

SEGURO DE VIDA COLECTIVO
CONDICIONES GENERALES

Artículo 1º: DISPOSICIONES FUNDAMENTALES

Las partes contratantes se someten a las disposiciones de la Ley de Seguros (Nº 17.418), demás normativa aplicable y a las de la presente póliza que las complementan o modifican cuando ello es admisible. En caso de no coincidir las Condiciones Generales con las Particulares, se estará a lo que dispongan éstas últimas.

Esta póliza y los respectivos certificados individuales han sido extendidos por la Compañía sobre la base de las declaraciones suscriptas por el Tomador en su solicitud y las declaraciones suscriptas por los Asegurados en sus solicitudes y en los cuestionarios relativos a su salud. Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Tomador o por los Asegurados, aún hecha de buena fe, que a juicio de peritos hubiere impedido el contrato o la aceptación de los certificados individuales, o hubiere modificado las condiciones de los mismos, si la Compañía hubiese sido cerciorada del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato o los certificados de los Asegurados, según el caso. La Compañía no invocará como reticencia o falsa declaración, la omisión de hechos o circunstancias cuya pregunta no conste expresa y claramente en las solicitudes y en las declaraciones personales para el presente seguro.

Esta póliza adquiere fuerza legal desde las cero (00) horas del día fijado como comienzo de su vigencia.

Artículo 2º: PERSONAS ASEGURABLES

Se consideran asegurables a la fecha de emisión de esta póliza todas las personas integrantes del grupo regido por el Tomador, que deberá tener un interés común anterior a la contratación del presente seguro. Las personas que en el futuro entren a formar parte del grupo, así como las que reingresen al mismo, serán asegurables respectivamente, a partir de la fecha de su incorporación o reincorporación.

Artículo 3º: FORMA Y PLAZO PARA SOLICITAR EL CERTIFICADO INDIVIDUAL

Cada persona asegurable que desee incorporarse a esta póliza deberá solicitarlo por escrito en los formularios de solicitud individual que a este efecto proporciona la Compañía y cumplimentar los requisitos de asegurabilidad establecidos en la póliza. La solicitud deberá formularla dentro del plazo de un mes (no inferior a treinta -30- días) a contar desde la fecha en que sea asegurable.

Las personas asegurables que soliciten su incorporación a esta póliza después de transcurrido el plazo indicado en el inciso anterior, como asimismo las que vuelvan a solicitar el seguro después de haberlo rescindido, deberán presentar pruebas adicionales de asegurabilidad satisfactorias para la Compañía y pagar los gastos que se originen para obtenerlas.

Artículo 4º: CANTIDAD MINIMA DE ASEGURADOS

Es requisito primordial para que este seguro pueda mantenerse en vigencia, en las condiciones pactadas en materia de capitales asegurados y tarifa de primas, que la cantidad de Asegurados alcance por lo menos el mínimo indicado en las Condiciones Particulares de esta póliza.

Si en un determinado momento no se reuniera el mínimo antes mencionado, la Compañía se reserva el derecho de reducir las sumas aseguradas, o de modificar la tarifa de primas aplicada. La Compañía notificará su decisión por escrito al Tomador con una anticipación mínima de treinta (30) días.

Artículo 5º: FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DE CADA CERTIFICADO INDIVIDUAL

El seguro de las personas asegurables que hubieran solicitado su incorporación a esta póliza hasta la cero (00) hora del día fijado como comienzo de su vigencia, comenzará a regir desde la cero (0) hora de ese día. En caso de que las pruebas de asegurabilidad sean aprobadas y aceptadas por parte de la Compañía con posterioridad a esa fecha, comenzará a regir desde la cero (0) hora del día siguiente a la aprobación.

El seguro de las personas asegurables que soliciten su incorporación o su reincorporación a esta póliza con posterioridad al momento de inicio de su vigencia, regirá a partir de la cero (0) hora del día siguiente al día en que sean aprobadas y aceptadas las pruebas de asegurabilidad, por parte de la Compañía.

Artículo 6°: ESCALA DE CAPITALS ASEGURADOS

La suma con que está cubierto cada Asegurado se ajustará a la escala que se consigna en el cuadro "Capitales Asegurados Individuales" de las Condiciones Particulares.

Artículo 7°: PRIMAS DEL SEGURO

La prima media inicial por mil de capital asegurado inserta en las Condiciones Particulares de esta póliza regirá durante el primer año de vigencia del seguro. Dicha prima media será ajustada en cada aniversario de la póliza por la Compañía, quien comunicará por escrito al Tomador la nueva prima media resultante, con una anticipación no menor de treinta (30) días a la fecha del aniversario en que comience a regir la misma.

La prima media se aplicará sin ninguna discriminación de edades a todos los Asegurados.

La prima media resultará de aplicar la tarifa de la Compañía correspondiente a la edad alcanzada y al capital asegurado de cada certificado individual, y de dividir la suma correspondiente por el total de los capitales asegurados.

El importe de las primas a pagar por el Tomador resultará de multiplicar la prima media por el total de los capitales asegurados vigentes.

Artículo 8°: PAGO DE LAS PRIMAS

La forma de pago de los premios, así como su periodicidad y vencimientos, serán los establecidos en las Condiciones Particulares de esta póliza y en los respectivos Certificados Individuales.

Artículo 9°: PLAZO DE GRACIA

La Compañía concede un plazo de gracia de un mes (no inferior a treinta -30- días) para el pago, sin recargo de intereses, de todas las primas. Durante ese plazo esta póliza continuará en vigor, y si dentro de él se produjera el fallecimiento de uno o más de los Asegurados, la prima correspondiente al seguro de los fallecidos deberá ser pagada por el Tomador junto con la de los Asegurados sobrevivientes.

Para el pago de la primera prima el plazo de gracia se contará desde la fecha de vigencia de esta póliza. Para el pago de las primas siguientes, dicho plazo de gracia correrá a partir de las cero (00) horas del día en que venza cada una.

Vencido el plazo de gracia y no abonada la prima caducarán los derechos emergentes de esta póliza.

Los derechos que esta póliza acuerda al Tomador y a los Asegurados nacen el mismo día y hora en que comienzan las obligaciones a su cargo establecidas precedentemente.

Artículo 10°: FALTA DE PAGO DE LAS PRIMAS

Si cualquier prima no fuere pagada dentro del plazo de gracia, esta póliza caducará automáticamente, pero el Tomador adeudará a la Compañía la prima correspondiente al mes de gracia, salvo que dentro de dicho plazo hubiese solicitado por escrito su rescisión, en cuyo caso deberá pagar una prima calculada a prorrata por los días transcurridos desde el vencimiento de la prima impaga hasta la fecha de envío de tal solicitud.

Artículo 11°: CERTIFICADOS INDIVIDUALES

La Compañía proporcionará a cada Asegurado, por intermedio del Tomador, un certificado individual en el que se establecen los derechos y obligaciones de las partes, así como también el monto del respectivo capital asegurado, la fecha de su entrada en vigor y el nombre del beneficiario designado. En caso de producirse un aumento o disminución del capital asegurado, la Compañía otorgará un nuevo certificado que reemplazará a todos los emitidos anteriormente sobre la misma persona.

Artículo 12°: CARENCIA DE COBERTURA

Se establece un plazo de carencia de 30 días con pago de primas. Este periodo de carencia no será tenido en cuenta si la causa de fallecimiento fuera producto de un accidente. No se aplicará la carencia, cuando la compañía solicite requisitos de asegurabilidad.

Artículo 13°: ENFERMEDADES PREEXISTENTES

La Compañía no cubrirá el fallecimiento cuando el mismo se produjera como consecuencia de una enfermedad preexistente.

Se entiende por enfermedad preexistente a toda enfermedad que padeciera el Asegurado, diagnosticada con anterioridad a su incorporación al seguro, y que fuera la causa directa de su fallecimiento.

A efectos de que proceda la exclusión por Enfermedades Preexistentes el fallecimiento del Asegurado debe producirse durante el plazo establecido en las Condiciones Particulares, contado desde la fecha de inicio de la cobertura para el Asegurado. El plazo máximo que podrá pactarse en las Condiciones Particulares no podrá exceder los 12 meses.

Esta exclusión no resultará de aplicación cuando la Compañía solicite requisitos de asegurabilidad que tengan por objeto conocer el estado de salud del Asegurado ni podrá aplicarse conjuntamente con el plazo de carencia previsto en el Artículo 12° de las presentes Condiciones Generales.

Artículo 14°: RESCISION DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL

El certificado individual de cada Asegurado individual quedará rescindido o caducará en los siguientes casos:

- a) Al dejar de pertenecer al grupo regido por el Tomador;
- b) Al rescindir o caducar la póliza;
- c) Al cumplir el Asegurado setenta y un (71) años de edad, salvo pacto en contrario. En caso de existir prima de riesgo no corrido, se devolverá al tomador. En caso de corresponder, el tomador será responsable de la devolución de la fracción de la prima a cargo del asegurado.
- d) Por renuncia a continuar con el seguro.

En cualquier caso de rescisión o caducidad de esta póliza, caducarán simultáneamente todos los certificados individuales cubiertos por ella, salvo las obligaciones pendientes a cargo de la Compañía.

Tanto en la renuncia a que se refiere el punto d) como la terminación prevista en el punto a), el seguro quedará rescindido el día primero del mes subsiguiente al de la fecha en que la Compañía haya recibido la respectiva comunicación.

Artículo 15°: DERECHO DE CONVERSION

Todo Asegurado que deje de pertenecer al grupo regido por el Tomador, tendrá derecho a obtener de la Compañía, sin previo examen médico y siempre que lo solicite por escrito dentro del mes inmediato anterior a la fecha de terminación de su seguro, un seguro de vida individual en cualquiera de los planes usuales en que opera la Compañía (excepto el Temporario de menos de 10 años de duración) por una suma no mayor que la que le correspondía bajo esta póliza al dejar de pertenecer al grupo. La prima del seguro individual que corresponderá a la edad entonces alcanzada y a la ocupación del Asegurado, será pagadera en forma anual dentro del referido plazo de un mes, no pudiendo aquel entrar en vigor hasta que el Tomador haya dado por terminado el seguro del componente del grupo. En caso de rescisión total de esta póliza, no se concederá el derecho de conversión, sino a los componentes del grupo con edades inferiores a sesenta (60) años que hubieran estado cubiertos por la póliza por más de cinco (5) años y cuando la cantidad de los que ejerzan ese derecho no sea inferior al cincuenta por ciento (50%) de los que pudieran hacerlo.

Artículo 16°: DESIGNACION Y CAMBIO DE BENEFICIARIOS

La designación de beneficiario o beneficiarios la hará cada Asegurado por escrito, en su solicitud individual de seguro o en cualquier otra comunicación como se establece en este Artículo. Designadas varias personas sin indicación de proporciones, se entiende que el beneficio es por partes iguales.

Si un beneficiario hubiere fallecido antes o al mismo tiempo que el Asegurado, la asignación correspondiente del seguro acrecerá a la de los demás beneficiarios, si los hubiere, en la proporción de sus propias asignaciones. Cuando se designe a los hijos se entiende a los concebidos y sobrevivientes al tiempo de ocurrido en el evento previsto; cuando se designe a los herederos se entiende a los que por ley suceden al Asegurado, si no hubiere

otorgado testamento; si lo hubiere otorgado, se tenderá por designados a los herederos instituidos. Si no se fija cuota parte, el beneficio se distribuirá conforme a las cuotas hereditarias.

Cuando el Asegurado no designe beneficiario o por cualquier causa la designación resulte ineficaz o quede sin efecto, se entiende que designó a sus herederos.

Todo Asegurado podrá cambiar, en cualquier momento, el beneficiario o beneficiarios por él designados, salvo que la designación sea a título oneroso. El cambio de beneficiario surtirá efecto frente a la Compañía, si el Asegurado dirige a sus oficinas la comunicación respectiva. Si el cambio no hubiera llegado a ser registrado por la Compañía, en caso de fallecimiento del Asegurado el pago se hará consignando judicialmente los importes que correspondan a la orden conjunta de los beneficiarios anotados en el certificado individual y los designados con posterioridad mediante cualquier comunicación escrita del Asegurado recibida por la Compañía hasta el momento de la consignación. La Compañía quedará liberada de toda obligación en caso de pagar el capital asegurado a los beneficiarios designados en el certificado individual con anterioridad a la recepción de cualquier comunicación modificatoria de esa designación.

Atento el carácter irrevocable de la designación de beneficiario a título oneroso, la Compañía en ningún caso asume responsabilidad alguna por la validez del negocio jurídico que dio lugar a la designación, ni por las cuestiones que se susciten con motivo de esa designación beneficiaria.

Artículo 17º: LIQUIDACION POR FALLECIMIENTO

Ocurrido el fallecimiento de un Asegurado durante la vigencia de esta póliza y del certificado respectivo, el Tomador y/o los beneficiarios harán a la brevedad la correspondiente comunicación a la Compañía en el formulario que ésta proporciona al efecto.

La Compañía, previa comunicación al Tomador, efectuará el pago que corresponda en sus oficinas, directamente a los beneficiarios designados, después de recibidas las siguientes pruebas: copia legalizada de la partida de defunción, declaración del médico que hubiese asistido al Asegurado o certificado su muerte y declaración del beneficiario, ambas declaraciones extendidas en formularios que suministrará la Compañía. También se aportará testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiese instruido con motivo del hecho determinante del fallecimiento del Asegurado, salvo que razones procesales lo impidieran. Asimismo se proporcionará a la Compañía cualquier información que solicite para verificar el fallecimiento y se le permitirá realizar las indagaciones que sean necesarias a tal fin, siempre que sean razonables.

El pago de todos los beneficios emergentes de esta póliza, incluidas las coberturas adicionales, se realizará dentro de los 15 (quince) días de recibidas las constancias mencionadas precedentemente o en la cláusula correspondiente.

Artículo 18º: INFORMACIONES QUE DEBEN SUMINISTRARSE A LA COMPAÑÍA

El Tomador y los Asegurados en cuanto sea razonable, se comprometen a suministrar todas las informaciones necesarias para el fiel cumplimiento de esta póliza, tales como fechas de nacimiento, fechas de ingreso al empleo, sueldos, pruebas y certificados de defunción o cualquier otra que se relacione con el seguro. Si resultara errónea el sueldo o salario referente a un Asegurado, la Compañía se obliga a pagar la suma que hubiera estado a su cargo de ser exacta la información. Si la edad verdadera resultase mayor que la declarada, el capital asegurado por esta póliza se reducirá a la suma que, dada la prima pagada, corresponda proporcionalmente a la prima de la edad verdadera; salvo que fuese aplicable el segundo párrafo del artículo 1º.

Si la edad verdadera resultase menor que la declarada, la Compañía restituirá los excedentes de primas pagadas sin intereses y reajustará las primas futuras.

Artículo 19º: NOMINA DE ASEGURADOS

El Tomador entregará a la Compañía, al momento de emitir la póliza, una nómina de los Asegurados con las respectivas sumas aseguradas y periódicamente listas adicionales de modificación por el ingreso y/o egreso de Asegurados y/o por el aumento de reducción de capitales asegurados.

Artículo 20º: EJECUCION DEL CONTRATO

Las relaciones entre la Compañía y los Asegurados o beneficiarios de éstos se desenvolverán siempre por intermedio del Tomador, salvo en lo referente al Derecho de Conversión previsto en el Artículo 15º, que será tratado directamente. En consecuencia, el Tomador efectuará el pago de las primas a la Compañía y cobrará a los Asegurados la prima correspondiente a cada uno de ellos. Lo convenido preferentemente no excluye el derecho propio que contra la Compañía tienen los Asegurados y sus respectivos beneficiarios desde que ocurriera alguno de los eventos previstos por esta póliza.

Artículo 21º: DENUNCIA DE OTROS SEGUROS

Los Asegurados que estuvieran o llegaran a estar incorporados a otra póliza de Seguro de Vida emitida por la Compañía, análoga a la presente, deberán comunicarlo por escrito a la Compañía, la que podrá aceptar esa situación o reducir la suma a asegurar. En caso de trasgresión, la Compañía considerará válido únicamente el certificado vigente de mayor suma y devolverá las primas cobradas de cualquier otro por el período de coberturas superpuestas

Artículo 22º: RESIDENCIA Y VIAJES - RIESGOS NO CUBIERTOS - PERDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACION (Ver Anexo I)

El Asegurado está cubierto por esta póliza sin restricciones en cuanto a residencia y viajes que pueda realizar, dentro o fuera del país.

La Compañía no pagará la indemnización cuando el fallecimiento de un Asegurado se produjera como consecuencia de:

- a) Guerra que no comprenda a la Nación Argentina; en caso de comprenderla las obligaciones del Tomador y de los Asegurados, así como las de la Compañía, se regirán por las normas que, en tal emergencia dictaren las autoridades competentes;*
- b) Suicidio voluntario, salvo que haya estado ininterrumpidamente asegurado por esta póliza por lo menos durante un año antes del hecho;*
- c) Participación en empresa criminal o aplicación legítima de la pena de muerte;*
- d) Acontecimientos catastróficos originados por la energía atómica.*

Artículo 23º: VIGENCIA Y RESCISION DE ESTA POLIZA

La vigencia de esta póliza es anual renovable automáticamente, sin necesidad de comunicación entre las partes. En caso que cualquiera de las partes opte por no renovar el plazo de la presente póliza, deberá comunicarlo a la otra parte con una antelación no menor de un mes (treinta -30- días) a la fecha de aniversario correspondiente.

Sin perjuicio de las demás causales de rescisión y caducidad ya previstas, esta póliza podrá ser rescindida por el Tomador, previo aviso por escrito remitido con anticipación no menor de un mes (treinta -30- días) a cualquier vencimiento de primas.

Artículo 24º: CESIONES

Los derechos emergentes de esta póliza y los certificados respectivos son intransferibles. Toda cesión o transferencia se considerará nula y sin efecto alguno.

Artículo 25º: DUPLICADO DE POLIZA Y DE CERTIFICADOS – COPIAS

En caso de robo, pérdida o destrucción de la póliza o de cualquier certificado individual, el Tomador o el Asegurado, respectivamente, podrán obtener su sustitución por un duplicado.

Las modificaciones o suplementos que se incluyan en el duplicado, a pedido del Tomador o del Asegurado, según el caso, serán los únicos válidos.

El Tomador o los Asegurados tienen derecho a que se les entregue copia de sus declaraciones efectuadas con motivo de este contrato y copia no negociable de la póliza o del correspondiente certificado individual.

Artículo 26º: IMPUESTOS, TASAS Y CONTRIBUCIONES

Los impuestos, tasas y contribuciones de cualquier índole y jurisdicción que se crearen en lo sucesivo o los aumentos eventuales de los existentes, estarán a cargo del Tomador, de los Asegurados, de sus beneficiarios o de sus herederos, según el caso, salvo cuando la Ley los declare expresamente a cargo exclusivo de la Compañía.

Artículo 27º: FACULTADES DEL PRODUCTOR O AGENTE

El Productor o Agente de Seguro, cualquiera sea su vinculación con la Compañía, autorizado por ésta para la mediación, solo está facultado con respecto a las operaciones en las cuales interviene, para:

- a) Recibir propuestas de celebración y modificación de contratos de seguros;*
- b) Entregar los instrumentos emitidos por la Compañía, referentes a contratos o sus prórrogas.*

Artículo 28º: DOMICILIO

El domicilio en el que las partes deberán efectuar las denuncias, declaraciones y demás comunicaciones previstas en este contrato o en la Ley de Seguros (Nº 17.418) es el último declarado por ellas.

