



DETALLE DE COBERTURA Y BENEFICIOS

- **Póliza de Salud** emitida por Sancor Cooperativa de Seguros Ltda.,
- **Gestión inteligente y personalizada de turnos,**
- **Beneficios y**
- **Pack opcional “Urgencias”.**

POLIZA DE SALUD

La póliza de salud, emitida por **Sancor Cooperativa de Seguro Ltda.**, está destinada a brindar protección económica a un titular y su grupo familiar en caso de intervenciones quirúrgicas, trasplantes, implantes de prótesis y hospitalizaciones clínicas. A continuación, se presenta un resumen de la cobertura, incluye condiciones generales y específicas para cada cobertura, límites de edad, sumas aseguradas, porcentajes de indemnización y exclusiones.

Marco general del seguro

Objeto y periodo de vigencia

La póliza se suscribe por un período anual renovable automáticamente. Su **objeto** es cubrir contingencias de salud que sufran el asegurado o los integrantes de su grupo familiar durante la vigencia del contrato. Las coberturas son las detalladas en las condiciones particulares, y cada prestación está sujeta a un período de espera establecido. El titular y la compañía pueden rescindir la póliza al término del año, con aviso previo de 30 días.

Ámbito geográfico y suma asegurada

La póliza ofrece cobertura por tratamientos realizados **en Argentina o en el exterior**. Para que la aseguradora responda, los procedimientos deben practicarse en establecimientos asistenciales autorizados y por profesionales habilitados; quedan excluidos geriátricos, centros de descanso o de rehabilitación de adicciones. La **suma asegurada** fijada para cada cobertura actúa como límite máximo de responsabilidad de la aseguradora.

Edades de ingreso y permanencia

- **Miembros y Titulares:** pueden ingresar a partir de los 18 hasta los 70 -no cumplidos- y permanecer hasta los 80 años.
- **Hijos:** pueden incorporarse hasta los 20 años y permanecer hasta los 21 años o, si estudian, incorporarse hasta los 23 años y permanecer hasta 24 años, siempre que continúen estudiando.

IMPORTANTE: cumplidos los 65 años el miembro Axesa pasa a un plan “Adulto Mayor”.

Excepciones y exclusiones generales

Se excluyen, entre otros, eventos derivados de:

- Intervenciones médicas o quirúrgicas ilícitas.
- Cirugías estéticas que no sean reparadoras.
- Procedimientos quirúrgicos para adelgazar y operaciones de cambio de sexo.
- Esterilización, procedimientos anticonceptivos y sus consecuencias.
- Enfermedades infectocontagiosas declaradas epidemias por la autoridad sanitaria.
- Accidentes o lesiones derivadas de la práctica de deportes extremos o de alto riesgo, tales como (lista enunciativa, no taxativa):
 - Paracaidismo, parapente, ala delta, vuelo en globo, aerodelismo y deportes aéreos en general.
 - Alpinismo, andinismo, escalada en roca o hielo, rappel, espeleología.
 - Ski y snowboard fuera de pista, heli-ski, patinaje extremo.
 - Motociclismo deportivo, motocross, enduro, cuatriciclos, automovilismo y karting de competición.

- Buceo con tanque a gran profundidad, buceo en cavernas o cuevas, apnea extrema.
- Surf de olas grandes, kitesurf, windsurf, wakeboard.
- Rafting, kayak en rápidos, canotaje en aguas bravas.
- Boxeo, artes marciales mixtas (MMA), lucha libre y deportes de combate de contacto pleno.
- Polo, rodeo, jineteadas y actividades ecuestres de riesgo.
- Cualquier actividad considerada “de riesgo” por las aseguradoras o federaciones deportivas, aun cuando se realice de manera amateur.

Estas exclusiones se suman a las exclusiones específicas de cada cobertura (por ejemplo, trasplantes experimentales o prótesis de uso estético).

