en las fechas de vencimiento, durante la vigencia de la póliza.

Emitida en Buenos Aires, el 15 de julio de 2026.



Apoderado

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

ADVERTENCIA: Si el texto de la presente póliza difiere del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el Contratante, si no reclama dentro un mes de haber recibido la póliza (artículo 12 de la Ley de Seguros).

LA PRESENTE PÓLIZA HA SIDO APROBADA POR RESOLUCION N° 29.318 DEL 26/06/2003, PROVEIDO N°105.028 DEL 08/01/2007, PROVEIDO N°105.981 DEL 27/06/2007, PROVEIDO N° 108.621 DEL 21/11/2008, PROVEIDO N° 109.291 DEL 22/04/2009, PROVEIDO 114.000 DEL 30/03/2011, PROVEIDO 114.768 DEL 01/08/2011, PROVEIDO 116.358 DEL 12/06/2012, PROVEIDO 119.241 DEL 14/07/2014 POR LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN.

La resolución 407/01 del Ministerio de Economía establece:

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 tomador a favor de la entidad aseguradora.

Todo pago realizado no es cancelatorio de su obligación hasta tanto se formalice el ingreso de los fondos en alguno de los sistemas previstos en la enumeración precedente

Usted debe siempre consultar los medios de pago autorizados por cada Compañía Aseguradora ya que la Resolución lo establece en forma general.

UNIDAD DE INFORMACION FINANCIERA (UIF):

En cumplimiento de la Resolución N° 28/2018 y complementarias emitidas por la Unidad de Información Financiera (UIF), le comunicamos que al momento de solicitar la contratación de un seguro, la Compañía se encuentra obligada a requerir al tomado, asegurado o al beneficiario información y/o documentación que permitan la correcta identificación y debido conocimiento de nuestros clientes, así como también solicitar respaldo del origen de los fondos con los cuales se adquieren los productos. La actualización de esta información y documentación podrá también requerirse a lo largo de la vida de la póliza y conforme a los niveles de riesgo que la Compañía determine. Adicionalmente y en cumplimiento de la Resolución N° 35/2023 del mismo organismo, se requerirá la firma de la Declaración Jurada de identificación de clientes denominados "Personas Expuestas Políticamente (PEP)".



SMSV Compañía Argentina de Seguros S.A.

(11) 4129-4500

Av. Córdoba 1.666 – Piso 5°

(C1055AAT) CABA – ARGENTINA

www.smsvseguros.com.ar

IMPORTANTE: La entidad aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado.

Por reclamos, que no hayan sido solucionados previamente por las vías de atención al público de la entidad, podrán comunicarse con este Servicio al teléfono 0810-999-7348. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.smsvseguros.com.ar.

En caso de que existiera un reclamo ante la entidad aseguradora y que el mismo 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 o por correo electrónico a consultas@ssn.gob.ar.

LEY N° 25.236 DE HABEAS DATA:

La suscripción de la presente, excepto opción por escrito en contrario, importará autorizar a SMSV Compañía Argentina de Seguros S.A. y a sus sociedades controladas, controlantes o vinculadas a utilizar los datos no sensibles en futuras campañas de fidelización y serán resguardados según las Políticas Corporativas de Seguridad Informática y conforme a la Ley 25.326 de Protección de los Datos Personales. El titular tiene la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación y supresión de los datos (artículos 6, 14, 16, 17 y concordantes, Ley 25.326 y/o la/s modifique/n y/o complemente/n).

POLIZA N°: 21-12.810**CONTRATANTE: SMSV INSTITUCION MUTUALISTA****ENDOSO N°:0**

Se deja constancia por intermedio del presente endoso de la siguiente modificación a la póliza.

Riesgos No Cubiertos:

Se deja establecido que, para el personal militar, los Riesgos No cubiertos establecidos en las diferentes coberturas de esta póliza no serán de aplicación cuando el siniestro se produzca a consecuencia de un Acto de Servicio en el marco de la Ley N° 19.101 del Personal Militar y sus modificatorias.

Asegurables: en aquellos casos en que la Armada Argentina haya dado de baja a algún asegurado, a solicitud del mismo podrá continuar asegurado en esta póliza a consideración del Contratante.

Las demás condiciones no se modifican.

Bs. As, 15 de julio de 2026



Apoderado

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