Artículo 29º: JURISDICCION

Toda controversia judicial relativa a la presente póliza y a los respectivos certificados, será dirimida, a opción del Asegurado o sus beneficiarios o el Tomador, ante los Tribunales ordinarios competentes del domicilio del Asegurado o Tomador, o del lugar de emisión de la póliza, siempre que sea dentro de los límites del país.

ANEXO I

Artículo 22º: RESIDENCIA Y VIAJES - RIESGOS NO CUBIERTOS - PERDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACION (Ver Anexo I)

El Asegurado está cubierto por esta póliza sin restricciones en cuanto a residencia y viajes que pueda realizar, dentro o fuera del país.

La Compañía no pagará la indemnización cuando el fallecimiento de un Asegurado se produjera como consecuencia de:

- a) Guerra que no comprenda a la Nación Argentina; en caso de comprenderla las obligaciones del Tomador y de los Asegurados, así como las de la Compañía, se regirán por las normas que, en tal emergencia dictaren las autoridades competentes;*
- b) Suicidio voluntario, salvo que haya estado ininterrumpidamente asegurado por esta póliza por lo menos durante un año antes del hecho;*
- c) Participación en empresa criminal o aplicación legítima de la pena de muerte;*
- d) Acontecimientos catastróficos originados por la energía atómica.*

CLAUSULA DE INDEMNIZACION ADICIONAL
POR MUERTE ACCIDENTAL

1. RIESGOS CUBIERTOS

La Compañía concederá el beneficio que acuerda esta cláusula al Asegurado que fallezca a consecuencia de un accidente producido directa y exclusivamente por causas externas, violentas y fortuitas, ajenas a toda otra causa e independientes de su voluntad, siempre que éste ocurra durante la vigencia de la presente cláusula para su certificado individual y antes de que haya cumplido sesenta y seis (66) años de edad, y siempre que la muerte se produzca dentro de los ciento ochenta días de producido el accidente. Se excluyen expresamente los casos que sean consecuencia de enfermedades o infecciones de cualquier naturaleza.

2. BENEFICIO

La Compañía comprobado el fallecimiento a causa de un accidente abonará al beneficiario instituido, el 100% del capital asegurado por la cobertura principal.

El pago del beneficio se realizará dentro de los 15 (quince) días de recibidas las constancias requeridas.

3. CARACTER DEL BENEFICIO

La indemnización por accidente es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la póliza y, en consecuencia, la Compañía no hará, por tal concepto, deducción alguna de la suma asegurada al pagarse cualquiera de ellos.

4. RIESGOS NO CUBIERTOS (ver Anexo I)

Quedan excluidos de la cobertura de esta cláusula los accidentes que sean consecuencia de:

- a) Tentativa de suicidio voluntario o culpa grave del Asegurado;
- b) Duelo, riña, salvo que se tratase de legítima defensa; tumulto popular en que hubiese participado como elemento activo, revolución, o empresa criminal;
- c) Abuso del alcohol, drogas o narcóticos;
- d) Acciones de guerra, declarada o no, dentro o fuera del país;
- e) Participar como conductor o integrante de equipo en competencias de pericia y/o velocidad, con vehículos mecánicos o de tracción a sangre, o en justas hípicas (saltos de vallas u obstáculos);
- f) Intervenir en la prueba de prototipos de aviones, automóviles u otros vehículos de propulsión mecánica;
- g) Practicar o hacer uso de la aviación, salvo como pasajero en servicios de transporte aéreo regular;
- h) Intervenir en otras ascensiones aéreas o en operaciones o viajes submarinos;
- i) Inhalación de gases o envenenamientos de cualquier naturaleza;
- j) Operación quirúrgica no motivada por accidente;
- k) Fenómenos sísmicos, huracanes;
- l) Actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por ninguna necesidad profesional, salvo en caso de tentativa de salvamento de vidas o bienes;
- m) Acontecimientos catastróficos originados por la energía atómica.

5. COMPROBACIONES DEL ACCIDENTE

Corresponde al beneficiario instituido:

- a) Denunciar el accidente dentro de los quince (15) días de la fecha en que haya ocurrido, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia, so pena de perder todo derecho a indemnización;
- b) Suministrar pruebas sobre la fecha y la causa del accidente, como acerca de la manera y del lugar en que se produjo;
- c) Facilitar cualquier comprobación o aclaración;

La Compañía, se reserva el derecho de gestionar la exhumación del cadáver y practicar la autopsia en presencia de uno de sus facultativos, con gastos a cargo de la misma. El beneficiario prestará su conformidad y su concurso para la obtención de las correspondientes autorizaciones para realizarla.

6. VALUACION POR PERITOS

Si en la apreciación del evento surgieran divergencias entre las partes, las mismas serán definidas por dos (2) médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los ocho días de su designación, a un tercer facultativo para el caso de divergencia.

Los médicos designados por las partes deberán presentar su informe dentro de los quince días y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de ocho días.

Si una de las partes omitiera designar médico dentro del octavo día de requerido por la otra, o si el tercer facultativo no fuera electo en el plazo establecido en el párrafo anterior, la parte más diligente previa intimación a la otra, procederá a su designación.

Los honorarios y gastos de los médicos de las partes estarán a su respectivo cargo y los del tercer médico serán pagados por la parte cuyas pretensiones se alejen más del dictamen definitivo. En caso de equidistancia los honorarios y gastos del tercer médico serán pagados en partes iguales por cada una de las partes.

7. TERMINACION DE LA COBERTURA

La cobertura del riesgo de accidente prevista en esta cláusula, cesará para cada certificado en las siguientes circunstancias:

- a) Al caducar la póliza y/o el certificado individual por cualquier causa;*
- b) A partir de la fecha en que el Asegurado cumpla sesenta y seis (66) años de edad, en caso de existir prima de riesgo no corrido se devolverá al tomador;
En caso de corresponder, el tomador será responsable de la devolución de la fracción de la prima a cargo del asegurado.*
- c) Al dejar de pertenecer al grupo regido por el Tomador;*
- d) Al rescindirse la presente cláusula adicional;*
- e) Por la renuncia a continuar asegurado por la presente cláusula.*

ANEXO I

4. RIESGOS NO CUBIERTOS (ver Anexo I)

Quedan excluidos de la cobertura de esta cláusula los accidentes que sean consecuencia de:

- a) *Tentativa de suicidio voluntario o culpa grave del Asegurado;*
- b) *Duelo, riña, salvo que se tratase de legítima defensa; tumulto popular en que hubiese participado como elemento activo, revolución, o empresa criminal;*
- c) *Abuso del alcohol, drogas o narcóticos;*
- d) *Acciones de guerra, declarada o no, dentro o fuera del país;*
- e) *Participar como conductor o integrante de equipo en competencias de pericia y/o velocidad, con vehículos mecánicos o de tracción a sangre, o en justas hípicas (saltos de vallas u obstáculos);*
- f) *Intervenir en la prueba de prototipos de aviones, automóviles u otros vehículos de propulsión mecánica;*
- g) *Practicar o hacer uso de la aviación, salvo como pasajero en servicios de transporte aéreo regular;*
- h) *Intervenir en otras ascensiones aéreas o en operaciones o viajes submarinos;*
- i) *Inhalación de gases o envenenamientos de cualquier naturaleza;*
- j) *Operación quirúrgica no motivada por accidente;*
- k) *Fenómenos sísmicos, huracanes;*
- l) *Actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por ninguna necesidad profesional, salvo en caso de tentativa de salvamento de vidas o bienes;*
- n) *Acontecimientos catastróficos originados por la energía atómica.*

CLAUSULA DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE –
LIQUIDACION DEL CAPITAL ASEGURADO

4. RIESGOS CUBIERTOS

La Compañía concederá el beneficio que acuerda esta cláusula al Asegurado cuyo estado de invalidez total y permanente, como consecuencia de enfermedad o accidente, no le permita desempeñar por cuenta propia o en relación de dependencia cualquier actividad remunerativa, siempre que tal estado haya continuado ininterrumpidamente por tres (3) meses como mínimo y se hubiera iniciado durante la vigencia de la presente cláusula para su certificado individual y antes de cumplir sesenta y seis (66) años de edad. Se excluyen expresamente los casos que afecten al Asegurado en forma parcial o temporal.

En las denuncias de invalidez, la Compañía procederá a su reconocimiento de acuerdo con las constancias médicas y demás elementos mencionados en el punto 5º, siempre que sean razonablemente demostrativos del estado de invalidez total y permanente.

Sin perjuicio de otras causas, la Compañía reconocerá como casos de invalidez total y permanente los siguientes:

- a) La pérdida de la vista de ambos ojos de manera total e irrecuperable por tratamiento médico y/o quirúrgico;
- b) La amputación o inhabilitación completa de ambas manos o de ambos pies, o de una mano y de un pie o de una mano y la pérdida de la vista de un ojo, o la pérdida de la vista de un ojo y la amputación o inhabilitación completa de un pie;
- c) La enajenación mental incurable;
- d) La parálisis general.

5. BENEFICIO

La Compañía, comprobada la invalidez, abonará al Asegurado una indemnización igual al capital asegurado por la cobertura principal.

El pago del beneficio se realizará dentro de los 15 (quince) días de recibidas las constancias requeridas.

6. CARACTER DEL BENEFICIO

El beneficio acordado por invalidez es "sustitutivo" del capital asegurado que debiera liquidarse en caso de muerte del Asegurado, de modo que, con el pago a que se refiere el punto anterior, la Compañía queda liberada de cualquier otra obligación posterior con respecto a dicho Asegurado, salvo las obligaciones pendientes a la fecha del siniestro.

7. RIESGOS NO CUBIERTOS (ver Anexo I)

Quedan excluidos de la cobertura de ésta cláusula las consecuencias de:

- a) Tentativa de suicidio o culpa grave del Asegurado;
- b) Duelo, riña, salvo que se tratase de legítima defensa; tumulto popular en que hubiese participado como elemento activo; revolución o empresa criminal;
- c) Abuso del alcohol, drogas o narcóticos;
- d) Acciones de guerra, declarada o no, dentro o fuera del país;
- e) Participar como conductor o integrante de equipo en competencias de pericia y/o velocidad, con vehículos mecánicos o de tracción a sangre, o en justas hípicas (saltos de vallas o carreras con obstáculos);
- f) Intervenir en la prueba de prototipos de aviones, automóviles u otros vehículos de propulsión mecánica;
- g) Practicar o hacer uso de la aviación, salvo como pasajero en servicios de transporte aéreo regular;
- h) Intervenir en otras ascensiones aéreas o en operaciones o viajes submarinos;
- i) Acontecimientos catastróficos originados por la energía atómica.

8. COMPROBACION DE LA INVALIDEZ

Corresponde al Asegurado o a su representante:

- a) Denunciar la existencia de la invalidez;
- b) Presentar las constancias médicas y/o testimoniales de su comienzo y causas;
- c) Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta dos exámenes médicos por facultativos designados por la Compañía y con gastos a cargo de ésta.

9. PLAZO DE PRUEBA

La Compañía dentro de los quince (15) días de recibida la denuncia y/o las constancias a que se refiere el punto anterior contados desde la fecha que sea posterior, deberá hacer saber al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento de los beneficios. Si las comprobaciones a que se refiere el punto 5° no resultaron concluyentes en cuanto al carácter total y permanente de la invalidez, la Compañía podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor de tres (3) meses, a fin de confirmar el diagnóstico.

La no contestación, por parte de la Compañía dentro del plazo establecido, significará automáticamente el reconocimiento de los beneficios reclamados.

10. ENFERMEDADES PREEXISTENTES

La Compañía no cubrirá la invalidez total y permanente cuando la misma se produjera como consecuencia de una enfermedad preexistente.

Se entiende por enfermedad preexistente a toda enfermedad que padeciera el Asegurado, diagnosticada con anterioridad a su incorporación al seguro, y que fuera la causa directa de su invalidez total y permanente.

A efectos de que proceda la exclusión por Enfermedades Preexistentes la invalidez total y permanente del Asegurado debe manifestarse por primera vez durante el plazo establecido en las Condiciones Particulares, contado desde la fecha de inicio de la cobertura para el Asegurado. El plazo máximo que podrá pactarse en las Condiciones Particulares no podrá exceder los 12 meses.

Esta exclusión no resultará de aplicación cuando la Compañía solicite requisitos de asegurabilidad que tengan por objeto conocer el estado de salud del Asegurado.

11. VALUACION POR PERITOS

Si en la apreciación del evento surgieran divergencias entre las partes, las mismas serán definidas por dos (2) médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los ocho días de su designación, a un tercer facultativo para el caso de divergencia.

Los médicos designados por las partes deberán presentar su informe dentro de los quince días y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de ocho días.

Si una de las partes omitiera designar médico dentro del octavo día de requerido por la otra, o si el tercer facultativo no fuera electo en el plazo establecido en el párrafo anterior, la parte más diligente previa intimación a la otra, procederá a su designación.

Los honorarios y gastos de los médicos de las partes estarán a su respectivo cargo y los del tercer médico serán pagados por la parte cuyas pretensiones se alejen más del dictamen definitivo. En caso de equidistancia los honorarios y gastos del tercer médico serán pagados en partes iguales por cada una de las partes.

12. TERMINACION DE LA COBERTURA

La cobertura del riesgo de invalidez prevista en esta cláusula, cesará para cada certificado en las siguientes circunstancias:

- a) Al caducar la póliza y/o certificado individual por cualquier causa;
- b) A partir de la fecha en que el Asegurado cumpla sesenta y seis (66) años de edad; en caso de existir prima de riesgo no corrido se devolverá al tomador;
- c) En caso de corresponder, el tomador será responsable de la devolución de la fracción de la prima a cargo del asegurado.
- d) Al dejar de pertenecer al grupo regido por el Tomador;
- e) Al rescindirse la presente cláusula adicional.

ANEXO I

4. RIESGOS NO CUBIERTOS (ver Anexo I)

Quedan excluidos de la cobertura de ésta cláusula las consecuencias de:

- a) *Tentativa de suicidio o culpa grave del Asegurado;*
- b) *Duelo, riña, salvo que se tratase de legítima defensa; tumulto popular en que hubiese participado como elemento activo; revolución o empresa criminal;*
- c) *Abuso del alcohol, drogas o narcóticos;*
- d) *Acciones de guerra, declarada o no, dentro o fuera del país;*
- e) *Participar como conductor o integrante de equipo en competencias de pericia y/o velocidad, con vehículos mecánicos o de tracción a sangre, o en justas hípicas (saltos de vallas o carreras con obstáculos);*
- f) *Intervenir en la prueba de prototipos de aviones, automóviles u otros vehículos de propulsión mecánica;*
- g) *Practicar o hacer uso de la aviación, salvo como pasajero en servicios de transporte aéreo regular;*
- h) *Intervenir en otras ascensiones aéreas o en operaciones o viajes submarinos;*
- i) *Acontecimientos catastróficos originados por la energía atómica.*

CLAUSULA DE INDEMNIZACIONES ADICIONALES
POR ACCIDENTE COBERTURA SIMPLE

1. RIESGOS CUBIERTOS

La Compañía concederá el beneficio que acuerda esta cláusula al Asegurado que sufra las consecuencias de lesiones corporales producidas directa y exclusivamente por causas externas, violentas y fortuitas, ajenas a toda otra causa e independientes de su voluntad, experimentadas dentro de los ciento ochenta (180) días del suceso o accidente, siempre que éste ocurra durante la vigencia de la presente cláusula para su certificado individual y antes de que haya cumplido sesenta y seis (66) años de edad. Se excluyen expresamente los casos que sean consecuencia de enfermedades o infecciones de cualquier naturaleza.

2. BENEFICIO

La Compañía, comprobado el accidente, abonará al Asegurado o al beneficiario instituido el porcentaje del capital asegurado de la cobertura principal que establece la escala siguiente:

Por la pérdida:

a) de la vida	100%
b) de los dos ojos, o de los dos brazos, o de las dos piernas, o de los dos pies, o de un brazo y un pie, o de una pierna y una mano	100%
c) de un brazo o de una mano	50%
d) de una pierna o de un pie	50%
e) de un ojo solo	50%

Con respecto a brazos, manos, piernas, pies, se entiende por pérdida la amputación o la inhabilitación funcional completa y definitiva de los mismos; en cuanto a los ojos, consiste en la pérdida de la vista de manera total e irrecuperable por tratamiento médico y/o quirúrgico.

En el caso de varias pérdidas en uno o más accidentes, la Compañía abonará la indemnización que corresponda a la suma de los respectivos porcentajes, hasta un máximo del 100%. En ningún caso la Compañía abonará indemnizaciones mayores al 100% del capital asegurado por la cobertura principal.

Si las consecuencias de un accidente, ya indemnizado se agravaran, y durante el transcurso de los doce meses siguientes a la fecha del accidente, ocasionaran otra u otras pérdidas, o la muerte, la Compañía pagará cualquier diferencia que pudiera corresponder, sin excederse el máximo de la cobertura.

El pago del beneficio se realizará dentro de los 15 (quince) días de recibidas las constancias requeridas.

3. CARACTER DEL BENEFICIO

Las indemnizaciones por accidente son adicionales e independientes de los demás beneficios previstos en la póliza y, en consecuencia, la Compañía no hará, por tal concepto, deducción alguna de la suma asegurada al pagarse cualquiera de ellos, sea por fallecimiento o por invalidez del Asegurado.

4. RIESGOS NO CUBIERTOS (Ver Anexo I)

Quedan excluidos de la cobertura de esta cláusula los accidentes que sean consecuencia de:

- a) Tentativa de suicidio voluntario o culpa grave del Asegurado;
- b) Duelo, riña, salvo que se tratase de legítima defensa; tumulto popular en que hubiese participado como elemento activo, revolución, o empresa criminal;
- c) Abuso del alcohol, drogas o narcóticos;
- d) Acciones de guerra, declarada o no, dentro o fuera del país;
- e) Participar como conductor o integrante de equipo en competencias de pericia y/o velocidad, con vehículos mecánicos o de tracción a sangre, o en justas hípicas (saltos de vallas u obstáculos);
- f) Intervenir en la prueba de prototipos de aviones, automóviles u otros vehículos de propulsión mecánica;
- g) Practicar o hacer uso de la aviación, salvo como pasajero en servicios de transporte aéreo regular;
- h) Intervenir en otras ascensiones aéreas o en operaciones o viajes submarinos;
- i) Inhalación de gases o envenenamientos de cualquier naturaleza;
- j) Operación quirúrgica no motivada por accidente;

- k) *Fenómenos sísmicos, huracanes;*
- l) *Actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por ninguna necesidad profesional, salvo en caso de tentativa de salvamento de vidas o bienes;*
- m) *Acontecimientos catastróficos originados por la energía atómica.*

5. COMPROBACION DEL ACCIDENTE

Corresponde al Asegurado o al beneficiario instituido:

- a) *Denunciar el accidente dentro de los quince (15) días de la fecha en que haya ocurrido, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia, so pena de perder todo derecho a indemnización;*
- b) *Suministrar pruebas sobre la fecha y la causa del accidente como acerca de la manera y del lugar en que se produjo;*
- c) *Facilitar cualquier comprobación o aclaración;*
- d) *Adoptar todas las medidas posibles conducentes a disminuir las consecuencias del accidente.*

La Compañía, en caso de muerte del Asegurado, se reserva el derecho de gestionar la exhumación del cadáver y practicar la autopsia en presencia de uno de sus facultativos, con gastos a cargo de la misma. El beneficiario prestará su conformidad y su concurso para la obtención de las correspondientes autorizaciones para realizarla.