Sumas aseguradas y módulos

La opción contratada incluye tres o cuatro coberturas independientes con las siguientes sumas aseguradas por asegurado:

Limites individuales de Cobertura	Membresías			
	Axesa Más	Axesa Total	Axesa Total Plus	
Menores a 65 años	Intervenciones quirúrgicas	\$ 11.395.228	\$ 13.464.741	\$ 22.627.138
	Transplantes de órganos	\$ 27.224.210	\$ 32.161.913	\$ 54.049.547
	Prótesis	\$ 6.104.350	\$ 7.212.975	\$ 12.121.212
	Renta diaria por internación	\$ 29.008.980	\$ 34.277.400	\$ 57.602.250
	Renta diaria sala común	\$ 164.091	\$ 193.892	\$ 325.831
	Renta diaria terapia intensiva	\$ 322.322	\$ 380.860	\$ 640.025
Mayores a 65 años	Intervenciones quirúrgicas	\$ 9.911.699	\$ 11.709.873	\$ 19.678.576
	Transplantes de órganos	\$ 27.228.594	\$ 32.172.872	\$ 54.058.314
	Prótesis	\$ 5.309.839	\$ 6.273.146	\$ 10.542.095
	Renta diaria por internación	sin cobertura		

Para intervenciones quirúrgicas se aplican **módulos porcentuales** que definen el porcentaje de la suma asegurada que se indemnizará por cada operación,

Coberturas específicas

Intervenciones quirúrgicas

Riesgo cubierto: la aseguradora indemniza al asegurado cuando se practican intervenciones quirúrgicas incluidas en los anexos de intervenciones. Estas operaciones pueden corresponder a diferentes sistemas (nervioso, visión, otorrinolaringología, aparato digestivo, urología, ortopedia, etc.) y están clasificadas según módulos. La cirugía debe realizarse en un establecimiento asistencial habilitado, por profesional matriculado y debidamente habilitado.

Beneficio: el monto a pagar se determina aplicando el porcentaje del módulo sobre la suma asegurada (ver tabla de módulos). Si en una misma intervención se realizan varias operaciones, cada una se indemniza según su módulo correspondiente; las reintervenciones por complicaciones súbitas se pagan al 100 %.

Trámite: el asegurado o su representante debe denunciar la intervención dentro de los 15 días siguientes, presentando certificado médico, historia clínica y protocolos quirúrgicos. La aseguradora puede solicitar exámenes complementarios y cuenta con un plazo de 15 días para aceptar o rechazar el siniestro, extendiendo ese plazo hasta 30 días cuando requiera pruebas adicionales.

Trasplantes de órganos

Riesgo cubierto: se cubren trasplantes de médula ósea, corazón, pulmón o bi-pulmón, corazón–pulmón, hígado, páncreas, riñón y córnea. En el caso de médula ósea, se diferencian trasplantes **autólogos** y **alogénicos**, sólo cuando constituyen la última alternativa de tratamiento para patologías específicas como linfomas, leucemias, mieloma múltiple y anemia aplásica. Para trasplantes cardíacos, pulmonares o hepáticos se exige que exista insuficiencia terminal sin otra opción terapéutica.

Requisitos:

1. El trasplante debe ser la **única alternativa terapéutica** y haberse agotado todos los tratamientos convencionales.
2. Debe realizarse bajo las disposiciones de la **Ley de Trasplante de Órganos**, lo que implica notificación al **INCUCAI** (o el organismo que lo reemplace) y la ablación de órganos por personal autorizado.
3. El procedimiento debe practicarse en establecimientos habilitados y por profesionales autorizados.

Exclusiones específicas: no se cubren trasplantes vinculados a medicamentos no aprobados; trasplantes no inscriptos en el INCUCAI; implantes de órganos transgénicos, animales, mecánicos o provisionales; ni cualquier operación distinta de los trasplantes humanos autorizados.

