



**CONDICIONES GENERALES
VIDA COLECTIVO**

(NO FORMA PARTE INTEGRANTE DEL CONTRATO DE SEGURO)

 BARBUSS

**EXPEDIENTE 35277 - PROVEIDO 86845 -
17/02/1998 CONDICIONES GENERALES
COMUNES (001)**

Artículo 1ro: COBERTURA

1. La Compañía Aseguradora asume la cobertura del riesgo de fallecimiento de los Asegurados, producido por cualquier causa y en cualquier lugar sujeta a los términos y Condiciones establecidos en las Condiciones Particulares y Condiciones Generales Comunes y Específicas de póliza.

Artículo 2do: DEFINICIONES

1. Compañía Aseguradora BARBUSS RISK SEGUROS S.A. Seguros S.A. que asume la cobertura de los riesgos objetos de este contrato y garantiza el pago de las indemnizaciones que correspondan con arreglo a las condiciones del mismo.
2. Contratante: Es la persona física o jurídica que suscribe este contrato con la Compañía Aseguradora y representa al grupo asegurado.
3. Grupo Asegurable: Es un conjunto de personas unidas por un vínculo o interés común, previo o simultáneo a la contratación del seguro, pero diferente a éste.
4. Asegurado: Cada una de las personas que, perteneciendo al grupo asegurable, satisface las condiciones de adhesión al seguro. El conjunto de asegurados conforma el grupo asegurado.

Artículo 3ro: DISPOSICIONES FUNDAMENTALES

1. Las partes contratantes se someten a las disposiciones de la Ley de Seguros Nro.17.418 y a las de la presente póliza. En caso de no coincidir las Condiciones Generales Comunes y/o Específicas con las Condiciones Particulares, se estará a lo que dispongan estas últimas.
2. Esta póliza ha sido emitida por la Compañía Aseguradora sobre la base de las declaraciones suscriptas por el Contratante en su solicitud de seguro, por los Asegurados en sus respectivas solicitudes de adhesión, documentos anexos y ante los médicos, si se hubiese procedido a un reconocimiento médico. Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Contratante o por los Asegurados, aún hecha de buena fe, que a juicio de peritos hubiere impedido el contrato o la aceptación de los seguros individuales, o habría modificado sus condiciones si la Compañía Aseguradora hubiese sido cerciorada del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato o los certificados de los Asegurados, según el caso.
3. Si resultara errónea la edad o cualquier otro dato, referente a un Asegurado, la Compañía Aseguradora se obliga a pagar la suma que hubiera estado a su cargo de ser exacta la información, salvo que fuese aplicable el inciso precedente.
4. No son asegurables los interdictos, los menores de 14 años, ni los que excedan el límite máximo de edad de ingreso establecido en las Condiciones Particulares de póliza.
De comprobarse que a la fecha de adhesión el Asegurado era una persona no asegurable de acuerdo con lo establecido precedentemente, quedará automáticamente anulado el seguro individual.

Artículo 4to: INICIACIÓN DEL CONTRATO

1. La responsabilidad que asume la Compañía Aseguradora comienza a las 0 horas de la fecha de vigencia indicada en las Condiciones Particulares, previo pago de la primera prima.

Artículo 5to: CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN

1. La Compañía Aseguradora emitirá para cada Asegurado un Certificado Individual de incorporación, en el que constarán los beneficiarios a que tiene derecho, las sumas aseguradas, la fecha de vigencia inicial y la designación de beneficiarios. Sin perjuicio de ello, la Compañía Aseguradora podrá reemplazar la emisión de este certificado por otra forma de comunicación autorizada por el Organismo de Control.
2. Cuando se produzca una variación del capital asegurado individual, la Compañía Aseguradora emitirá un nuevo Certificado Individual, en reemplazo del anterior vigente.