6. VALUACION DE PERITOS

Si en la apreciación del evento surgieran divergencias entre las partes, las mismas serán definidas por dos (2) médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los ocho días de su designación, a un tercer facultativo para el caso de divergencia.

Los médicos designados por las partes deberán presentar su informe dentro de los quince días y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de ocho días.

Si una de las partes omitiera designar médico dentro del octavo día de requerido por la otra, o si el tercer facultativo no fuera electo en el plazo establecido en el párrafo anterior, la parte más diligente previa intimación a la otra, procederá a su designación.

Los honorarios y gastos de los médicos de las partes estarán a su respectivo cargo y los del tercer médico serán pagados por la parte cuyas pretensiones se alejen más del dictamen definitivo. En caso de equidistancia los honorarios y gastos del tercer médico serán pagados en partes iguales por cada una de las partes.

7. TERMINACION DE LA COBERTURA

La cobertura del riesgo de accidente prevista en esta cláusula, cesará para cada certificado en las siguientes circunstancias:

- a) *A partir del momento en que el Asegurado haya percibido, por aplicación de esta cláusula, indemnizaciones equivalentes al capital asegurado de la cobertura principal;*
- b) *Al caducar la póliza y/o certificado individual por cualquier causa;*
- c) *Al producirse la invalidez total y permanente del Asegurado;*
- d) *A partir de la fecha en que el Asegurado cumpla sesenta y seis (66) años de edad; en caso de existir prima de riesgo no corrido se devolverá al tomador; En caso de corresponder, el tomador será responsable de la devolución de la fracción de la prima a cargo del asegurado.*
- e) *Al retirarse el Asegurado del grupo regido por el Tomador;*
- f) *Al rescindirse la presente cláusula adicional.*

ANEXO I

4. RIESGOS NO CUBIERTOS (Ver Anexo I)

Quedan excluidos de la cobertura de esta cláusula los accidentes que sean consecuencia de:

- a) *Tentativa de suicidio voluntario o culpa grave del Asegurado;*
- b) *Duelo, riña, salvo que se tratase de legítima defensa; tumulto popular en que hubiese participado como elemento activo, revolución, o empresa criminal;*
- c) *Abuso del alcohol, drogas o narcóticos;*
- d) *Acciones de guerra, declarada o no, dentro o fuera del país;*
- e) *Participar como conductor o integrante de equipo en competencias de pericia y/o velocidad, con vehículos mecánicos o de tracción a sangre, o en justas hípicas (saltos de vallas u obstáculos);*
- f) *Intervenir en la prueba de prototipos de aviones, automóviles u otros vehículos de propulsión mecánica;*
- g) *Practicar o hacer uso de la aviación, salvo como pasajero en servicios de transporte aéreo regular;*
- h) *Intervenir en otras ascensiones aéreas o en operaciones o viajes submarinos;*
- i) *Inhalación de gases o envenenamientos de cualquier naturaleza;*
- j) *Operación quirúrgica no motivada por accidente;*
- k) *Fenómenos sísmicos, huracanes;*
- l) *Actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por ninguna necesidad profesional, salvo en caso de tentativa de salvamento de vidas o bienes;*
- m) *Acontecimientos catastróficos originados por la energía atómica.*

**CLAUSULA DE INDEMNIZACIONES ADICIONALES
POR ACCIDENTE COBERTURA REDUCIDA**

1. RIESGOS CUBIERTOS

La Compañía concederá el beneficio que acuerda esta cláusula al Asegurado que sufra las consecuencias de lesiones corporales producidas directa y exclusivamente por causas externas, violentas y fortuitas, ajenas a toda otra causa e independientes de su voluntad, experimentadas dentro de los ciento ochenta (180) días del suceso o accidente, siempre que éste ocurra durante la vigencia de la presente cláusula para su certificado individual y antes de que haya cumplido sesenta y seis (66) años de edad. Se excluyen expresamente los casos que sean consecuencia de enfermedades o infecciones de cualquier naturaleza.

2. BENEFICIO

La Compañía, comprobado el accidente, abonará al Asegurado o al beneficiario instituido el porcentaje del capital asegurado que establece la escala siguiente:

Por la pérdida

a) de la vida	100%	
b) de la vista de ambos ojos	100%	
c) de ambas manos o de ambos pies	100%	
d) de la vista de un ojo	40%	
e) del brazo derecho	65%	
f) de la mano derecha	60%	
g) del brazo izquierdo	52%	
h) de la mano izquierda	48%	
i) de una pierna	55%	
j) de un pie	40%	
k) del dedo pulgar de la mano derecha	18%	
l) del dedo pulgar de la mano izquierda	14%	
m) del dedo índice de la mano derecha	14%	
n) del dedo índice de la mano izquierda	11%	
ñ) del dedo medio de la mano derecha	9%	
o) del dedo medio de la mano izquierda	7%	
p) del dedo anular o meñique de la mano derecha	8%	
q) del dedo anular o meñique de la mano izquierda	6%	
r) del dedo pulgar del pie		8%
s) de cualquier otro dedo del pie	4%	

En caso de constar en la solicitud individual que el Asegurado haya declarado ser zurdo, se invertirán los porcentajes de indemnizaciones fijados por las pérdidas en los miembros superiores.

Con respecto a brazos, manos, piernas, pies y dedos, se entiende por pérdida la amputación o la inhabilitación funcional completa y definitiva de los mismos; en cuanto a los ojos, consiste en la pérdida de la vista de manera total e irrecuperable por tratamiento médico y/o quirúrgico.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada únicamente cuando se ha producido por amputación total y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponda por pérdida del dedo entero si la falange fuera del pulgar y a la tercera parte, por cada falange de cualquier otro dedo.

En el caso de varias pérdidas en uno o más accidentes, la Compañía abonará la indemnización que corresponda a la suma de los respectivos porcentajes. Cuando esa suma sea del 80% o más, se pagará la indemnización máxima prevista por ésta cláusula que es del 100% del capital asegurado de la cobertura principal.

Si las consecuencias de un accidente ya indemnizado se agravaran y, durante el transcurso de los doce meses siguientes a la fecha del accidente, ocasionaran otra u otras pérdidas o la muerte, la Compañía pagará cualquier diferencia que pudiera corresponder, sin excederse el máximo de la cobertura.

El pago del beneficio se realizará dentro de los 15 (quince) días de recibidas las constancias requeridas.

3. CARACTER DEL BENEFICIO

Las indemnizaciones por accidente son adicionales e independientes de los demás beneficios previstos en la póliza y, en consecuencia, la Compañía no hará, por tal concepto, deducción alguna de la suma asegurada al pagarse cualquiera de ellos, sea por fallecimiento o por invalidez del Asegurado.

4. RIESGOS NO CUBIERTOS (Ver Anexo I)

Quedan excluidos de la cobertura de esta cláusula los accidentes que sean consecuencia de:

- a) Tentativa de suicidio voluntario o culpa grave del Asegurado;
- b) Duelo, riña, salvo que se tratase de legítima defensa; tumulto popular en que hubiese participado como elemento activo, revolución, o empresa criminal;
- c) Abuso del alcohol, drogas o narcóticos;
- d) Acciones de guerra, declarada o no, dentro o fuera del país;
- e) Participar como conductor o integrante de equipo en competencias de pericia y/o velocidad, con vehículos mecánicos o de tracción a sangre, o en justas hípicas (saltos de vallas u obstáculos);
- f) Intervenir en la prueba de prototipos de aviones, automóviles u otros vehículos de propulsión mecánica;
- g) Practicar o hacer uso de la aviación, salvo como pasajero en servicios de transporte aéreo regular;
- h) Intervenir en otras ascensiones aéreas o en operaciones o viajes submarinos;
- i) Inhalación de gases o envenenamientos de cualquier naturaleza;
- j) Operación quirúrgica no motivada por accidente;
- k) Fenómenos sísmicos, huracanes;
- l) Actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por ninguna necesidad profesional, salvo en caso de tentativa de salvamento de vidas o bienes;
- m) Acontecimientos catastróficos originados por la energía atómica.

5. COMPROBACION DEL ACCIDENTE

Corresponde al Asegurado o al beneficiario instituido:

- a) Denunciar el accidente dentro de los quince (15) días de la fecha en que haya ocurrido, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia, so pena de perder todo derecho a indemnización;
- b) Suministrar pruebas sobre la fecha y la causa del accidente como acerca de la manera y del lugar en que se produjo;
- c) Facilitar cualquier comprobación o aclaración;
- d) Adoptar todas las medidas posibles conducentes a disminuir las consecuencias del accidente.

La Compañía, en caso de muerte del Asegurado, se reserva el derecho de gestionar la exhumación del cadáver y practicar la autopsia en presencia de uno de sus facultativos, con gastos a cargo de la misma. El beneficiario prestará su conformidad y su concurso para la obtención de las correspondientes autorizaciones para realizarla.

6. VALUACION DE PERITOS

Si en la apreciación del evento surgieran divergencias entre las partes, las mismas serán definidas por dos (2) médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los ocho días de su designación, a un tercer facultativo para el caso de divergencia.

Los médicos designados por las partes deberán presentar su informe dentro de los quince días y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de ocho días.

Si una de las partes omitiera designar médico dentro del octavo día de requerido por la otra, o si el tercer facultativo no fuera electo en el plazo establecido en el párrafo anterior, la parte más diligente previa intimación a la otra, procederá a su designación.

Los honorarios y gastos de los médicos de las partes estarán a su respectivo cargo y los del tercer médico serán pagados por la parte cuyas pretensiones se alejen más del dictamen definitivo. En caso de equidistancia los honorarios y gastos del tercer médico serán pagados en partes iguales por cada una de las partes.

7. TERMINACION DE LA COBERTURA

La cobertura del riesgo de accidente prevista en esta cláusula, cesará para cada certificado en las siguientes circunstancias:

- a) A partir del momento en que el Asegurado haya percibido, por aplicación de esta cláusula, indemnizaciones equivalentes al capital asegurado de la cobertura principal;*
- b) Al caducar la póliza y/o certificado individual por cualquier causa;*
- c) Al producirse la invalidez total y permanente del Asegurado;*
- d) A partir de la fecha en que el Asegurado cumpla sesenta y seis (66) años de edad; en caso de existir prima de riesgo no corrido se devolverá al tomador; En caso de corresponder, el tomador será responsable de la devolución de la fracción de la prima a cargo del asegurado.*
- e) Al retirarse el Asegurado del grupo regido por el Tomador;*
- f) Al rescindirse la presente cláusula adicional.*

ANEXO I

4. RIESGOS NO CUBIERTOS (Ver Anexo I)

Quedan excluidos de la cobertura de esta cláusula los accidentes que sean consecuencia de:

- a) *Tentativa de suicidio voluntario o culpa grave del Asegurado;*
- b) *Duelo, riña, salvo que se tratase de legítima defensa; tumulto popular en que hubiese participado como elemento activo, revolución, o empresa criminal;*
- c) *Abuso del alcohol, drogas o narcóticos;*
- d) *Acciones de guerra, declarada o no, dentro o fuera del país;*
- e) *Participar como conductor o integrante de equipo en competencias de pericia y/o velocidad, con vehículos mecánicos o de tracción a sangre, o en justas hípicas (saltos de vallas u obstáculos);*
- f) *Intervenir en la prueba de prototipos de aviones, automóviles u otros vehículos de propulsión mecánica;*
- g) *Practicar o hacer uso de la aviación, salvo como pasajero en servicios de transporte aéreo regular;*
- h) *Intervenir en otras ascensiones aéreas o en operaciones o viajes submarinos;*
- i) *Inhalación de gases o envenenamientos de cualquier naturaleza;*
- j) *Operación quirúrgica no motivada por accidente;*
- k) *Fenómenos sísmicos, huracanes;*
- l) *Actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por ninguna necesidad profesional, salvo en caso de tentativa de salvamento de vidas o bienes;*
- m) *Acontecimientos catastróficos originados por la energía atómica.*

CLAUSULA DE INDEMNIZACIONES ADICIONALES
POR ACCIDENTES COBERTURA AMPLIA

1. RIESGOS CUBIERTOS

La Compañía concederá el beneficio que acuerda esta cláusula al Asegurado que sufra las consecuencias de lesiones corporales producidas directa y exclusivamente por causas externas, violentas y fortuitas, ajenas a toda otra causa e independientes de su voluntad, experimentadas dentro de los ciento ochenta (180) días del suceso o accidente, siempre que éste ocurra durante la vigencia de la presente cláusula para su certificado individual y antes de que haya cumplido sesenta y seis (66) años de edad. Se excluyen expresamente los casos que sean consecuencia de enfermedades o infecciones de cualquier naturaleza.

2. BENEFICIO

La Compañía, comprobado el accidente, abonará al Asegurado o al beneficiario instituido el porcentaje del capital asegurado que establece la escala siguiente:

Por la pérdida:

TOTAL

De la vida.....	100%
De dos ojos o dos brazos o dos piernas, o dos pies, o un brazo y un pie o una pierna y una mano.....	100%
Estado absoluto e incurable de alienación mental, que no permita al Asegurado ningún trabajo u ocupación, por el resto de su vida	100%
Fractura incurable de la columna vertebral que determine la invalidez total o permanente.....	100%

PARCIAL

a) Cabeza

Sordera total e incurable de los dos oídos	50%
Pérdida total de un ojo o reducción de la mitad de la visión binocular normal	40%
Sordera total e incurable de un oído	15%
Ablación de la mandíbula inferior	50%

b) Miembros superiores

	Der.	Izq.
Pérdida total de un brazo	65%	52%
Pérdida total de una mano	60%	48%
Fractura no consolidada de un brazo (seudoartrosis total)	45%	36%
Anquilosis del hombro en posición no funcional	30%	24%
Anquilosis del hombro en posición funcional	25%	20%
Anquilosis del codo en posición no funcional	25%	20%
Anquilosis del codo en posición funcional	20%	16%
Anquilosis de la muñeca en posición no funcional	20%	16%
Anquilosis de la muñeca en posición funcional	15%	12%
Pérdida total del pulgar	18%	14%
Pérdida total del índice	14%	11%
Pérdida total del dedo medio	9%	7%
Pérdida total del anular o meñique	8%	6%

c) Miembros inferiores

Pérdida total de una pierna	55%
Pérdida total de un pie	40%
Fractura no consolidada de un muslo (seudoartrosis total)	35%
Fractura no consolidada de una pierna (seudoartrosis total)	30%
Fractura no consolidada de una rótula	30%
Fractura no consolidada de un pie (seudoartrosis total)	20%
Anquilosis de la cadera en posición no funcional	40%
Anquilosis de la cadera en posición funcional	20%
Anquilosis de la rodilla en posición no funcional	30%
Anquilosis de la rodilla en posición funcional	15%
Anquilosis del empeine (garganta del pie) en posición no funcional.....	15%
Anquilosis del empeine (garganta del pie) en posición funcional	8%
Acortamiento de un miembro inferior de por lo menos cinco centímetros..	15%
Acortamiento de un miembro inferior de por lo menos tres centímetros ..	8%
Pérdida total del dedo gordo de un pie	8%

Pérdida total de otro dedo del pie 4%

En caso de constar en la solicitud individual que el Asegurado haya declarado ser zurdo, se invertirán los porcentajes de indemnizaciones fijados por las pérdidas en los miembros superiores.

Con respecto a brazos, manos, piernas, pies y dedos, se entiende por pérdida la amputación o la inhabilitación funcional completa y definitiva de los mismos; en cuanto a los ojos, consiste en la pérdida de la vista de manera total e irrecuperable por tratamiento médico y/o quirúrgico.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada únicamente cuando se ha producido por amputación total y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponda por pérdida del dedo entero si la falange fuera del pulgar y a la tercera parte, por cada falange de cualquier otro dedo.

En el caso de varias pérdidas en uno o más accidentes, la Compañía abonará la indemnización que corresponda a la suma de los respectivos porcentajes. Cuando esa suma sea del 80% o más, se pagará la indemnización máxima prevista por ésta cláusula que es el 100% del capital asegurado.

Si las consecuencias de un accidente ya indemnizado se agravaran y, durante el transcurso de los doce meses siguientes a la fecha del accidente, ocasionaran otra u otras pérdidas o la muerte, la Compañía pagará cualquier diferencia que pudiera corresponder, sin excederse el máximo de la cobertura.

El pago del beneficio se realizará dentro de los 15 (quince) días de recibidas las constancias requeridas.

3. CARACTER DEL BENEFICIO

Las indemnizaciones por accidente son adicionales e independientes de los demás beneficios previstos en la póliza y, en consecuencia, la Compañía no hará, por tal concepto, deducción alguna de la suma asegurada al pagarse cualquiera de ellos, sea por fallecimiento o por invalidez del Asegurado.

4. RIESGOS NO CUBIERTOS (Ver Anexo I)

Quedan excluidos de la cobertura de esta cláusula los accidentes que sean consecuencia de:

- a) Tentativa de suicidio voluntario o culpa grave del Asegurado;*
- b) Duelo, riña, salvo que se tratase de legítima defensa; tumulto popular en que hubiese participado como elemento activo, revolución, o empresa criminal;*
- c) Abuso del alcohol, drogas o narcóticos;*
- d) Acciones de guerra, declarada o no, dentro o fuera del país;*
- e) Participar como conductor o integrante de equipo en competencias de pericia y/o velocidad, con vehículos mecánicos o de tracción a sangre, o en justas hípicas (saltos de vallas u obstáculos);*
- f) Intervenir en la prueba de prototipos de aviones, automóviles u otros vehículos de propulsión mecánica;*
- g) Practicar o hacer uso de la aviación, salvo como pasajero en servicios de transporte aéreo regular;*
- h) Intervenir en otras ascensiones aéreas o en operaciones o viajes submarinos;*
- i) Inhalación de gases o envenenamientos de cualquier naturaleza;*
- j) Operación quirúrgica no motivada por accidente;*
- k) Fenómenos sísmicos, huracanes;*
- l) Actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por ninguna necesidad profesional, salvo en caso de tentativa de salvamento de vidas o bienes;*
- m) Acontecimientos catastróficos originados por la energía atómica.*

5. COMPROBACION DEL ACCIDENTE

Corresponde al Asegurado o al beneficiario instituido:

- a) Denunciar el accidente dentro de los quince (15) días de la fecha en que haya ocurrido, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia, so pena de perder todo derecho a indemnización;*
- b) Suministrar pruebas sobre la fecha y la causa del accidente como acerca de la manera y del lugar en que se produjo;*
- c) Facilitar cualquier comprobación o aclaración;*
- d) Adoptar todas las medidas posibles conducentes a disminuir las consecuencias del accidente.*

La Compañía, en caso de muerte del Asegurado, se reserva el derecho de gestionar la exhumación del cadáver y practicar la autopsia en presencia de uno de sus facultativos, con gastos a cargo de la misma. El beneficiario

prestará su conformidad y su concurso para la obtención de las correspondientes autorizaciones para realizarla.

6. VALUACION DE PERITOS

Si en la apreciación del evento surgieran divergencias entre las partes, las mismas serán definidas por dos (2) médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los ocho días de su designación, a un tercer facultativo para el caso de divergencia.

Los médicos designados por las partes deberán presentar su informe dentro de los quince días y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de ocho días.

Si una de las partes omitiera designar médico dentro del octavo día de requerido por la otra, o si el tercer facultativo no fuera electo en el plazo establecido en el párrafo anterior, la parte más diligente previa intimación a la otra, procederá a su designación.