Beneficio y terminación: se indemniza la suma asegurada correspondiente a cada tipo de órgano. Una vez cobrado el beneficio por un trasplante, la cobertura no se renueva para ese asegurado. La cobertura finaliza si el asegurado alcanza la edad máxima de permanencia o si se rescinde la póliza.

Prótesis

Riesgo cubierto: se reembolsan gastos por la adquisición de prótesis implantadas quirúrgicamente, siempre que sean necesarias para el tratamiento del asegurado y se coloquen en un establecimiento asistencial habilitado. Están incluidas las siguientes especialidades:

- **Traumatología y ortopedia** (por ejemplo, prótesis de cadera, rodilla, columna, brazos o piernas ortopédicas, material de osteosíntesis, etc.).
- **Cardiovasculares** (válvulas cardíacas, prótesis de grandes vasos, marcapasos y stents).
- **Neurológicas** (válvula de drenaje para hidrocefalia, clips para aneurisma, microcoils para embolización).
- **Oculares** (lentes intraoculares y bandas de silicona para retina).
- **Auditivas** (implante coclear).

- **Digestivas** (stents digestivos).

El reembolso no puede superar el gasto efectivamente pagado ni la suma máxima anual establecida para cada prótesis.

Porcentajes de suma asegurada: el anexo indica la frecuencia de reemplazo y el porcentaje máximo de la suma asegurada que se indemniza. Por ejemplo:

- **Prótesis de cadera** (una cada 3 años) – 29 %.
- **Prótesis de rodilla** (una cada 5 años) – 33 %.
- **Prótesis de columna** (una cada 5 años) – 60 %.
- **Prótesis de pierna o brazo ortopédico** – 44 %.
- **Válvulas cardíacas** (una cada 5 años) – 67 %.
- **Prótesis vascular de grandes vasos** – 33 %.
- **Marcapasos** – 66 %.
- **Stents** (máximo tres por acto quirúrgico) – 33 %.
- **Válvula para hidrocefalia** – 27 %; **clips para aneurisma** – 20 %; **microcoils de embolización** (1 cada 3 años) – 93 %.
- **Lentes intraoculares y set de colocación** – 20 % (se excluyen cuando son para cirugía refractiva).
- **Stents digestivos** (máximo tres en un mismo acto) – 33 %.

Exclusiones específicas: se excluyen prótesis no incluidas en el anexo, prótesis con finalidad estética, implantes electrónicos o computarizados, renovaciones fuera de los plazos establecidos, reparaciones o mantenimiento de prótesis, pérdida o destrucción de elementos, prótesis preexistentes y lentes/anteojos salvo lo expresamente incluido.

Denuncia: la intervención para implantar una prótesis debe denunciarse a la aseguradora dentro de los 15 días posteriores, adjuntando certificado médico, copias de historias clínicas y facturas originales.

Renta diaria por internación clínica

IMPORTANTE: Esta cobertura no aplica para mayores de 65 años.

Riesgo cubierto: indemniza un importe diario cuando el asegurado se interna para tratamiento clínico en un establecimiento autorizado. También cubre internación clínica neonatológica de recién nacidos de aseguradas que cumplan con el período mínimo de permanencia en el seguro.

Beneficio: el importe diario se establece en las condiciones particulares; se paga tras un **período de espera**, a partir del día siguiente a su finalización, y hasta agotar el **período máximo anual de 90 días**.

- El asegurado asume los gastos de los dos primeros días de internación; esta franquicia se elimina si la internación dura **siete días o más**.
- La indemnización diaria equivale a un porcentaje de la suma asegurada: **0,56 %** para sala común y **1,10 %** para terapia intensiva.
- El período de espera/carencia no se aplica cuando la internación es consecuencia de un accidente.

Exclusiones específicas: no se indemnizan las internaciones que tengan por objeto principal la evaluación y/o el diagnóstico del Asegurado o su rehabilitación física, salvo que a consecuencia de dicho diagnóstico y evaluación el Asegurado tuviera que someterse a una internación clínica, internaciones por trastornos mentales o psiquiátricos ni internaciones domiciliarias o en establecimientos geriátricos.