Los honorarios y gastos de los médicos de las partes estarán a su respectivo cargo y los del tercer médico serán pagados por la parte cuyas pretensiones se alejen más del dictamen definitivo. En caso de equidistancia los honorarios y gastos del tercer médico serán pagados en partes iguales por cada una de las partes.

7. TERMINACION DE LA COBERTURA

La cobertura del riesgo de accidente prevista en esta cláusula, cesará para cada certificado en las siguientes circunstancias:

- a) A partir del momento en que el Asegurado haya percibido, por aplicación de esta cláusula, indemnizaciones equivalentes al capital asegurado de la cobertura principal;*
- b) Al caducar la póliza y/o certificado individual por cualquier causa;*
- c) Al producirse la invalidez total y permanente del Asegurado;*
- d) A partir de la fecha en que el Asegurado cumpla sesenta y seis (66) años de edad; en caso de existir prima de riesgo no corrido se devolverá al tomador; En caso de corresponder, el tomador será responsable de la devolución de la fracción de la prima a cargo del asegurado.*
- e) Al retirarse el Asegurado del grupo regido por el Tomador;*
- f) Al rescindirse la presente cláusula adicional.*

ANEXO I

4. RIESGOS NO CUBIERTOS (Ver Anexo I)

Quedan excluidos de la cobertura de esta cláusula los accidentes que sean consecuencia de:

- a) *Tentativa de suicidio voluntario o culpa grave del Asegurado;*
- b) *Duelo, riña, salvo que se tratase de legítima defensa; tumulto popular en que hubiese participado como elemento activo, revolución, o empresa criminal;*
- c) *Abuso del alcohol, drogas o narcóticos;*
- d) *Acciones de guerra, declarada o no, dentro o fuera del país;*
- e) *Participar como conductor o integrante de equipo en competencias de pericia y/o velocidad, con vehículos mecánicos o de tracción a sangre, o en justas hípicas (saltos de vallas u obstáculos);*
- f) *Intervenir en la prueba de prototipos de aviones, automóviles u otros vehículos de propulsión mecánica;*
- g) *Practicar o hacer uso de la aviación, salvo como pasajero en servicios de transporte aéreo regular;*
- h) *Intervenir en otras ascensiones aéreas o en operaciones o viajes submarinos;*
- i) *Inhalación de gases o envenenamientos de cualquier naturaleza;*
- j) *Operación quirúrgica no motivada por accidente;*
- k) *Fenómenos sísmicos, huracanes;*
- l) *Actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por ninguna necesidad profesional, salvo en caso de tentativa de salvamento de vidas o bienes;*
- m) *Acontecimientos catastróficos originados por la energía atómica.*

CLAUSULA DE INDEMNIZACION ANTICIPADA
POR ENFERMEDADES

1. RIESGO CUBIERTO

El Asegurado podrá solicitar a la Compañía el pago anticipado del 50 % del capital asegurado, previsto para la cobertura principal de fallecimiento, cuando le sea diagnosticada, de acuerdo con los conocimientos médicos y científicos del momento del examen, una enfermedad incurable, de progresión rápida y en su fase terminal, con una esperanza de vida inferior a seis (6) meses, siempre que la misma "LE HUBIESE SIDO DIAGNOSTICADA POR PRIMERA VEZ" luego de haber transcurrido dos (2) meses desde el inicio de la vigencia de esta cláusula para su certificado individual y antes de cumplir los sesenta y seis (66) años de edad; siempre que no haya recibido tratamiento por dicha enfermedad con anterioridad a la fecha de inicio de la vigencia de su certificado individual para la presente cláusula o durante los dos (2) meses siguientes.

2. CARACTER DEL BENEFICIO

El beneficio acordado en esta cláusula representa un anticipo del capital asegurado que debiera liquidarse en caso de muerte o invalidez del Asegurado, de modo que, con el pago de este anticipo del 50 % del capital asegurado, ante el pedido del Asegurado por enfermedad terminal, la Compañía en caso de fallecimiento o invalidez queda obligada a abonar solo el 50% restante, extinguiéndose el certificado individual.

El beneficio que otorga la presente cláusula es independiente de los demás beneficios –no mencionados en el párrafo anterior– previstos en la póliza.

3. RIESGOS NO CUBIERTOS

La Compañía no abonará el beneficio previsto en esta cláusula cuando la enfermedad terminal sea consecuencia de algunas de las causas enumeradas en el artículo 22° de las Condiciones Generales de la Póliza y:

- a) Si es consecuencia de tentativa de suicidio voluntario del Asegurado, salvo que el certificado individual para la presente cláusula haya estado en vigor ininterrumpidamente durante un (1) año como mínimo;*
- b) Si es provocada por dolo o culpa grave del Asegurado;*
- c) Si es provocada por abuso de alcohol, drogas, estupefacientes, narcóticos o estimulantes;*
- d) Si provienen por someterse a intervenciones médicas o quirúrgicas ilícitas;*
- e) Las que sean consecuencia de la práctica de un deporte profesional, o del desempeño paralelo de las profesiones de acróbata, buzo, jockey y domador de potros o fieras y/o la práctica de deportes o actividades peligrosas como alpinismo, andinismo, esquí-acuático o de montaña, motonáutica y manipuleo de explosivos y/o armas o con exposición a radiaciones atómicas, salvo pacto en contrario.*

4. EXCLUSIONES

Asimismo, la Compañía no abonará el beneficio previsto en esta cláusula en los siguientes casos:

- 1) Enfermedades terminales cuyo origen esté en una enfermedad padecida por el Asegurado, diagnosticada con anterioridad a su incorporación al seguro.*
- 2) Cualquier enfermedad terminal que tenga su origen en una enfermedad o causa preexistente en el momento de solicitud de la presente cláusula para el certificado individual y que el Asegurado hubiere ocultado en la declaración de salud que presente a la Compañía.*

5. COMPROBACION DE LA ENFERMEDAD TERMINAL

Corresponde al Asegurado o su representante:

- a) Denunciar la existencia de la enfermedad terminal;*
- b) Proveer pruebas satisfactorias a la Compañía de su enfermedad terminal. Estas pruebas deberán incluir las constancias médicas necesarias realizadas por un profesional médico autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión. El médico que extienda tal certificación no podrá ser el mismo Asegurado, ni su esposa ni un miembro cercano de su familia ni una persona que conviva con él. Asimismo se requerirá que el Asegurado recurra para el tratamiento de su enfermedad terminal, a un establecimiento asistencial que se halle habilitado legalmente para funcionar por el Organismo de Control Sanitario correspondiente y autorizado por éste, a dar asistencia y tratamiento clínico al tipo de enfermedad padecida por el Asegurado;*

- c) *El diagnóstico deberá certificar que, de acuerdo con los conocimientos médicos y científicos del momento del examen, el Asegurado padece una enfermedad incurable, de progresión rápida y en su fase terminal, y que su expectativa de vida es de seis (6) meses o menos desde el día de la presentación de la solicitud del beneficio;*
- d) *Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta dos (2) exámenes médicos por facultativos designados por la Compañía y con gastos de cargo de ésta. La Compañía, en todo momento, se reserva el derecho de solicitar una opinión independiente de un médico experto que confirme el diagnóstico. La negativa del Asegurado a someterse a este examen dará lugar a la pérdida del derecho al beneficio concedido por esta cláusula.*

6. PLAZO DE PRUEBA

La Compañía dentro de los quince (15) días de recibida la denuncia y/o las constancias a que se refiere el punto anterior, contados desde la fecha que sea posterior, deberá hacer saber al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. Si las comprobaciones a que se refiere el punto 5 no resultaran concluyentes en cuanto al carácter de la enfermedad, la Compañía podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor de treinta (30) 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.

Reconocido el derecho a la prestación el Asegurado procederá a su liquidación en el plazo de quince (15) días.

7. VALUACION POR PERITOS

Si en la apreciación del evento surgieran divergencias entre las partes, las mismas serán definidas por dos (2) médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los ocho días de su designación, a un tercer facultativo para el caso de divergencia.

Los médicos designados por las partes deberán presentar su informe dentro de los quince días y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de ocho días.

Si una de las partes omitiera designar médico dentro del octavo día de requerido por la otra, o si el tercer facultativo no fuera electo en el plazo establecido en el párrafo anterior, la parte más diligente previa intimación a la otra, procederá a su designación.

Los honorarios y gastos de los médicos de las partes estarán a su respectivo cargo y los del tercer médico serán pagados por la parte cuyas pretensiones se alejen más del dictamen definitivo. En caso de equidistancia los honorarios y gastos del tercer médico serán pagados en partes iguales por cada una de las partes.

8. TERMINACION DE LA COBERTURA

La cobertura prevista en esta cláusula cesará en las siguientes circunstancias:

- a) *A partir del momento en que el Asegurado haya percibido el beneficio que concede esta cláusula;*
- b) *Al caducar la póliza y/o el certificado individual por cualquier causa;*
- c) *A partir de la fecha en que el Asegurado cumpla sesenta y seis (66) años de edad; en caso de existir prima de riesgo no corrido se devolverá al tomador;
En caso de corresponder, el tomador será responsable de la devolución de la fracción de la prima a cargo del asegurado.*
- d) *Al retirarse el Asegurado del grupo regido por el Tomador;*
- e) *Al rescindirse la presente cláusula adicional.*

ANEXO I

9. RIESGOS NO CUBIERTOS

La Compañía no abonará el beneficio previsto en esta cláusula cuando la enfermedad terminal sea consecuencia de algunas de las causas enumeradas en el artículo 22° de las Condiciones Generales de la Póliza y:

- a) Si es consecuencia de tentativa de suicidio voluntario del Asegurado, salvo que el certificado individual para la presente cláusula haya estado en vigor ininterrumpidamente durante un (1) año como mínimo;
- b) Si es provocada por dolo o culpa grave del Asegurado;
- c) Si es provocada por abuso de alcohol, drogas, estupefacientes, narcóticos o estimulantes;
- d) Si provienen por someterse a intervenciones médicas o quirúrgicas ilícitas;
- e) Las que sean consecuencia de la práctica de un deporte profesional, o del desempeño paralelo de las profesiones de acróbata, buzo, jockey y domador de potros o fieras y/o la práctica de deportes o actividades peligrosas como alpinismo, andinismo, esquí-acuático o de montaña, motonáutica y manipuleo de explosivos y/o armas o con exposición a radiaciones atómicas, salvo pacto en contrario.

10. EXCLUSIONES

Asimismo, la Compañía no abonará el beneficio previsto en esta cláusula en los siguientes casos:

- 1) Enfermedades terminales cuyo origen esté en una enfermedad padecida por el Asegurado, diagnosticada con anterioridad a su incorporación al seguro.
- 2) Cualquier enfermedad terminal que tenga su origen en una enfermedad o causa preexistente en el momento de solicitud de la presente cláusula para el certificado individual y que el Asegurado hubiere ocultado en la declaración de salud que presente a la Compañía.

CLAUSULA ADICIONAL PARA TRASPLANTE DE ORGANOS

1. RIESGO CUBIERTO

La Compañía concederá el beneficio que acuerda esta cláusula cuando el Asegurado sea sometido por primera vez a un trasplante de los siguientes órganos:

- 1) Trasplante de Páncreas
- 2) Trasplante de Corazón
- 3) Trasplante de Corazón-Pulmón
- 4) Trasplante de Pulmón
- 5) Trasplante de Riñón
- 6) Trasplante de Hígado

Y siempre que la necesidad de efectuar el trasplante de órganos se haya prescrito por un médico especialista en la materia en la forma establecida en la presente cláusula, luego de transcurridos ciento veinte (120) días de vigencia de esta cláusula para su certificado individual y antes que el Asegurado haya cumplido sesenta y seis (66) años de edad.

El período de carencia de ciento veinte (120) días deberá cumplirse cada vez que se ingrese al seguro, independientemente de que el Asegurado lo hubiese cumplido en un ingreso anterior, salvo que la rescisión se deba a un hecho del tomador y se solicite la cobertura dentro de los 180 días.

Este período de carencia no será tenido en cuenta, si el trasplante es realizado como consecuencia de un accidente.

2. BENEFICIO

La Compañía comprobada la realización del trasplante de órganos, abonará al Asegurado el siguiente importe, según sea el trasplante efectuado:

- | | |
|---------------------------------|-----------|
| 1) Trasplante de Páncreas | \$ 50.000 |
| 2) Trasplante de Corazón | \$ 50.000 |
| 3) Trasplante de Corazón-Pulmón | \$ 50.000 |
| 4) Trasplante de Pulmón | \$ 50.000 |
| 5) Trasplante de Riñón | \$ 20.000 |
| 6) Trasplante de Hígado | \$ 50.000 |

3. CARACTER DEL BENEFICIO

El beneficio que otorga la presente cláusula es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la póliza.

A partir del momento en que el asegurado haya percibido el beneficio que concede esta cláusula, la cobertura que otorga la misma cesará, no teniendo vigencia en las futuras renovaciones, si hubiere, del seguro principal.

4. DEFINICIONES

Los beneficios previstos en el punto 2º) de la presente cláusula regirán para cada trasplante de órganos, siempre que se cumplan las siguientes condiciones:

I) TRASPLANTE DE HIGADO (causas)

- 1) Cirrosis Hepatocelular
CRONICA B más súper infección Delta
CRONICA C
Enfermedad inducida por drogas
Crónicas autoinmunes
Cirrosis criptogenética
- 2) Colestásicas
Cirrosis biliar primaria
Colangitis esclerosante primaria
Cirrosis biliar inducida por drogas

- Cirrosis biliar secundaria*
- Atresia biliar*
- Síndrome de BYLERS*
- Displasia de la arteria hepática*
- Colestasis familiar*
- 3) *Síndrome Budd-Chiari*
 - Trombosis de la vena hepática*
 - Enfermedad venoclusiva*
- 4) *Falla hepática fulminante y sub-fulminante*
 - Hepatitis viral (tipo A; B; C; D; y E)*
 - Hepatitis inducidas por drogas o tóxicos*
 - Enfermedad de WILSON fulminante*
- 5) *Errores de Metabolismo*
 - a) *Con enfermedad hepática*
 - Enfermedad de WILSON*
 - Deficiencia de Alfa 1 antitripsina*
 - Tiroxinemia*
 - Hemocromatosis*
 - Depósito de glicogeno tipo 1 y 4*
 - Fibrosis quística*
 - Otras*
 - b) *Sin enfermedad hepática*
 - Hiperlipoproteinemia homocigota tipo 2*
 - Hiperoxaluria primaria tipo 1*
 - Déficit del ciclo de la urea*
 - Deficiencia de proteína C*
 - Otras*

II) TRASPLANTE DE PANCREAS

Surge como consecuencia de la insuficiencia de la glándula pancreática en su función tanto endocrina como exógena y de carácter irreversible, siendo sus principales causas:

- 1. Pancreatitis crónica recidivante*
- 2. Adenocarcinoma*
- 3. Procesos provocados por grandes traumatismos o choques*
- 4. Cuadros derivados de los procesos anteriores que provoquen pseudoquistes que deban ser extirpados, resultando como consecuencia de eliminación total de la glándula.*

III) TRASPLANTE RENAL

Surgen como consecuencia de la insuficiencia renal crónica terminal e irreversible donde no exista la posibilidad de recuperación de la función renal.

IV) TRASPLANTE CARDIACO Y CARDIOPULMONAR

1) *Cardíaco*

Todo paciente hasta sesenta y seis (66) años, portador de Insuficiencia Cardíaca Congestiva Crónica refractaria a tratamiento con una expectativa de vida menor de seis (6) meses a un (1) año. Se incluyen miocardiopatías de cualquier origen.

2) *Cardiopulmonar*

En casos de Insuficiencia Cardiorespiratoria crónica refractaria a tratamiento médico con sobrevida de seis (6) meses a un (1) año.

V) TRASPLANTE PULMONAR

En casos de Insuficiencia Respiratoria crónica refractaria a tratamiento médico con sobrevida de seis (6) meses a un (1) año.

PARA CUALQUIER SOLICITUD DE INDEMNIZACION POR TRASPLANTE INDICADO EN EL PRESENTE CONTRATO ES CONDICIÓN INELUDIBLE E INDISPENSABLE HABERLO COMUNICADO PREVIAMENTE AL I.N.C.U.C.A.I. (INSTITUTO NACIONAL CENTRAL UNICO COORDINADOR DE ABLACION E IMPLANTE) O CUALQUIER OTRO ORGANISMO QUE EN EL FUTURO LO REEMPLACE. ES INDISPENSABLE, ASIMISMO, QUE SE CUMPLAN EN TODAS SUS PARTES, LAS DISPOSICIONES DE LA LEY DE TRASPLANTES DE ORGANOS N° 24.193.

5. FORMA Y PLAZO PARA LA SOLICITUD DE LA CLAUSULA

Además de los requisitos que debe cumplir el Asegurado para ingresar al seguro y que constan en las Condiciones Generales de la póliza, para ingresar a esta cláusula la Compañía puede solicitar una declaración de salud, la presentación de exámenes médicos realizados al asegurado o la realización de un examen médico, el cual deberá ser efectuado dentro de los quince (15) días de su solicitud.

6. INVESTIGACIONES Y REVISACION DE LOS ASEGURADOS

La Compañía podrá hacer hasta dos revisiones al Asegurado por facultativos designados por ella durante su internación o en su domicilio particular, o citarlo al consultorio de aquella para comprobar la procedencia de la reclamación de los beneficios. Asimismo, podrá investigar en los Institutos Asistenciales y solicitar información a los médicos que hayan asistido al Asegurado. En general, podrá adoptar todas las medidas tendientes a comprobar y controlar las informaciones recibidas, así como esclarecer presuntos errores, simulaciones o fraudes. Todos los gastos y honorarios generados por la investigación y revisión estarán a cargo de la Compañía.

Si cualquier información referente a un Asegurado o relacionada con su internación fuera errónea, simulada o fraudulenta, hará perder al Asegurado todo derecho al beneficio, sin perjuicio de que la Compañía inicie contra los responsables las acciones legales que correspondieren.

7. VALUACION POR PERITOS

Si en la apreciación del evento surgieran divergencias entre las partes, las mismas serán definidas por dos (2) médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los ocho días de su designación, a un tercer facultativo para el caso de divergencia.

Los médicos designados por las partes deberán presentar su informe dentro de los quince días y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de ocho días.

Si una de las partes omitiera designar médico dentro del octavo día de requerido por la otra, o si el tercer facultativo no fuera electo en el plazo establecido en el párrafo anterior, la parte más diligente previa intimación a la otra, procederá a su designación.

Los honorarios y gastos de los médicos de las partes estarán a su respectivo cargo y los del tercer médico serán pagados por la parte cuyas pretensiones se alejen más del dictamen definitivo. En caso de equidistancia los honorarios y gastos del tercer médico serán pagados en partes iguales por cada una de las partes.

8. DENUNCIAS Y DECLARACIONES

El Asegurado o el Tomador deberán informar directamente a la Compañía cualquier diagnóstico acerca de la necesidad de un trasplante de órganos dentro de los cinco (5) días corridos de haber sido notificados del mismo, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.

El Tomador y el Asegurado se comprometen a suministrar a la Compañía en cuanto sea razonable todas las informaciones necesarias para el fiel cumplimiento de esta cláusula.

El Asegurado pierde el derecho a ser indemnizado si deja de cumplir maliciosamente con el suministro de información necesaria.

9. PLAZO DE PRUEBA

La Compañía dentro de los quince (15) días de recibida la denuncia y/o las constancias a que se refiere el punto anterior, contados desde la fecha que sea posterior, deberá hacer saber al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. Si las comprobaciones a que se refiere el punto 8 no resultaran concluyentes en cuanto al carácter de la enfermedad, la Compañía podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor de treinta (30) 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.

Reconocido el derecho a la prestación la Compañía procederá a su liquidación en el plazo de quince (15) días. Si el asegurado fallece, luego de efectuado el trasplante y previo al pago del beneficio, el mismo se hará efectivo a los herederos legales.

10. RIESGOS NO CUBIERTOS

La Compañía no pagará la indemnización cuando el trasplante de órganos sea consecuencia de alguna de las siguientes causas:

- a) *Tentativa de suicidio voluntario del Asegurado;*
- b) *Si es provocada deliberadamente por acto ilícito del Tomador del presente seguro; o en caso de accidente si es provocado por dolo o culpa grave del Asegurado;*
- c) *Por duelo o riña, salvo que se tratase de legítima defensa; empresa o acto criminal o aplicación legítima de la pena de muerte;*
- d) *Acto de guerra civil o internacional, guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, tumulto popular, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo;*
- e) *Abuso de alcohol, drogas, estupefacientes, narcóticos o estimulantes;*
- f) *Someterse a intervenciones médicas o quirúrgicas ilícitas;*
- g) *Por la práctica o el uso de la navegación aérea, salvo como pasajero en líneas regulares, o por otras ascensiones aéreas o aladeltismo;*
- h) *Por la participación en viajes o prácticas deportivas submarinas o subacuáticas o escalamiento de montaña;*
- i) *Competir en pruebas de pericia y/o velocidad con vehículos mecánicos o de tracción a sangre o en justas hípicas.*
- j) *Intervenir en pruebas de prototipos de aviones, automóviles y otros vehículos de propulsión mecánica;*
- k) *Desempeño paralelo de las profesiones de acróbata, buzo, jockey y domador de potros o fieras y/o la práctica de deportes o actividades peligrosas como alpinismo, andinismo, esquí- acuático o de montaña, motonáutica y manipuleo de explosivos y/o armas o exposición a radiaciones atómicas, salvo pacto en contrario.*
- l) *Acontecimientos catastróficos originados por reacciones nucleares;*
- m) *Enfermedades Preexistentes: Se entiende por enfermedad preexistente a toda enfermedad que padeciera el Asegurado, diagnosticada con anterioridad a su incorporación al seguro, y que fuera la causa directa del diagnóstico de trasplante futuro.*

11. TERMINACION DE LA COBERTURA

La cobertura prevista en esta cláusula, cesará, para cada certificado, en las siguientes circunstancias:

- a) *Al caducar la póliza y/o certificado individual por cualquier causa;*
- b) *A partir de la fecha en que el Asegurado cumpla sesenta y seis (66) años de edad; en caso de existir prima de riesgo no corrido se devolverá al Tomador; En caso de corresponder, el tomador será responsable de la devolución de la fracción de la prima a cargo del asegurado.*
- c) *Al retirarse el asegurado del grupo regido por el Tomador;*
- d) *Al rescindirse la presente cláusula adicional.*

ANEXO I

10. RIESGOS NO CUBIERTOS

La Compañía no pagará la indemnización cuando el trasplante de órganos sea consecuencia de alguna de las siguientes causas:

- a) *Tentativa de suicidio voluntario del Asegurado;*
- b) *Si es provocada deliberadamente por acto ilícito del Tomador del presente seguro; o en caso de accidente si es provocado por dolo o culpa grave del Asegurado;*
- c) *Por duelo o riña, salvo que se tratase de legítima defensa; empresa o acto criminal o aplicación legítima de la pena de muerte;*
- d) *Acto de guerra civil o internacional, guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, tumulto popular, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo;*
- e) *Abuso de alcohol, drogas, estupefacientes, narcóticos o estimulantes;*
- f) *Someterse a intervenciones médicas o quirúrgicas ilícitas;*
- g) *Por la práctica o el uso de la navegación aérea, salvo como pasajero en líneas regulares, o por otras ascensiones aéreas o aladeltismo;*
- h) *Por la participación en viajes o prácticas deportivas submarinas o subacuáticas o escalamiento de montaña;*
- i) *Competir en pruebas de pericia y/o velocidad con vehículos mecánicos o de tracción a sangre o en justas hípcas.*
- j) *Intervenir en pruebas de prototipos de aviones, automóviles y otros vehículos de propulsión mecánica;*
- k) *Desempeño paralelo de las profesiones de acróbata, buzo, jockey y domador de potros o fieras y/o la práctica de deportes o actividades peligrosas como alpinismo, andinismo, esquí- acuático o de montaña, motonáutica y manipuleo de explosivos y/o armas o exposición a radiaciones atómicas, salvo pacto en contrario.*
- l) *Acontecimientos catastróficos originados por reacciones nucleares;*
- m) *Enfermedades Preexistentes: Se entiende por enfermedad preexistente a toda enfermedad que padeciera el Asegurado, diagnosticada con anterioridad a su incorporación al seguro, y que fuera la causa directa del diagnóstico de trasplante futuro.*

CLAUSULA COMPLEMENTARIA DE INDEMNIZACION
EN CASO DE ENFERMEDADES CRÍTICAS

1. RIESGO CUBIERTO

La compañía concederá el beneficio que acuerda esta cláusula en caso de que se diagnostique por primera vez al asegurado, luego de transcurridos 60 días de vigencia de esta cláusula para su certificado individual cada vez que ingrese o reingrese al seguro, exclusivamente alguna de las enfermedades que se indican más abajo. El período de carencia de sesenta (60) días deberá cumplirse cada vez que se ingrese al seguro, independientemente de que el Asegurado lo hubiese cumplido en un ingreso anterior, salvo que la rescisión se deba a un hecho del tomador y se solicite la cobertura dentro de los 180 días.

CANCER

Presencia de tumor maligno caracterizado por el crecimiento y dispersión incontrolable de células malignas y la invasión del tejido normal, incluyendo Leucemia (excepto leucemia linfática crónica), Linfomas y la Enfermedad de Hodgkin (linfogranuloma / linfosarcoma), pero se excluyen cánceres no invasivos in situ, tumores en la presencia de cualquier virus de inmunodeficiencia humana y cualquier cáncer de piel con excepción del melanoma.

INFARTO DEL MIOCARDIO

Necrosis del miocardio a consecuencia de hipoxia aguda; a efectos de esta cláusula debe existir:

1. Historia de dolores en el pecho (angor);
2. Alteraciones recientes del Electrocardiograma confirmatorias;
3. Enzimas Cardíacas elevadas;
4. Estudio radioisótopo del músculo cardíaco o ecocardiograma que confirma la lesión miocárdica.

El infarto debe ser tratado en un establecimiento asistencial de las características definidas en el punto 5°.

APLOPEJIA

Accidente Cerebro Vascular que cause los síntomas neurológicos correspondientes, por más de 48 horas.

A efectos de esta cláusula deberá existir:

1. Destrucción del tejido cerebral causado por trombosis, hemorragia o embolia de fuente extracraneal, comprobable tomográficamente;
2. Pruebas de disfunción neurológica permanente, no reversibles;
3. Tomografía computada o Resonancia Magnética Nuclear Cerebral, con o sin contraste.

Estas pruebas deberán ser efectuadas por un médico especialista en neurología después de transcurridas cuatro semanas como mínimo del accidente cerebro vascular.

La Compañía no abonará el beneficio que acuerda esta cláusula hasta no conocer el resultado de dichas pruebas.

Se excluyen los accidentes vasculares isquémicos transitorios y los lentamente reversibles.

La apoplejía debe ser tratada en un establecimiento asistencial de las características definidas en el punto 5°.

OPERACION DE "BY-PASS"

Afecciones de las arterias coronarias tratadas con la operación denominada By-Pass" o "Puente Coronario" por indicación de un médico especialista y justificada por el resultado de una angiografía para corregir una estenosis u oclusión en las arterias coronarias. Se excluyen la angioplastia, tratamientos por láser y toda otra técnica que no requiera la apertura quirúrgica del tórax, así como operaciones de válvulas, operación por tumoración intra cardíaca o alteración congénita u otra intervención que no sea específicamente un By-Pass aorto coronario, mamario o ambos a la vez.

El beneficio que acuerda esta cláusula será abonado por la Compañía al Asegurado después de haberse efectuado la operación.

INSUFICIENCIA RENAL

El fallo total, crónico e irreversible de ambos riñones que haga necesario efectuar por lo menos una vez por semana diálisis renal o un trasplante de riñón. La necesidad de diálisis regular deberá ser certificada por un informe nefrológico.

El beneficio será abonado por la Compañía al Asegurado comprobado el efectivo tratamiento de diálisis.

PARALISIS

Pérdida completa y permanente del uso y movimiento de miembros, brazos y/o piernas, debido a parálisis. Un médico especializado deberá realizar el diagnóstico y determinar que la pérdida del uso y movimiento de los miembros es permanente. Para obtener por esta enfermedad el beneficio que acuerda la presente cláusula, la parálisis deberá ser continua y permanente por lo menos por doce (12) meses consecutivos desde el inicio de la parálisis. Se requiere evidencia documentada del accidente o enfermedad que causó la parálisis.

DISTROFIA MUSCULAR

Enfermedad hereditaria caracterizada por la pérdida progresiva de los músculos. Un médico debe realizar el diagnóstico, basado principalmente en los síntomas clínicos y en la historia genética del paciente (genético / historia familiar o estudio cromosómico). El informe de cualquier biopsia muscular o electromiografía no constituirá por sí mismo el diagnóstico.

ESCLEROSIS MULTIPLE

Enfermedad marcada por la degeneración de tejido neuronal manifestado por la parálisis parcial o completa, parestesias y/o neuritis óptica.

Se caracteriza por episodios de exacerbación y remisión. El diagnóstico se fundamenta por la historia y los análisis físicos del fluido cerebro-espinal; un ataque prematuro o un episodio aislado de Esclerosis Múltiple no es Esclerosis Múltiple a los fines de esta cláusula. En ningún caso la Compañía pagará un beneficio si el primer episodio ocurrió con anterioridad a la fecha de vigencia de esta cláusula.

El período de carencia no será tenido en cuenta, si la enfermedad cubierta es consecuencia de un accidente.

2. BENEFICIO

Comprobado el padecimiento de la enfermedad, la Compañía abonará al Asegurado el 50% del capital asegurado por la cobertura principal, sujeto al límite máximo estipulado en el correspondiente certificado individual. Este beneficio será aplicable solamente a aquellas enfermedades diagnosticadas por primera vez después de la fecha de vigencia inicial del Certificado Individual para la presente cláusula; y será pagadero por una enfermedad solamente. Ningún beneficio se abonará si la enfermedad en cuestión ha sido diagnosticada o si se ha recibido tratamiento por dicha enfermedad antes de la fecha mencionada. Luego de abonado este beneficio se computará el capital remanente a efectos del cálculo de la prima de la cobertura principal.

Efectuada la diagnosis de una enfermedad cubierta por esta cláusula, el capital asegurado por muerte no podrá aumentarse posteriormente por ninguna causa, incluso en el caso de incrementos masivos para todo el resto del grupo asegurado.

El pago del beneficio se realizará dentro de los 15 (quince) días de recibidas las constancias requeridas.

3. CARACTER DEL BENEFICIO

Este beneficio constituye un anticipo de la indemnización prevista en caso de muerte o invalidez del asegurado. El monto indemnizado en virtud de esta cláusula será deducido del capital asegurado a pagarse al fallecimiento o invalidez del asegurado, y como tal se computará disminuido en el porcentaje correspondiente al beneficio a los fines del cálculo de la prima.

A partir del momento en que el asegurado haya percibido el beneficio que concede esta cláusula, la cobertura que otorga la misma cesará, no teniendo vigencia en las futuras renovaciones, si hubiere, del seguro principal.

4. RIESGOS NO CUBIERTOS

La Compañía no pagará la indemnización cuando la enfermedad del Asegurado sea consecuencia de alguna de las siguientes causas:

- a) *Tentativa de suicidio voluntario del Asegurado;*
- b) *Si es provocada deliberadamente por acto ilícito del Tomador del presente seguro; o en caso de accidente si es provocado por dolo o culpa grave del Asegurado;*
- c) *Por duelo o riña, salvo que se tratase de legítima defensa; empresa o acto criminal o aplicación legítima de la pena de muerte.*
- d) *Acto de guerra civil o internacional, guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, o tumulto popular, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo;*
- e) *Abuso del alcohol, drogas, estupefacientes, narcóticos o estimulantes;*
- f) *Someterse a intervenciones médicas o quirúrgicas ilícitas;*
- g) *Por la práctica o el uso de la navegación aérea, salvo como pasajero en líneas regulares, o por otras ascensiones aéreas o aladeltismo;*
- h) *Por la participación en viajes o prácticas deportivas submarinas o subacuáticas o escalamiento de montaña;*
- i) *Competir en pruebas de pericia y/o velocidad con vehículos mecánicos o de tracción a sangre o en justas hípicas*
- j) *Intervenir en pruebas de prototipos de aviones, automóviles y otros vehículos de propulsión mecánica;*
- k) *Desempeño paralelo de las profesiones de acróbata, buzo, jockey y domador de potros o fieras y/o la práctica de deportes o actividades peligrosas como alpinismo, andinismo, esquí acuático o de montaña, motonáutica y manipuleo de explosivos y/o armas o exposición a radiaciones atómicas, salvo pacto en contrario.*
- l) *Acontecimientos catastróficos originados por reacciones nucleares;*
- m) *Cualquier enfermedad que no esté específicamente definida en esta cláusula;*
- n) *Las demás exclusiones que se especifican en la respectiva enfermedad, en el punto 1° de esta cláusula.*

5. ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL

El Asegurado deberá recurrir para el tratamiento de su enfermedad, a un establecimiento asistencial (sanatorio, hospital, clínica, instituto, policlínico, etc.) que se halle habilitado legalmente para funcionar por el Organismo de Control sanitario correspondiente, Municipal, Provincial o Nacional y autorizado por éste a dar asistencia y tratamiento clínico al tipo de enfermedad padecida por el Asegurado y posea además servicio de enfermeros durante las 24 horas del día y esté equipado para cirugía mayor.

6. COMPROBACION DE LA ENFERMEDAD

Corresponde al asegurado:

- a) *Denunciar la existencia de la enfermedad;*
- b) *Presentar a la Compañía el diagnóstico de su enfermedad, confirmado mediante evidencias clínicas, médicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio, efectuado y certificado por un profesional autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión;*
- c) *Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta dos exámenes médicos por facultativos designados por la Compañía y con gasto a cargo de ésta.*

7. PLAZO DE PRUEBA

La Compañía dentro de los quince (15) días de recibida la denuncia y/o las constancias a que refiere el punto anterior, contados desde la fecha que sea posterior, deberá hacer saber al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. Si las comprobaciones a que se refiere el punto 6°) no resultaran concluyentes en cuanto al carácter de la enfermedad, la Compañía podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor de quince (15) 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.

8. VALUACION POR PERITOS

Si en la apreciación del evento surgieran divergencias entre las partes, las mismas serán definidas por dos (2) médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los ocho días de su designación, a un tercer facultativo para el caso de divergencia.

Los médicos designados por las partes deberán presentar su informe dentro de los quince días y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de ocho días.

Si una de las partes omitiera designar médico dentro del octavo día de requerido por la otra, o si el tercer facultativo no fuera electo en el plazo establecido en el párrafo anterior, la parte más diligente previa intimación a la otra, procederá a su designación.

Los honorarios y gastos de los médicos de las partes estarán a su respectivo cargo y los del tercer médico serán pagados por la parte cuyas pretensiones se alejen más del dictamen definitivo. En caso de equidistancia los honorarios y gastos del tercer médico serán pagados en partes iguales por cada una de las partes.

9. TERMINACION DE LA COBERTURA

La cobertura prevista en esta cláusula, cesará en las siguientes circunstancias:

- a) A partir del momento en que el Asegurado haya percibido el beneficio que concede esta cláusula;*
- b) Al caducar la póliza y/o certificado individual por cualquier causa;*
- c) A partir de la fecha en que el Asegurado cumpla sesenta y seis (66) años de edad; en caso de existir prima de riesgo no corrido se devolverá al Tomador;
En caso de corresponder, el tomador será responsable de la devolución de la fracción de la prima a cargo del asegurado.*
- d) Al retirarse el asegurado del grupo regido por el Tomador;*
- e) Al rescindirse la presente cláusula adicional.*

ANEXO I

4. RIESGOS NO CUBIERTOS

La Compañía no pagará la indemnización cuando la enfermedad del Asegurado sea consecuencia de alguna de las siguientes causas:

- a) *Tentativa de suicidio voluntario del Asegurado;*
- b) *Si es provocada deliberadamente por acto ilícito del Tomador del presente seguro; o en caso de accidente si es provocado por dolo o culpa grave del Asegurado;*
- c) *Por duelo o riña, salvo que se tratase de legítima defensa; empresa o acto criminal o aplicación legítima de la pena de muerte.*
- d) *Acto de guerra civil o internacional, guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, o tumulto popular, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo;*
- e) *Abuso del alcohol, drogas, estupefacientes, narcóticos o estimulantes;*
- f) *Someterse a intervenciones médicas o quirúrgicas ilícitas;*
- g) *Por la práctica o el uso de la navegación aérea, salvo como pasajero en líneas regulares, o por otras ascensiones aéreas o aladeltismo;*
- h) *Por la participación en viajes o prácticas deportivas submarinas o subacuáticas o escalamiento de montaña;*
- i) *Competir en pruebas de pericia y/o velocidad con vehículos mecánicos o de tracción a sangre o en justas hípicas.*
- j) *Intervenir en pruebas de prototipos de aviones, automóviles y otros vehículos de propulsión mecánica;*
- k) *Desempeño paralelo de las profesiones de acróbata, buzo, jockey y domador de potros o fieras y/o la práctica de deportes o actividades peligrosas como alpinismo, andinismo, esquí acuático o de montaña, motonáutica y manipuleo de explosivos y/o armas o exposición a radiaciones atómicas, salvo pacto en contrario*
- l) *Acontecimientos catastróficos originados por reacciones nucleares;*
- m) *Cualquier enfermedad que no esté específicamente definida en esta cláusula;*
- n) *Las demás exclusiones que se especifican en la respectiva enfermedad, en el punto 1º de esta cláusula.*

**CLAUSULA COMPLEMENTARIA DE INDEMNIZACION
EN CASO DE DIAGNÓSTICO DE CANCER**

1. RIESGO CUBIERTO

La compañía concederá el beneficio que acuerda esta cláusula en caso de que se diagnostique Cáncer por primera vez a un asegurado, luego de transcurridos 60 días de vigencia del certificado individual para esta cláusula, cada vez que se ingrese o reingrese al seguro. El período de carencia de sesenta (60) días deberá cumplirse cada vez que se ingrese al seguro, independientemente de que el Asegurado lo hubiese cumplido en un ingreso anterior, salvo que la rescisión se deba a un hecho del tomador y se solicite la cobertura dentro de los 180 días.

Se entiende por cáncer a la presencia de tumor maligno caracterizado por el crecimiento y dispersión incontrolable de células malignas y la invasión de tejido normal, incluyendo Leucemia (excepto leucemia linfática crónica), Linfomas y la Enfermedad de Hodgkin (linfogranuloma/linfosarcoma), pero se excluyen cánceres no invasivos "in situ", tumores en la presencia de cualquier virus de inmunodeficiencia humana y cualquier cáncer de piel con excepción del melanoma.