Denuncia y documentación: el asegurado debe denunciar el diagnóstico que origina la internación dentro de los 3 días de haberlo recibido. Debe aportar certificado médico, historias clínicas y, una vez externado, la constancia de alta. La aseguradora puede requerir exámenes adicionales.

Parto/Nursery/Neo

Importante: esta cobertura tiene una carencia de 300 días.

El detalle de cobertura es el siguiente:

- Parto "humanizado".
- Nursery y neo para el recién nacido (esto último, siempre que no haya sido producto de un embarazo producido por métodos de fertilización asistida).
- Evacuación uterina 2° trimestre ("limpieza" de útero por interrupción espontánea del embarazo) y
- Operación cesárea clásica.

Trámite de siniestros y peritajes

Tras cualquier siniestro, el tomador o asegurado tiene la obligación de comunicarlo a la aseguradora dentro del plazo estipulado (15 días para intervenciones quirúrgicas y prótesis; 3 días para internaciones clínicas). La aseguradora designa médicos peritos, quienes deben expedirse dentro de 30 días; en caso de divergencia se designa un tercer perito. La compañía debe aceptar, postergar o rechazar el siniestro en un plazo de 15 días desde la denuncia y la recepción de la documentación. La falta de respuesta implica aceptación automática.

GESTIÓN INTELIGENTE Y PERSONALIZADA DE TURNOS

Para consultas, estudios y prácticas médicas, desde nuestro Centro de Atención a Clientes te ayudamos a encontrar la alternativa más conveniente según tus necesidades de ubicación, tiempos y presupuesto. Nuestra gestión te permitirá acceder a nuestra red de prestadores que ofrecen honorarios preferenciales y turnos prioritarios.

El miembro Axesa puede acceder a consultar nuestra red de prestadores desde la web de Axesa. Esta red incluye **centros de salud, médicos, profesionales de la salud, laboratorios y centros de diagnóstico**. Adicionalmente encontrarán proveedores de bienes y servicios relacionados con salud y bienestar que ofrecen descuentos por sus servicios o productos.

Funcionamiento

- El miembro Axesa navega la web Axesa y elige al prestador por especialidad, cercanía o nombre específico.
- Solicita su turno a través del Whatsapp de Axesa indicando:

- Nombre del centro de salud y práctica, médico o laboratorio, etc. con el que requiere el turno o requiere asistencia al operador del Centro de Atención al Cliente para encontrar un centro de salud o profesional según su dolencia o localidad y/o presupuesto,
- Elige entre “fecha más cercana” o “rango de fechas” para el turno y “rango horario” más conveniente.
- El Centro de Atención al Cliente de Axesa gestiona y confirma el turno con el prestador.
- El Centro de Atención al Cliente se vuelve a comunicar con el miembro Axesa vía WhatsApp con los detalles: día, hora, dirección, medio de pago y valor de la consulta o práctica.
- Luego el miembro Axesa se presenta ante el prestador con su DNI y le paga directamente el valor convenido.

La gestión de turnos de Axesa asegura el mejor servicio para el miembro Axesa y permite convalidar el valor de la consulta o práctica a realizar.

BENEFICIOS AXESA

Axesa ofrece varios beneficios de gran valor para sus miembros. A continuación, un detalle del alcance de cada uno y cómo se gestionan:

Centro de Atención al Cliente

Atención personalizada para gestión de turnos, atención general de dudas y reclamos.

Medico Virtual 24hs

Acceso gratuito a atención médica calificada e inmediata por videollamada, disponible 24/7. Para acceder a este beneficio el miembro Axesa deberá instalar en su celular la APP: “Llamando al Doctor”.

Para crear una cuenta seguir los siguientes pasos:

- Seleccionar país: Argentina
- Buscar tu proveedor: Sancor Seguros – Salud Segura Max
- Ingresar número de documento.
- Ingresar el número de referencia que le fue informado en el alta (o consultar dicho número llamando al Centro de Atención al Cliente AXESA).