2. BENEFICIO

Comprobado el diagnóstico de la enfermedad, la compañía abonará al asegurado el 50% del capital asegurado por muerte, sujeto al límite máximo estipulado en el correspondiente certificado individual. Este beneficio será aplicable solamente cuando la enfermedad sea diagnosticada por primera vez después del inicio de vigencia del certificado individual para la presente cláusula. Ningún beneficio se abonará si la enfermedad en cuestión ha sido diagnosticada o si se ha recibido tratamiento por dicha enfermedad antes de la fecha mencionada. Luego de abonado este beneficio se computará el capital remanente a efectos del cálculo de la prima de la cobertura principal.

Efectuada la diagnosis de la enfermedad cubierta por esta cláusula, el capital asegurado por muerte no podrá aumentarse posteriormente por ninguna causa.

El pago del beneficio se realizará dentro de los 15 (quince) días de recibidas las constancias requeridas.

3. CARÁCTER DEL BENEFICIO

Este beneficio constituye un anticipo de la indemnización prevista en caso de muerte o invalidez del asegurado. El monto indemnizado en virtud de esta cláusula será deducido del capital asegurado a pagarse al fallecimiento o invalidez del asegurado, y como tal se computará disminuido en el porcentaje correspondiente al beneficio a los fines del cálculo de la prima.

A partir del momento en que el asegurado haya percibido el beneficio que concede esta cláusula, la cobertura que otorga la misma cesará, no teniendo vigencia en las futuras renovaciones, si hubiere, del seguro principal.

4. RIESGOS NO CUBIERTOS

La compañía no pagará la indemnización cuando la enfermedad del asegurado sea consecuencia de alguna de las siguientes causas:

- a) Tentativa de suicidio voluntario del asegurado;*
- b) Abuso de alcohol, drogas, estupefacientes, narcóticos o estimulantes;*
- c) Someterse a intervenciones quirúrgicas ilícitas;*
- d) Acontecimientos catastróficos originados por reacciones nucleares;*
- e) Cualquier enfermedad que no sea la específicamente definida en esta cláusula, ni los tumores benignos;*

5. ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL

El asegurado deberá recurrir para el tratamiento de su enfermedad, a un establecimiento asistencial (sanatorio, hospital clínica, instituto, policlínico, etc.) que se halle habilitado legalmente para funcionar por el organismo de control sanitario correspondiente, Municipal, Provincial o Nacional y autorizado por éste, a dar asistencia y tratamiento clínico a la enfermedad padecida por el asegurado y posea además servicio de enfermeros durante las 24 horas del día y esté equipado para cirugía mayor.

6. COMPROBACION DE LA ENFERMEDAD

Corresponde al asegurado:

- a) Denunciar la existencia de la enfermedad;
- b) Presentar a la compañía el diagnóstico de su enfermedad, confirmado mediante evidencias clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio, efectuado y certificado por un profesional autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión;
- c) Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta dos exámenes médicos por facultativos designados por la compañía y con gastos a cargo de ésta.

7. PLAZO DE PRUEBA

La compañía dentro de quince (15) días de recibida la denuncia y/o las constancias a que se refiere el punto anterior, contados desde la fecha que sea posterior, deberá hacer saber al asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. Si las comprobaciones a que las que se refiere el punto 6° no resultaran concluyentes en cuanto al carácter de la enfermedad, la compañía podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor de quince (15) 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.

8. VALUACIÓN POR PERITOS

Si en la apreciación del evento surgieran divergencias entre las partes, las mismas serán definidas por dos (2) médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los ocho días de su designación, a un tercer facultativo para el caso de divergencia.

Los médicos designados por las partes deberán presentar su informe dentro de los quince días y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de ocho días.

Si una de las partes omitiera designar médico dentro del octavo día de requerido por la otra, o si el tercer facultativo no fuera electo en el plazo establecido en el párrafo anterior, la parte más diligente previa intimación a la otra, procederá a su designación.

Los honorarios y gastos de los médicos de las partes estarán a su respectivo cargo y los del tercer médico serán pagados por la parte cuyas pretensiones se alejen más del dictamen definitivo. En caso de equidistancia los honorarios y gastos del tercer médico serán pagados en partes iguales por cada una de las partes.

9. TERMINACION DE LA COBERTURA

La cobertura prevista en esta cláusula, cesará en las siguientes circunstancias:

- a) A partir del momento en que el asegurado haya percibido el beneficio que concede esta cláusula;
- b) Al caducar la póliza y/o el certificado individual por cualquier causa;
- c) A partir de la fecha en que el asegurado cumpla sesenta y seis (66) años de edad; en caso de existir prima de riesgo no corrido se devolverá al Tomador;
- d) En caso de corresponder, el tomador será responsable de la devolución de la fracción de la prima a cargo del asegurado.
- e) Al retirarse el asegurado del grupo regido por el Tomador;
- f) Al rescindirse la presente cláusula adicional.

10. COMERCIALIZACION

Teniendo en cuenta el riesgo cubierto por la presente cláusula la misma no podrá ser comercializada junto con la cláusula de Enfermedades Críticas.

ANEXO I

1. **RIESGOS NO CUBIERTOS**

La compañía no pagará la indemnización cuando la enfermedad del asegurado sea consecuencia de alguna de las siguientes causas:

- a) *Tentativa de suicidio voluntario del asegurado;*
- b) *Abuso de alcohol, drogas, estupefacientes, narcóticos o estimulantes;*
- c) *Someterse a intervenciones quirúrgicas ilícitas;*
- d) *Acontecimientos catastróficos originados por reacciones nucleares;*
- e) *Cualquier enfermedad que no sea la específicamente definida en esta cláusula, ni los tumores benignos;*

COBERTURA ADICIONAL PARA CONYUGES

1. OBJETO Y EXTENSIÓN DEL SEGURO

Esta cláusula comprende a los cónyuges de los Asegurados Principales incorporados al Seguro Colectivo, y cubre el riesgo de muerte y las cláusulas de riesgos adicionales que se detallan en las Condiciones Particulares de la póliza para los cónyuges, en las mismas condiciones que para el Asegurado Principal.

2. CÓNYUGES ASEGURABLES

Son asegurables los cónyuges legales de los Asegurados Principales, con exclusión de aquellos que estuvieran comprendidos en el seguro como integrantes del grupo regido por Tomador.

3. SUMAS ASEGURADAS

El seguro adicional para cónyuges los cubre con el 50% (cincuenta por ciento) de la suma de la cobertura principal con que está cubierto el Asegurado Principal, salvo pacto en contrario. En ningún caso la suma asegurada del cónyuge podrá exceder la suma asegurada del Asegurado Principal.

4. INICIACIÓN DE LA COBERTURA Y VIGENCIA

El plazo para la incorporación de los cónyuges al seguro es de 2 (dos) meses (no menos de sesenta días) corridos desde la fecha en que resultaran asegurables o en que el Asegurado Principal contrajera matrimonio. Excedido el plazo mencionado, incluso por haber excedido el Asegurado Principal el plazo para su propia adhesión, el cónyuge que deseara incorporarse habrá de suministrar pruebas de asegurabilidad satisfactorias para la Compañía con gastos a cargo del Asegurado Principal. El seguro adicional regirá a partir de la cero (0) hora del primer día del mes siguiente a la fecha de la solicitud o a la fecha de aprobación de las pruebas de asegurabilidad en caso de ser necesarias.

5. BENEFICIARIO

El beneficiario de este seguro adicional en caso de fallecimiento del Cónyuge Asegurado será el Asegurado Principal, y en caso de muerte simultánea se liquidará a los beneficiarios del Asegurado Principal.

En cualquier otro caso el beneficiario será el Cónyuge Asegurado.

El pago del beneficio se realizará dentro de los 15 (quince) días de recibidas las constancias requeridas.

6. INFORMACIONES QUE DEBEN SUMINISTRARSE A LA COMPAÑÍA

Los Asegurados Principales, de estado civil casados, proporcionarán en los formularios suministrados por la Compañía los nombres y apellidos de sus cónyuges, fecha de nacimiento, etc.; e informarán a la Compañía cualquier circunstancia que afecte el vínculo matrimonial.

7. RESCISIÓN DEL SEGURO ADICIONAL

La cobertura otorgada por este seguro adicional para cónyuges quedará rescindida o caducará en los siguientes casos:

- a) por la renuncia a continuar asegurado.*
- b) al caducar la póliza del Tomador por cualquier causa.*
- c) cuando sobrevenga cualquier causal que afecte el vínculo matrimonial (nulidad, divorcio, separación de hecho por decisión unilateral o conjunta, etc.).*
- d) en cualquier aniversario de la póliza en que la cantidad de cónyuges asegurados sea inferior al 50% (cincuenta por ciento) de los cónyuges asegurables.*
- e) al fallecimiento del Asegurado Principal.*
- f) por rescisión de esta cláusula.*
- g) al incorporarse el cónyuge al grupo regido por el Tomador.*
- h) al caducar el certificado individual del Asegurado Principal.*

- i) *al cumplir el cónyuge 71 años de edad; en caso de existir prima de riesgo no corrido se devolverá al Tomador.
En caso de corresponder, el tomador será responsable de la devolución de la fracción de la prima a cargo del asegurado.*
- j) *al retirarse el asegurado del grupo regido por el Tomador.*

8. CONDICIONES GENERALES DE PÓLIZA

Esta cláusula amplía las Condiciones Generales de la póliza a que está adherida y de las cuales se considera complementaria.

***Nota:** Para que rija la presente cobertura será condición indispensable que se verifique el pago de la prima adicional por la cláusula de cónyuge.*

COBERTURA ADICIONAL PARA HIJOS

1. OBJETO Y EXTENSIÓN DEL SEGURO

Esta cláusula comprende a los hijos de los Asegurados Principales incorporados al Seguro Colectivo, y cubre el riesgo de muerte, en las mismas condiciones que para el Asegurado Principal. También se incluye a los hijos incorporados a esta cobertura en la cláusula adicional de trasplante de órganos, en las mismas condiciones que para el Asegurado Principal, teniendo como requisito que el mismo tenga contratada dicha cobertura.

2. HIJOS ASEGURABLES

Son asegurables los hijos de los Asegurados Principales que tuvieren entre 14 y 21 años de edad, con exclusión de aquellos que estuvieran comprendidos en el seguro como integrantes del grupo regido por el Tomador.

3. SUMAS ASEGURADAS

El seguro adicional para hijos los cubre con el 10% (diez por ciento) de la suma de la cobertura principal con que está cubierto el Asegurado Principal, salvo pacto en contrario. En ningún caso la suma asegurada del hijo podrá exceder la suma asegurada del Asegurado Principal.

4. INICIACIÓN DE LA COBERTURA Y VIGENCIA

El plazo para la incorporación de los hijos al seguro es de 2 (dos) meses (no menos de sesenta días) corridos desde la fecha en que resultaran asegurables. Excedido el plazo mencionado, incluso por haber excedido el Asegurado Principal el plazo para su propia adhesión, el hijo que deseara incorporarse habrá de suministrar pruebas de asegurabilidad satisfactorias para la Compañía con gastos a cargo del Asegurado Principal. El seguro adicional regirá a partir de la cero (0) hora del primer día del mes siguiente a la fecha de la solicitud o a la fecha de aprobación de las pruebas de asegurabilidad en caso de ser necesarias.

5. BENEFICIARIO

El beneficiario de este seguro adicional en caso de fallecimiento del Hijo Asegurado será el Asegurado Principal, y en caso de muerte simultánea se liquidará a los beneficiarios del Asegurado Principal.

En cualquier otro caso el beneficiario será el Hijo Asegurado.

El pago del beneficio se realizará dentro de los 15 (quince) días de recibidas las constancias requeridas.

6. INFORMACIONES QUE DEBEN SUMINISTRARSE A LA COMPAÑÍA

Los Asegurados Principales, proporcionarán en los formularios suministrados por la Compañía los nombres y apellidos de sus hijos, fecha de nacimiento, etc.

7. RESCISIÓN DEL SEGURO ADICIONAL

La cobertura otorgada por este seguro adicional para hijos quedará rescindida o caducará en los siguientes casos:

- a) por la renuncia a continuar asegurado.*
- b) al caducar la póliza del Tomador por cualquier causa.*
- c) en cualquier aniversario de la póliza en que la cantidad de hijos asegurados sea inferior al 50% (cincuenta por ciento) de los hijos asegurables.*
- d) al fallecimiento del Asegurado Principal.*
- e) por rescisión de esta cláusula.*
- f) al incorporarse el hijo al grupo regido por el Tomador.*
- g) al caducar el certificado individual del Asegurado Principal.*
- h) Al cumplir el hijo 21 años de edad o al contraer matrimonio; en caso de existir prima de riesgo no corrido se devolverá al Tomador.*

En caso de corresponder, el tomador será responsable de la devolución de la fracción de la prima a cargo del asegurado.

i) al retirarse el asegurado del grupo regido por el Tomador.

8. CONDICIONES GENERALES DE PÓLIZA

Esta cláusula amplía las Condiciones Generales de la póliza a que está adherida y de las cuales se considera complementaria.

Nota: *Para que rija la presente cobertura será condición indispensable que se verifique el pago de la prima adicional por la cláusula de hijos.*

CLAUSULA DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE - LIQUIDACION DEL CAPITAL ASEGURADO

1. RIESGOS CUBIERTOS

La Compañía concederá el beneficio que acuerda esta cláusula al Asegurado cuyo estado de invalidez total y permanente, como consecuencia de accidente, no le permita desempeñar por cuenta propia o en relación de dependencia cualquier actividad remunerativa, siempre que tal estado haya continuado ininterrumpidamente por tres (3) meses como mínimo y se hubiera iniciado durante la vigencia de la presente cláusula para su certificado individual y antes de cumplir sesenta y seis (66) años de edad. Se excluyen expresamente los casos que afecten al Asegurado en forma parcial o temporal.

Se considerará accidente a todo hecho producido directa y exclusivamente por causas externas, violentas y fortuitas, ajenas a toda otra causa e independientes de la voluntad del asegurado, siempre que éste ocurra durante la vigencia del certificado individual para la presente cláusula y antes de que haya cumplido sesenta y seis (66) años de edad, y siempre que la invalidez se produzca dentro de los ciento ochenta días de producido el accidente. Se excluyen expresamente los casos que sean consecuencia de enfermedades o infecciones de cualquier naturaleza.

En las denuncias de invalidez, la Compañía procederá a su reconocimiento de acuerdo con las constancias médicas y demás elementos mencionados en el punto 5°, siempre que sean razonablemente demostrativos del estado de invalidez total y permanente por accidente.

Sin perjuicio de otras causas, la Compañía reconocerá como casos de invalidez total y permanente los siguientes:

- a) La pérdida de la vista de ambos ojos de manera total e irrecuperable por tratamiento médico y/o quirúrgico;
- b) La amputación o inhabilitación completa de ambas manos o de ambos pies, o de una mano y de un pie o de una mano y la pérdida de la vista de un ojo, o la pérdida de la vista de un ojo y la amputación o inhabilitación completa de un pie;
- c) La enajenación mental incurable;
- d) La parálisis general.

2. BENEFICIO

La Compañía, comprobada la invalidez por accidente, abonará al Asegurado una indemnización igual al capital asegurado por la cobertura principal.

3. CARACTER DEL BENEFICIO

El beneficio acordado por invalidez por accidente es "sustitutivo" del capital asegurado que debiera liquidarse en caso de muerte del Asegurado, de modo que, con el pago a que se refiere el punto anterior, la Compañía queda liberada de cualquier otra obligación con respecto a dicho Asegurado.

4. RIESGOS NO CUBIERTOS (ver Anexo I)

Quedan excluidos de la cobertura de ésta cláusula las consecuencias de:

- a) Tentativa de suicidio o culpa grave del Asegurado;
- b) Duelo, riña, salvo que se tratase de legítima defensa; tumulto popular en que hubiese participado como elemento activo; revolución o empresa criminal;
- c) Abuso del alcohol, drogas o narcóticos;
- d) Acciones de guerra, declarada o no, dentro o fuera del país;
- e) Participar como conductor o integrante de equipo en competencias de pericia y/o velocidad, con vehículos mecánicos o de tracción a sangre, o en justas hípicas (saltos de vallas o carreras con obstáculos);
- f) Intervenir en la prueba de prototipos de aviones, automóviles u otros vehículos de propulsión mecánica;
- g) Practicar o hacer uso de la aviación, salvo como pasajero en servicios de transporte aéreo regular;
- h) Intervenir en otras ascensiones aéreas o en operaciones o viajes submarinos;
- i) Acontecimientos catastróficos originados por la energía atómica.
- j) Fenómenos sísmicos, huracanes;
- k) Actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por ninguna necesidad profesional, salvo en caso de tentativa de salvamento de vidas o bienes;

l) Acontecimientos catastróficos originados por la energía atómica.

5. COMPROBACION DE LA INVALIDEZ POR ACCIDENTE

Corresponde al Asegurado o a su representante:

- a) Denunciar el accidente dentro de los quince (15) días de la fecha en que haya ocurrido, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia, so pena de perder todo derecho a indemnización;
- b) Suministrar pruebas sobre la fecha y la causa del accidente, como acerca de la manera y del lugar en que se produjo;
- c) Facilitar cualquier comprobación o aclaración;
- d) Denunciar la existencia de la invalidez;
- e) Presentar las constancias médicas y/o testimoniales del comienzo y causas de la invalidez;
- f) Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta dos exámenes médicos por facultativos designados por la Compañía y con gastos a cargo de ésta.

6. PLAZO DE PRUEBA

La Compañía dentro de los quince (15) días de recibida la denuncia y/o las constancias a que se refiere el punto anterior contados desde la fecha que sea posterior, deberá hacer saber al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento de los beneficios. Si las comprobaciones a que se refiere el punto 5° no resultaron concluyentes en cuanto al carácter total y permanente de la invalidez, la Compañía podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor de tres (3) meses, a fin de confirmar el diagnóstico.

La no contestación, por parte de la Compañía dentro del plazo establecido, significará automáticamente el reconocimiento de los beneficios reclamados.

7. VALUACION POR PERITOS

Si en la apreciación del evento surgieran divergencias entre las partes, las mismas serán definidas por dos (2) médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los ocho días de su designación, a un tercer facultativo para el caso de divergencia.

Los médicos designados por las partes deberán presentar su informe dentro de los quince días y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de ocho días.

Si una de las partes omitiera designar médico dentro del octavo día de requerido por la otra, o si el tercer facultativo no fuera electo en el plazo establecido en el párrafo anterior, la parte más diligente previa intimación a la otra, procederá a su designación.

Los honorarios y gastos de los médicos de las partes estarán a su respectivo cargo y los del tercer médico serán pagados por la parte cuyas pretensiones se alejen más del dictamen definitivo. En caso de equidistancia los honorarios y gastos del tercer médico serán pagados en partes iguales por cada una de las partes.

8. TERMINACION DE LA COBERTURA

La cobertura del riesgo de invalidez por accidente prevista en esta cláusula, cesará para cada certificado en las siguientes circunstancias:

- a) Al caducar la póliza y/o certificado individual por cualquier causa;
- b) A partir de la fecha en que el Asegurado cumpla sesenta y seis (66) años de edad. En caso de existir prima de riesgo no corrido, se devolverá al Tomador.
En caso de corresponder, el tomador será responsable de la devolución de la fracción de la prima a cargo del asegurado.
- c) Al dejar de pertenecer al grupo regido por el Tomador;
- d) Al rescindirse la presente cláusula adicional.

ANEXO I

4. RIESGOS NO CUBIERTOS (ver Anexo I)

Quedan excluidos de la cobertura de ésta cláusula las consecuencias de:

- a) *Tentativa de suicidio o culpa grave del Asegurado;*
- b) *Duelo, riña, salvo que se tratase de legítima defensa; tumulto popular en que hubiese participado como elemento activo; revolución o empresa criminal;*
- c) *Abuso del alcohol, drogas o narcóticos;*
- d) *Acciones de guerra, declarada o no, dentro o fuera del país;*
- e) *Participar como conductor o integrante de equipo en competencias de pericia y/o velocidad, con vehículos mecánicos o de tracción a sangre, o en justas hípicas (saltos de vallas o carreras con obstáculos);*
- f) *Intervenir en la prueba de prototipos de aviones, automóviles u otros vehículos de propulsión mecánica;*
- g) *Practicar o hacer uso de la aviación, salvo como pasajero en servicios de transporte aéreo regular;*
- h) *Intervenir en otras ascensiones aéreas o en operaciones o viajes submarinos;*
- i) *Acontecimientos catastróficos originados por la energía atómica.*
- j) *Fenómenos sísmicos, huracanes;*
- k) *Actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por ninguna necesidad profesional, salvo en caso de tentativa de salvamento de vidas o bienes;*
- l) *Acontecimientos catastróficos originados por la energía atómica.*

CLAUSULA ADICIONAL DE RENTA DIARIA POR INTERNACION

1. RIESGOS ASEGURADOS

La compañía abonará al asegurado, una renta diaria por cada día de internación en un Establecimiento Asistencial y por un plazo máximo de 36 meses en total de días abonados durante toda la vigencia de la cobertura.

La renta diaria se comenzará a abonar desde el primer día de internación cuando la misma supere veinticuatro horas completas y consecutivos en uno o más Establecimientos Asistenciales.

La cobertura cesará en el momento en que el asegurado cumpla sesenta y seis (66) años de edad.

2. ELECCION DEL ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL

El asegurado deberá recurrir para su internación, a un establecimiento asistencial (sanatorio, hospital clínica, instituto, policlínico, etc.) que se halle habilitado legalmente para funcionar por el organismo de control sanitario correspondiente, Municipal, Provincial o Nacional y autorizado por éste, a dar asistencia y tratamiento clínico a la enfermedad padecida por el asegurado y posea además servicio de enfermeros durante las 24 horas del día y esté equipado para cirugía mayor.

3. BENEFICIOS

La Compañía abonará al asegurado una renta diaria, cuyo importe se consigna en las Condiciones Particulares por cada día de internación del asegurado en un Establecimiento Asistencial, de las características descriptas en el punto 2°, por un plazo máximo de 36 meses.

La renta diaria será el doble de la consignada en las Condiciones Particulares si el asegurado se encontrara viajando o residiendo fuera del territorio de la República Argentina, y debiera ser internado en un Establecimiento Asistencial.

Si la internación correspondiere a una enfermedad contraída con anterioridad al viaje, sólo se abonará la renta diaria consignada en las Condiciones Particulares, como Renta Diaria por internación común. También la renta diaria será el doble de la consignada en las Condiciones Particulares como Renta Diaria por internación común, cuando el asegurado hubiera sido internado en Unidad de Terapia Intensiva.

El pago del beneficio se realizará dentro de los 15 (quince) días de recibidas las constancias requeridas.

4. CARACTER DE BENEFICIO

Este beneficio es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la póliza y, en consecuencia, la Compañía no hará, por tal concepto, deducción alguna de la suma asegurada al pagarse cualquiera de ellos.

5. LIMITACIONES Y EXCLUSIONES

El Asegurado está cubierto por esta póliza sin restricciones en cuanto a residencia y viajes que pueda realizar, dentro y fuera del país.

La Compañía no pagará la renta diaria cuando sea a consecuencia de:

- a) Participación como conductor o integrante de equipo de competencias de pericias o velocidad, con vehículos mecánicos o de tracción a sangre, o en justas hípicas (saltos de vallas o carreras con obstáculos);
- b) Intervención en la prueba de prototipos de aviones, automóviles u otros vehículos de propulsión mecánica;
- c) Práctica o utilización de la aviación, salvo como pasajero en servicios de transporte aéreo regular,
- d) Intervención en otras ascensiones aéreas o en operaciones o viajes submarinos;
- e) Guerra que no comprenda a la Nación Argentina, en caso de comprenderla, las obligaciones del Tomador y de los Asegurados, así como las de la Compañía, se regirán por las normas que, en tal emergencia, dictaren las autoridades competentes;
- f) Tentativa de suicidio voluntario, salvo que el certificado individual para esta cláusula haya estado en vigor ininterrumpidamente por lo menos durante un año anterior al hecho;
- g) Participación en empresa criminal o aplicación legítima de la pena de muerte;

- h) Acontecimientos catastróficos originados por la energía atómica.
- i) Culpa grave del asegurado o actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por ninguna necesidad profesional; salvo en caso de tentativa de salvamento a vidas o bienes.
- j) Fenómenos sísmicos, huracanes;
- k) Duelo, riña, salvo que se tratase de legítima defensa, tumulto popular en que hubiese participado como elemento activo, revolución o empresa criminal;

Tampoco se abonará una renta diaria cuando las internaciones provengan de:

1. *Enfermedades preexistentes: Se entiende por enfermedad preexistente a toda enfermedad que padeciera el Asegurado, diagnosticada con anterioridad a su incorporación al seguro, y que fuera la causa directa de la internación.*

La exclusión por enfermedad preexistente procederá en aquellos casos en que la internación tenga lugar dentro del plazo establecido en las Condiciones Particulares, contado desde la fecha de inicio de la cobertura para el Asegurado. El plazo máximo que podrá pactarse en las Condiciones Particulares no podrá exceder los 12 meses.

Esta exclusión no resultará de aplicación cuando la Compañía solicite requisitos de asegurabilidad que tengan por objeto conocer el estado de salud del Asegurado.

2. *Maternidad: comprende toda internación que se lleve a cabo durante el embarazo, consecuencia o no de éste, el parto y hasta dentro de los 45 días después del parto.*

3. *Cuando la internación corresponda: a) a cirugía plástica para condiciones preexistentes; b) a cirugía estética para fines de embellecimiento excepto aquella que sea necesaria como consecuencia de un accidente; c) a lesiones que el asegurado se hubiera ocasionado voluntariamente o estando insano; d) por alcoholismo o toxicomanía; e) por alteraciones mentales; f) por cura de reposo; g) por enfermedades infecto-contagiosas para aislar o poner en cuarentena; h) a tratamiento estético o de embellecimiento.*

6. DENUNCIA DE INTERNACION

El Asegurado o el Tomador deberán informar directamente a la Compañía cualquier internación en un Establecimiento Asistencial dentro de los siete días de haberse iniciado.

Cualquier demora de dicha información, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia, hará perder al Asegurado el derecho a los beneficios que le corresponderían por los días anteriores a la fecha de recepción de esa información por la Compañía. La Compañía podrá hacer revisar a los asegurados, hasta en tres oportunidades por mes y a su cargo, por facultativos designados por ella, durante su internación o en su domicilio particular, o citarlos al consultorio de aquellos para comprobar la procedencia de la reclamación del beneficio. Asimismo, podrá investigar en los Establecimientos Asistenciales y solicitar informaciones a los médicos que hayan asistido al asegurado. En general podrá tomar todas las medidas tendientes a comprobar y controlar las informaciones recibidas, así como esclarecer presuntos errores, simulaciones o fraudes.

El asegurado perderá todo derecho a indemnización si cualquier información fuera simulada o fraudulenta, sin perjuicio de las acciones legales que correspondieran.

7. CARGAS DEL ASEGURADO

Toda solicitud de beneficios deberá hacerse por escrito a la Compañía en el formulario que ésta suministre para tal fin, completado por el médico asistente con la correspondiente certificación del Establecimiento Asistencial y en donde consten los días exactos de internación.

El asegurado podrá solicitar a la Compañía anticipos durante su internación. Para solicitar un anticipo el Asegurado deberá haber permanecido internado como mínimo siete (7) días completos y consecutivos en uno o más Establecimientos Asistenciales de las características descritas en el punto 2°. Acordado el primer anticipo, los sucesivos anticipos podrán solicitarse cada siete (7) días.

La Compañía abonará los beneficios que correspondan una vez reunidos los requisitos necesarios y aprobadas las pruebas requeridas, directamente al asegurado o a quien éste autorice expresamente en esa oportunidad. En caso del fallecimiento del asegurado, antes del pago del beneficio, el mismo será abonado a los Beneficiarios designados por el Asegurado y a falta de ellos, de quienes figuren como Beneficiarios designados del seguro de vida.

8. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

La cobertura prevista en esta cláusula, cesará en las siguientes circunstancias:

- a) *Al pagarse 36 meses de beneficios;*
- b) *Al caducar la póliza y/o el certificado individual por cualquier causa;*
- c) *A partir de la fecha en que el asegurado cumpla sesenta y seis (66) años de edad; en caso de existir prima de riesgo no corrido se devolverá al Tomador*

En caso de corresponder, el tomador será responsable de la devolución de la fracción de la prima a cargo del asegurado.

- a) *por la renuncia a continuar asegurado.*
- b) *al retirarse el asegurado del grupo regido por el Tomador.*
- c) *Al rescindirse la presente cláusula adicional.*

ANEXO I

5. LIMITACIONES Y EXCLUSIONES

El Asegurado está cubierto por esta póliza sin restricciones en cuanto a residencia y viajes que pueda realizar, dentro y fuera del país.

La Compañía no pagará la renta diaria cuando sea a consecuencia de:

- a) Participación como conductor o integrante de equipo de competencias de pericias o velocidad, con vehículos mecánicos o de tracción a sangre, o en justas hípicas (saltos de vallas o carreras con obstáculos);
- b) Intervención en la prueba de prototipos de aviones, automóviles u otros vehículos de propulsión mecánica;
- c) Práctica o utilización de la aviación, salvo como pasajero en servicios de transporte aéreo regular,
- d) Intervención en otras ascensiones aéreas o en operaciones o viajes submarinos;
- e) Guerra que no comprenda a la Nación Argentina, en caso de comprenderla, las obligaciones del Tomador y de los Asegurados, así como las de la Compañía, se regirán por las normas que, en tal emergencia, dictaren las autoridades competentes;
- f) Tentativa de suicidio voluntario, salvo que el certificado individual para esta cláusula haya estado en vigor ininterrumpidamente por lo menos durante un año anterior al hecho;
- g) Participación en empresa criminal o aplicación legítima de la pena de muerte;
- h) Acontecimientos catastróficos originados por la energía atómica.
- i) Culpa grave del asegurado o actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por ninguna necesidad profesional; salvo en caso de tentativa de salvamento a vidas o bienes.
- j) Fenómenos sísmicos, huracanes;
- k) Duelo, riña, salvo que se tratase de legítima defensa, tumulto popular en que hubiese participado como elemento activo, revolución o empresa criminal;

Tampoco se abonará una renta diaria cuando las internaciones provengan de:

1. Enfermedades preexistentes: Se entiende por enfermedad preexistente a toda enfermedad que padeciera el Asegurado, diagnosticada con anterioridad a su incorporación al seguro, y que fuera la causa directa de la internación.

La exclusión por enfermedad preexistente procederá en aquellos casos en que la internación tenga lugar dentro del plazo establecido en las Condiciones Particulares, contado desde la fecha de inicio de la cobertura para el Asegurado. El plazo máximo que podrá pactarse en las Condiciones Particulares no podrá exceder los 12 meses.

Esta exclusión no resultará de aplicación cuando la Compañía solicite requisitos de asegurabilidad que tengan por objeto conocer el estado de salud del Asegurado.

2. Maternidad: comprende toda internación que se lleve a cabo durante el embarazo, consecuencia o no de éste, el parto y hasta dentro de los 45 días después del parto.

3. Cuando la internación corresponda: a) a cirugía plástica para condiciones preexistentes; b) a cirugía estética para fines de embellecimiento excepto aquella que sea necesaria como consecuencia de un accidente; c) a lesiones que el asegurado se hubiera ocasionado voluntariamente o estando insano; d) por alcoholismo o toxicomanía; e) por alteraciones mentales; f) por cura de reposo; g) por enfermedades infecto-contagiosas para aislar o poner en cuarentena; h) a tratamiento estético o de embellecimiento.

CLAUSULA ADICIONAL DE RENTA DIARIA DE INTERNACION A CONSECUENCIA DE ACCIDENTE

1. RIESGOS ASEGURADOS

La compañía abonará al asegurado, una renta diaria por cada día de internación en un Establecimiento Asistencial y por un plazo máximo de 36 meses en total de días abonados durante toda la vigencia de la cobertura, siempre que la internación sea a consecuencia de un accidente.

Se considerará accidente a todo hecho producido directa y exclusivamente por causas externas, violentas y fortuitas, ajenas a toda otra causa e independientes de la voluntad del asegurado, siempre que éste ocurra durante la vigencia de la presente cláusula para su certificado individual y antes de que haya cumplido sesenta y seis (66) años de edad, y siempre que la internación se produzca dentro de los ciento ochenta días de producido el accidente. Se excluyen expresamente los casos que sean consecuencia de enfermedades o infecciones de cualquier naturaleza

La renta diaria se comenzará a abonar desde el primer día de internación cuando la misma supere veinticuatro horas completas y consecutivos en uno o más Establecimientos Asistenciales.

La cobertura cesará en el momento en que el asegurado cumpla sesenta y seis (66) años de edad.

2. ELECCION DEL ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL

El asegurado deberá recurrir para su internación, a un establecimiento asistencial (sanatorio, hospital clínica, instituto, policlínico, etc.) que se halle habilitado legalmente para funcionar por el organismo de control sanitario correspondiente, Municipal, Provincial o Nacional y autorizado por éste, a dar asistencia y tratamiento clínico a la enfermedad padecida por el asegurado y posea además servicio de enfermeros durante las 24 horas del día y esté equipado para cirugía mayor.

3. BENEFICIOS

La Compañía abonará al asegurado una renta diaria, cuyo importe se consigna en las Condiciones Particulares por cada día de internación del asegurado en un Establecimiento Asistencial, de las características descriptas en el punto 2°, por un plazo máximo de 36 meses.

La renta diaria será el doble de la consignada en las Condiciones Particulares si el asegurado se encontrara viajando o residiendo fuera del territorio de la República Argentina, y debiera ser internado en un Establecimiento Asistencial. También la renta diaria será el doble de la consignada en las Condiciones Particulares como Renta Diaria por internación común, cuando el asegurado hubiera sido internado en Unidad de Terapia Intensiva.

Este beneficio es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la póliza y, en consecuencia, la Compañía no hará, por tal concepto, deducción alguna de la suma asegurada al pagarse cualquiera de ellos.

El pago del beneficio se realizará dentro de los 15 (quince) días de recibidas las constancias requeridas.

4. LIMITACIONES Y EXCLUSIONES

El Asegurado está cubierto por esta póliza sin restricciones en cuanto a residencia y viajes que pueda realizar, dentro y fuera del país.

La Compañía no pagará la renta diaria cuando sea a consecuencia de:

- a) Participación como conductor o integrante de equipo de competencias de pericias o velocidad, con vehículos mecánicos o de tracción a sangre, o en justas hípicas (saltos de vallas o carreras con obstáculos);
- b) Intervención en la prueba de prototipos de aviones, automóviles u otros vehículos de propulsión mecánica;
- c) Práctica o utilización de la aviación, salvo como pasajero en servicios de transporte aéreo regular,
- d) Intervención en otras ascensiones aéreas o en operaciones o viajes submarinos;
- e) Guerra que no comprenda a la Nación Argentina, en caso de comprenderla, las obligaciones del Tomador y de los Asegurados, así como las de la Compañía, se regirán por las normas que, en tal emergencia, dictaren las autoridades competentes;
- f) Tentativa de suicidio voluntario;
- g) Participación en empresa criminal o aplicación legítima de la pena de muerte;

- h) Acontecimientos catastróficos originados por la energía atómica.
- i) Culpa grave del asegurado o actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por ninguna necesidad profesional; salvo en caso de tentativa de salvamento a vidas o bienes.
- j) Fenómenos sísmicos, huracanes;
- k) Duelo, riña, salvo que se tratase de legítima defensa, tumulto popular en que hubiese participado como elemento activo, revolución o empresa criminal;

Tampoco se abonará una renta diaria cuando las internaciones provengan de:

Cuando la internación corresponda: a) a cirugía estética para fines de embellecimiento excepto aquella que sea necesaria como consecuencia de un accidente; b) a lesiones que el asegurado se hubiera ocasionado voluntariamente o estando insano; c) por alcoholismo o toxicomanía; d) por alteraciones mentales;

5. DENUNCIA DE INTERNACION

El Asegurado o el Tomador deberán informar directamente a la Compañía cualquier internación en un Establecimiento Asistencial dentro de los siete días de haberse iniciado.

Cualquier demora de dicha información, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia, hará perder al Asegurado el derecho a los beneficios que le corresponderían por los días anteriores a la fecha de recepción de esa información por la Compañía. La Compañía podrá hacer revisar a los asegurados, hasta en tres oportunidades por mes y a su cargo, por facultativos designados por ella, durante su internación o en su domicilio particular, o citarlos al consultorio de aquellos para comprobar la procedencia de la reclamación del beneficio. Asimismo, podrá investigar en los Establecimientos Asistenciales y solicitar informaciones a los médicos que hayan asistido al asegurado. En general podrá tomar todas las medidas tendientes a comprobar y controlar las informaciones recibidas, así como esclarecer presuntos errores, simulaciones o fraudes.

El asegurado perderá todo derecho a indemnización si cualquier información fuera simulada o fraudulenta, sin perjuicio de las acciones legales que correspondieran.

6. CARGAS DEL ASEGURADO

Toda solicitud de beneficios deberá hacerse por escrito a la Compañía en el formulario que ésta suministre para tal fin, completado por el médico asistente con la correspondiente certificación del Establecimiento Asistencial y en donde consten los días exactos de internación.

El asegurado podrá solicitar a la Compañía anticipos durante su internación. Para solicitar un anticipo el Asegurado deberá haber permanecido internado como mínimo siete (7) días completos y consecutivos en uno o más Establecimientos Asistenciales de las características descritas en el punto 2°. Acordado el primer anticipo, los sucesivos anticipos podrán solicitarse cada siete (7) días.

La Compañía abonará los beneficios que correspondan una vez reunidos los requisitos necesarios y aprobadas las pruebas requeridas, directamente al asegurado o a quien éste autorice expresamente en esa oportunidad. En caso de fallecimiento del asegurado, antes del pago del beneficio, el mismo será abonado a los beneficiarios designados por el Asegurado y a falta de ellos, de quienes figuren como beneficiarios designados del seguro de vida.

7. VALUACION POR PERITOS.

Si en la apreciación del evento surgieran divergencias entre las partes, las mismas serán definidas por dos (2) médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los ocho días de su designación, a un tercer facultativo para el caso de divergencia.

Los médicos designados por las partes deberán presentar su informe dentro de los quince días y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de ocho días.

Si una de las partes omitiera designar médico dentro del octavo día de requerido por la otra, o si el tercer facultativo no fuera electo en el plazo establecido en el párrafo anterior, la parte más diligente previa intimación a la otra, procederá a su designación.