Ante cualquier duda respecto al uso de la APP, consultar al Centro de Atención al Cliente.

Descuento de hasta 50% en farmacias:

Al listado de farmacias se accede desde:

www.sancorseguros.com.ar/farmacias-vademecum

Una vez en la farmacia el miembro Axesa se identifica con su DNI y así accede al descuento ofrecido por dicha farmacia.

Cobertura en viajes nacionales e internacionales:

La misma incluye una protección para el asegurado y grupo familiar en caso de viaje, en Argentina y el exterior. Para acceder a este beneficio el miembro Axesa debe entrar en contacto con el Centro de Atención al Cliente AXESA y solicitar la cobertura correspondiente.

Óptica Digital

Tienda online donde el miembro Axesa podrá acceder a un amplio catálogo de anteojos de sol, recetados, de contacto, marcos y cristales, a precios mucho más convenientes que en el mercado.

El acceso se solicita a través del Centro de Atención al Cliente de AXESA.

Segunda Opinión Médica

En casos de enfermedades graves y/o intervenciones quirúrgicas de alta complejidad el miembro Axesa puede solicitar una segunda opinión médica. Este beneficio se gestiona a través del Centro de Atención al Cliente de AXESA.

Seguridad Familiar

En caso de fallecimiento del titular, se extiende la cobertura por un año más, con costo reducido, para proteger al grupo familiar (amparado en la póliza contratada por el titular).

PACK OPCIONAL “URGENCIAS”

El Pack opcional “Urgencias”, incluye el servicio de “ambulancia” y urgencias odontológicas. Con su contratación, como un bonus extra, se incluye un chequeo médico anual gratuito a partir del 3° mes de vigencia de la membresía.

Servicio de Ambulancias

Cubre 12 eventos por año por miembro, máximo 1 por mes.

Incluye los 3 niveles de complejidad y emergencia:

- Código Verde – Baja complejidad
Corresponde a consultas médicas no urgentes o afecciones leves que no implican riesgo para la vida del paciente. Ejemplos: estados gripales, fiebre moderada, malestar general, consultas clínicas básicas. Modalidad: atención médica a domicilio o teleorientación, según corresponda.

- Código Amarillo – Urgencia moderada
Situaciones que requieren atención médica en el corto plazo, sin riesgo inminente de vida, pero que no deben demorarse. Ejemplos: dolor intenso, cuadros febriles elevados, crisis asmáticas leves/moderadas, traumatismos sin compromiso vital.
Modalidad: médico a domicilio o unidad móvil según evaluación operativa
- Código Rojo – Emergencia
Casos que implican riesgo de vida o compromiso severo del estado de salud.
Ejemplos: pérdida de conocimiento, dolor precordial, dificultad respiratoria severa, accidentes graves. Modalidad: ambulancia de alta complejidad con personal especializado

Urgencias Odontológicas:

Cubre hasta 2 eventos por año por miembro, máximo 1 por mes.

El servicio contempla la atención de cuadros agudos que requieran resolución inmediata para aliviar dolor o tratar infecciones. Las prácticas incluidas comprenden:

- Consulta odontológica de urgencia,
- Diagnóstico clínico y evaluación inicial,
- Medicación analgésica y/o antibiótica de urgencia (cuando corresponda),
- Tratamiento del dolor agudo (ej. apertura cameral en caso de infección),
- Drenaje de abscesos,
- Extracciones simples (cuando la urgencia lo amerite),
- Tratamiento de infecciones odontológicas agudas.

Importante: No se incluyen tratamientos programados, rehabilitaciones, prótesis, ortodoncia ni prácticas estéticas.

Chequeo médico anual

Cubre 1 evento por año por miembro.

A partir del 3° mes de vigencia de la membresía se puede realizar este estudio que incluye consulta clínica + estudios básicos (análisis de sangre, orina, electrocardiograma y radiografía de tórax).