Los honorarios y gastos de los médicos de las partes estarán a su respectivo cargo y los del tercer médico serán pagados por la parte cuyas pretensiones se alejen más del dictamen definitivo. En caso de equidistancia los honorarios y gastos del tercer médico serán pagados en partes iguales por cada una de las partes.

8. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

La cobertura prevista en esta cláusula, cesará en las siguientes circunstancias:

- a) Al pagarse 36 meses de beneficios;
- b) Al caducar la póliza y/o el certificado individual por cualquier causa;
- c) A partir de la fecha en que el asegurado cumpla sesenta y seis (66) años de edad. En caso de existir prima de riesgo no corrido, se devolverá al Tomador.
En caso de corresponder, el tomador será responsable de la devolución de la fracción de la prima a cargo del asegurado.
- d) por la renuncia a continuar asegurado.
- e) al retirarse el asegurado del grupo regido por el Tomador.
- f) Al rescindirse la presente cláusula adicional.

ANEXO I

4. LIMITACIONES Y EXCLUSIONES

El Asegurado está cubierto por esta póliza sin restricciones en cuanto a residencia y viajes que pueda realizar, dentro y fuera del país.

La Compañía no pagará la renta diaria cuando sea a consecuencia de:

- a) Participación como conductor o integrante de equipo de competencias de pericias o velocidad, con vehículos mecánicos o de tracción a sangre, o en justas hípicas (saltos de vallas o carreras con obstáculos);*
- b) Intervención en la prueba de prototipos de aviones, automóviles u otros vehículos de propulsión mecánica;*
- c) Práctica o utilización de la aviación, salvo como pasajero en servicios de transporte aéreo regular,*
- d) Intervención en otras ascensiones aéreas o en operaciones o viajes submarinos;*
- e) Guerra que no comprenda a la Nación Argentina, en caso de comprenderla, las obligaciones del Tomador y de los Asegurados, así como las de la Compañía, se regirán por las normas que, en tal emergencia, dictaren las autoridades competentes;*
- f) Tentativa de suicidio voluntario;*
- g) Participación en empresa criminal o aplicación legítima de la pena de muerte;*
- h) Acontecimientos catastróficos originados por la energía atómica.*
- i) Culpa grave del asegurado o actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por ninguna necesidad profesional; salvo en caso de tentativa de salvamento a vidas o bienes.*
- j) Fenómenos sísmicos, huracanes;*
- k) Duelo, riña, salvo que se tratase de legítima defensa, tumulto popular en que hubiese participado como elemento activo, revolución o empresa criminal;*

Tampoco se abonará una renta diaria cuando las internaciones provengan de:

Cuando la internación corresponda: a) a cirugía estética para fines de embellecimiento excepto aquella que sea necesaria como consecuencia de un accidente; b) a lesiones que el asegurado se hubiera ocasionado voluntariamente o estando insano; c) por alcoholismo o toxicomanía; d) por alteraciones mentales;

CLAUSULA DE INDEMNIZACION ADICIONAL DE HIJO POSTUMO
EN CASO DE MUERTE DEL ASEGURADO

1. RIESGO ASEGURADO

La compañía concederá el beneficio que acuerda esta cláusula si a la fecha de ocurrencia del fallecimiento del asegurado titular, por causas no excluidas en la Condiciones Generales para la cobertura principal, existiera un hijo por nacer y su nacimiento se produjere con vida y dentro de los 270 días de ocurrido el fallecimiento del asegurado.

El beneficio correspondiente será abonado por la compañía abonará dentro de los quince (15) días de acreditarse el nacimiento.

Cuando se reclame el beneficio para un hijo extramatrimonial del asegurado, deberá acreditarse en forma fehaciente la filiación del hijo póstumo.

2. BENEFICIO

La compañía abonará al representante legal del hijo póstumo el 25% del capital asegurado previsto para el caso de muerte, hasta un máximo de \$50.000.-

3. CARÁCTER DEL BENEFICIO

El beneficio que otorga la presente cláusula es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la póliza y, en consecuencia, la compañía no hará, por tal concepto, deducción alguna de la suma asegurada al pagarse cualquiera de ellos.

4. RIESGOS NO CUBIERTOS (VER ANEXO I)

Quedan excluidos de la cobertura de esta cláusula:

- a) Hijos nacidos sin vida*
- b) Hijos extramatrimoniales que no posean acreditación fehaciente.*
- c) Hijos nacidos con posterioridad al plazo estipulado en el artículo 1.*

5. COMPROBACIÓN DEL NACIMIENTO

Corresponde al representante legal del beneficiario

- a) Denunciar la existencia del hijo por nacer.*
- b) Presentar a la compañía evidencias clínicas del nacimiento con vida del hijo póstumo.*
- c) Acreditar la paternidad del asegurado*
- d) Facilitar cualquier comprobación que la compañía considere necesario.*

6. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

La cobertura prevista en esta cláusula, cesará para cada certificado en las siguientes circunstancias:

- a) Al caducar la póliza y/o el certificado individual por cualquier causa;*
- b) A partir de la fecha en que el Asegurado cumpla sesenta y seis (66) años de edad; en caso de existir prima de riesgo no corrido se devolverá al Tomador;*
- c) En caso de corresponder, el tomador será responsable de la devolución de la fracción de la prima a cargo del asegurado.*
- d) Al dejar de pertenecer al grupo regido por el tomador;*
- e) Al rescindirse la presente cláusula adicional;*
- f) Por la renuncia a continuar asegurado por la presente cláusula.*

7. COMERCIALIZACIÓN

La presente cláusula no podrá ser comercializada conjuntamente con la cláusula de indemnización adicional de hijo póstumo en caso de muerte por accidente del asegurado.

ANEXO I

RIESGOS NO CUBIERTOS (VER ANEXO I)

Quedan excluidos de la cobertura de esta cláusula:

- a) Hijos nacidos sin vida*
- b) Hijos extramatrimoniales que no posean acreditación fehaciente.*
- c) Hijos nacidos con posterioridad al plazo estipulado en el artículo 1.*

CLAUSULA DE INDEMNIZACION ADICIONAL DE HIJO POSTUMO
EN CASO DE MUERTE POR ACCIDENTE DEL ASEGURADO

1. RIESGO ASEGURADO

La compañía concederá el beneficio que acuerda esta cláusula si a la fecha de ocurrencia del fallecimiento del asegurado titular, por causas no excluidas en la Condiciones Generales para la cobertura Adicional de Muerte Accidental, existiera un hijo por nacer y su nacimiento se produjere con vida y dentro de los 270 días de ocurrido el fallecimiento del asegurado.

El beneficio correspondiente será abonado por la compañía abonará dentro de los quince (15) días de acreditarse el nacimiento.

Cuando se reclame el beneficio para un hijo extramatrimonial del asegurado, deberá acreditarse en forma fehaciente la filiación del hijo póstumo.

2. BENEFICIO

La compañía abonará al representante legal del hijo póstumo el 25% del capital asegurado previsto para el caso de muerte, hasta un máximo de \$50.000,-

3. CARÁCTER DEL BENEFICIO

El beneficio que otorga la presente cláusula es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la póliza y, en consecuencia, la compañía no hará, por tal concepto, deducción alguna de la suma asegurada al pagarse cualquiera de ellos.

4. RIESGOS NO CUBIERTOS (VER ANEXO I)

Quedan excluidos de la cobertura de esta cláusula:

- a) Hijos nacidos sin vida*
- b) Hijos extramatrimoniales que no posean acreditación fehaciente.*
- c) Hijos nacidos con posterioridad al plazo estipulado en el artículo 1.*

5. COMPROBACIÓN DEL NACIMIENTO

Corresponde al representante legal del beneficiario

- a) Denunciar la existencia del hijo por nacer.*
- b) Presentar a la compañía evidencias clínicas del nacimiento con vida del hijo póstumo.*
- c) Acreditar la paternidad del asegurado*
- d) Facilitar cualquier comprobación que la compañía considere necesario.*

6. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

La cobertura prevista en esta cláusula, cesará para cada certificado en las siguientes circunstancias:

- a) Al caducar la póliza y/o el certificado individual por cualquier causa;*
- b) A partir de la fecha en que el Asegurado cumpla sesenta y seis (66) años de edad; en caso de existir prima de riesgo no corrido se devolverá al Tomador;*
- c) En caso de corresponder, el tomador será responsable de la devolución de la fracción de la prima a cargo del asegurado.*
- d) Al dejar de pertenecer al grupo regido por el tomador;*
- e) Al rescindirse la presente cláusula adicional;*
- f) Por la renuncia a continuar asegurado por la presente cláusula.*

7. COMERCIALIZACIÓN

La presente cláusula podrá ser comercializada siempre que se contrate la cláusula adicional de muerte accidental y en ningún caso podrá ser comercializada conjuntamente con la cláusula de indemnización adicional de hijo póstumo en caso de muerte del asegurado.

ANEXO I

4. *RIESGOS NO CUBIERTOS (VER ANEXO I)*

Quedan excluidos de la cobertura de esta cláusula:

- a) Hijos nacidos sin vida*
- b) Hijos extramatrimoniales que no posean acreditación fehaciente.*
- c) Hijos nacidos con posterioridad al plazo estipulado en el artículo 1.*

CLAUSULA DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE
POR ACCIDENTE DEL CONYUGE

4. RIESGOS CUBIERTOS

La Compañía concederá el beneficio que acuerda esta cláusula al Cónyuge Asegurado cuyo estado de invalidez total y permanente, como consecuencia de accidente, no le permita desempeñar por cuenta propia o en relación de dependencia cualquier actividad remunerativa, siempre que tal estado haya continuado ininterrumpidamente por tres (3) meses como mínimo y se hubiera iniciado durante la vigencia de la presente cláusula para su certificado individual y antes de cumplir sesenta y seis (66) años de edad. Se excluyen expresamente los casos que afecten al Cónyuge Asegurado en forma parcial o temporal.

Se considerará accidente a todo hecho producido directa y exclusivamente por causas externas, violentas y fortuitas, ajenas a toda otra causa e independientes de la voluntad del Cónyuge Asegurado, siempre que éste ocurra durante la vigencia de su certificado individual para la presente cláusula y antes de que haya cumplido sesenta y seis (66) años de edad, y siempre que la invalidez se produzca dentro de los ciento ochenta días de producido el accidente. Se excluyen expresamente los casos que sean consecuencia de enfermedades o infecciones de cualquier naturaleza.

En las denuncias de invalidez, la Compañía procederá a su reconocimiento de acuerdo con las constancias médicas y demás elementos mencionados en el punto 5°, siempre que sean razonablemente demostrativos del estado de invalidez total y permanente por accidente.

Sin perjuicio de otras causas, la Compañía reconocerá como casos de invalidez total y permanente los siguientes:

- a) La pérdida de la vista de ambos ojos de manera total e irrecuperable por tratamiento médico y/o quirúrgico;
- b) La amputación o inhabilitación completa de ambas manos o de ambos pies, o de una mano y de un pie o de una mano y la pérdida de la vista de un ojo, o la pérdida de la vista de un ojo y la amputación o inhabilitación completa de un pie;
- c) La enajenación mental incurable;
- d) La parálisis general.

5. BENEFICIO

La Compañía, comprobada la invalidez por accidente, abonará al Cónyuge Asegurado una indemnización igual al capital asegurado por fallecimiento.

6. CARACTER DEL BENEFICIO

El beneficio acordado por invalidez por accidente es "sustitutivo" del capital asegurado que debiera liquidarse en caso de muerte del Cónyuge Asegurado, de modo que, con el pago a que se refiere el punto anterior, la Compañía queda liberada de cualquier otra obligación con respecto a dicho Cónyuge Asegurado.

7. RIESGOS NO CUBIERTOS (ver Anexo I)

Quedan excluidos de la cobertura de ésta cláusula las consecuencias de:

- a) Tentativa de suicidio o culpa grave del Cónyuge Asegurado;
- b) Duelo, riña, salvo que se tratase de legítima defensa; tumulto popular en que hubiese participado como elemento activo; revolución o empresa criminal.
- c) Abuso del alcohol, drogas o narcóticos;
- d) Acciones de guerra, declarada o no, dentro o fuera del país;
- e) Participar como conductor o integrante de equipo en competencias de pericia y/o velocidad, con vehículos mecánicos o de tracción a sangre, o en justas hípicas (saltos de vallas o carreras con obstáculos);
- f) Intervenir en la prueba de prototipos de aviones, automóviles u otros vehículos de propulsión mecánica;
- g) Practicar o hacer uso de la aviación, salvo como pasajero en servicios de transporte aéreo regular;
- h) Intervenir en otras ascensiones aéreas o en operaciones o viajes submarinos;
- i) Acontecimientos catastróficos originados por la energía atómica.
- j) Fenómenos sísmicos, huracanes;

- k) *Actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por ninguna necesidad profesional, salvo en caso de tentativa de salvamento de vidas o bienes;*
- l) *Acontecimientos catastróficos originados por la energía atómica.*

8. COMPROBACION DE LA INVALIDEZ POR ACCIDENTE

Corresponde al Asegurado, Cónyuge Asegurado o a su representante:

- a) *Denunciar el accidente dentro de los quince (15) días de la fecha en que haya ocurrido, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia, so pena de perder todo derecho a indemnización;*
- b) *Suministrar pruebas sobre la fecha y la causa del accidente, como acerca de la manera y del lugar en que se produjo;*
- c) *Facilitar cualquier comprobación o aclaración;*
- d) *Denunciar la existencia de la invalidez;*
- e) *Presentar las constancias médicas y/o testimoniales del comienzo y causas de la invalidez;*
- f) *Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta dos exámenes médicos por facultativos designados por la Compañía y con gastos a cargo de ésta.*

9. PLAZO DE PRUEBA

La Compañía dentro de los quince (15) días de recibida la denuncia y/o las constancias a que se refiere el punto anterior contados desde la fecha que sea posterior, deberá hacer saber al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento de los beneficios. Si las comprobaciones a que se refiere el punto 5° no resultaron concluyentes en cuanto al carácter total y permanente de la invalidez, la Compañía podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor de tres (3) meses, a fin de confirmar el diagnóstico.

La no contestación, por parte de la Compañía dentro del plazo establecido, significará automáticamente el reconocimiento de los beneficios reclamados.

10. VALUACION POR PERITOS

Si en la apreciación del evento surgieran divergencias entre las partes, las mismas serán definidas por dos (2) médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los ocho días de su designación, a un tercer facultativo para el caso de divergencia.

Los médicos designados por las partes deberán presentar su informe dentro de los quince días y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de ocho días.

Si una de las partes omitiera designar médico dentro del octavo día de requerido por la otra, o si el tercer facultativo no fuera electo en el plazo establecido en el párrafo anterior, la parte más diligente previa intimación a la otra, procederá a su designación.

Los honorarios y gastos de los médicos de las partes estarán a su respectivo cargo y los del tercer médico serán pagados por la parte cuyas pretensiones se alejen más del dictamen definitivo. En caso de equidistancia los honorarios y gastos del tercer médico serán pagados en partes iguales por cada una de las partes.

11. TERMINACION DE LA COBERTURA

La cobertura del riesgo de invalidez por accidente prevista en esta cláusula, cesará para cada certificado en las siguientes circunstancias:

- a) *por la renuncia a continuar asegurado.*
- b) *al caducar la póliza y/o el Certificado Individual por cualquier causa.*
- c) *cuando sobrevenga cualquier causal que afecte el vínculo matrimonial (nulidad, divorcio, separación de hecho por decisión unilateral o conjunta, etc.).*
- d) *en cualquier aniversario de la póliza en que la cantidad de cónyuges asegurados sea inferior al 50% (cincuenta por ciento) de los cónyuges asegurables.*
- e) *al fallecimiento del Asegurado Principal.*
- f) *por rescisión de esta cláusula.*
- g) *al incorporarse el cónyuge al grupo regido por el Tomador.*
- h) *al caducar el certificado individual del Asegurado Principal.*

- i) al cumplir el cónyuge 66 años de edad; en caso de existir prima de riesgo no corrido se devolverá al Tomador. En caso de corresponder, el tomador será responsable de la devolución de la fracción de la prima a cargo del asegurado.*
- j) al retirarse el asegurado del grupo regido por el Tomador.*
- k) al solicitarse la rescisión de la cláusula de cónyuges*

12. COMERCIALIZACION

La presente cláusula no se comercializará junto con la cobertura adicional para cónyuges si en la misma se ha incluido la cobertura adicional de invalidez.

ANEXO I

4. RIESGOS NO CUBIERTOS (ver Anexo I)

Quedan excluidos de la cobertura de ésta cláusula las consecuencias de:

- a) *Tentativa de suicidio o culpa grave del Cónyuge Asegurado;*
- b) *Duelo, riña, salvo que se tratase de legítima defensa; tumulto popular en que hubiese participado como elemento activo; revolución o empresa criminal.*
- c) *Abuso del alcohol, drogas o narcóticos;*
- d) *Acciones de guerra, declarada o no, dentro o fuera del país;*
- e) *Participar como conductor o integrante de equipo en competencias de pericia y/o velocidad, con vehículos mecánicos o de tracción a sangre, o en justas hípicas (saltos de vallas o carreras con obstáculos);*
- f) *Intervenir en la prueba de prototipos de aviones, automóviles u otros vehículos de propulsión mecánica;*
- g) *Practicar o hacer uso de la aviación, salvo como pasajero en servicios de transporte aéreo regular;*
- h) *Intervenir en otras ascensiones aéreas o en operaciones o viajes submarinos;*
- i) *Acontecimientos catastróficos originados por la energía atómica.*
- j) *Fenómenos sísmicos, huracanes;*
- k) *Actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por ninguna necesidad profesional, salvo en caso de tentativa de salvamento de vidas o bienes;*
- l) *Acontecimientos catastróficos originados por la energía atómica.*

CLÁUSULA DE AJUSTE DE LA SUMA ASEGURADA

Artículo 1° - Sumas Aseguradas

Queda expresamente convenido que las Sumas Aseguradas previstas en esta póliza serán ajustadas anualmente, en oportunidad de la renovación anual de la póliza a efectos de mantener actualizados sus valores.

Artículo 2° - Forma de determinación del ajuste

El índice de ajuste de las Sumas Aseguradas será convenido en las Condiciones Particulares de la presente póliza. De esta forma, las Sumas Aseguradas serán ajustadas anualmente, aplicando el porcentaje fijo de incremento expresamente previsto en dichas condiciones.

Artículo 3° - Ajuste

En todos los casos, las nuevas Sumas Aseguradas comenzarán a regir a partir del primer vencimiento del premio inmediato siguiente a aquel en que las nuevas Sumas Aseguradas se acuerden con el Tomador.

Los Asegurados serán debidamente notificados de dichos aumentos, mediante la remisión del respectivo Complemento de Certificado que se remitirá informando las nuevas Sumas Aseguradas con las respectivas primas a abonar.

Artículo 4° - Primas

Las nuevas primas vigentes serán las que surjan de aplicar la tasa de prima pactada sobre las nuevas Sumas Aseguradas.

Artículo 5° - Aceptación por parte del Asegurado

Constituida la notificación por parte del Asegurador de las nuevas Sumas Aseguradas y respectivas primas a abonar, el Asegurado deberá informar al Asegurador si acepta o rechaza el ajuste, dentro del plazo de 30 días.

Si el Asegurado manifestara, dentro del plazo previsto en el párrafo anterior, su voluntad de continuar con las Sumas Aseguradas vigentes sin que se efectúe el ajuste, el Asegurador se obliga a mantener la cobertura de dicho Asegurado con las Sumas Aseguradas vigentes, no procediendo a realizarse ningún ajuste posterior.