Artículo 6to: PRIMAS DEL SEGURO

1. La prima media inicial por mil de capital asegurado indicada en las Condiciones particulares de esta póliza regirá durante el primer año de vigencia del seguro. En cada aniversario de póliza la Compañía Aseguradora calculará la prima media que aplicará en el siguiente período, comunicando por escrito al Contratante el nuevo valor resultante, de existir variaciones, con una anticipación no menor de treinta (30) días a la fecha de su vigencia.
2. Cuando no se establezcan primas medias por rangos de edades, la prima media será aplicada sin ninguna discriminación a todos los Asegurados.
3. La prima media estará dada por la suma de las primas individuales que resulten de aplicar la tarifa de acuerdo con la edad alcanzada y el importe del seguro de cada Asegurado, dividido por el importe total de capital asegurado del grupo.
4. Cuando se produzca una variación superior al treinta por ciento (30%) en la cantidad de asegurados y/o en la suma de los seguros individuales, el Contratante o la Compañía Aseguradora podrán exigir un nuevo cálculo de la prima media, que regirá hasta el próximo aniversario de póliza.
5. El importe de las primas a pagar por el Contratante resultará de multiplicar la prima media por el total de capitales asegurados vigentes.

Artículo 7mo: PAGO DE LAS PRIMAS

1. Las primas deberán ser pagadas por adelantado por el Contratante en las oficinas de la Compañía Aseguradora, en sus agencias oficiales, en los bancos o en el domicilio de los corresponsales debidamente autorizados por ella para dicho fin.
2. La periodicidad de pago de primas estipulada en las Condiciones Particulares podrá ser modificada en cualquier aniversario de póliza, mediante solicitud escrita del Contratante con una anticipación no menor a treinta (30) días del aniversario respectivo.

Artículo 8vo: PLAZO DE GRACIA

1. Excepto para la prima inicial que deberá abonarse previamente a la emisión de la póliza, se concede al Contratante un plazo de treinta (30) días para el pago de las primas, sin recargo de intereses, a partir del día en que venza cada una.
2. Si durante este plazo de gracia ocurrieran siniestros amparados por esta póliza, ésta se considerará en vigor y la Compañía Aseguradora pagará el valor del seguro correspondiente, previa cancelación por parte del Contratante del importe total de las primas pendientes.

3. Los vencimientos de pago de primas se producirán a las 0 horas de las fechas correspondientes de acuerdo con la iniciación de la cobertura y la periodicidad de pago de prima establecida en esta póliza o que se conviniere con posterioridad.

Artículo 9no: FALTA DE PAGO DE PRIMAS

1. Si las primas no fueran pagadas dentro del plazo de gracia, esta póliza y los certificados individuales que ampara caducarán automáticamente, sin necesidad de aviso especial, y la Compañía Aseguradora quedará libre de toda responsabilidad u obligaciones por siniestros ocurridos después de la cancelación de la póliza.
2. En este caso el Contratante adeudará a la Compañía Aseguradora 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 10mo: LIQUIDACIÓN POR FALLECIMIENTO

1. Ocurrido el fallecimiento del Asegurado estando esta póliza y el respectivo certificado individual en vigor, el Contratante deberá remitir a la Compañía Aseguradora la solicitud del beneficiario, quien estará obligado a suministrar la información necesaria para verificar el siniestro y permitirle las indagaciones necesarias a tal fin. La Compañía Aseguradora puede requerir prueba instrumental, como ser, las pruebas legales del deceso, declaración del médico que hubiese asistido al Asegurado o que hubiese certificado su muerte, además de otra del Contratante, extendidas ambas en formularios que proporcionará la Compañía Aseguradora, así como otros documentos que fueren razonablemente necesarios.
2. La cobertura será nula y de ningún efecto, en caso en que el asegurado padeciere una enfermedad al momento de su ingreso al seguro que luego le produjera directa o indirectamente la muerte en el plazo de un (1) año a partir de la entrada en vigor del respectivo certificado individual, toda vez que hubiera sido materia de tratamiento en los dos últimos años anteriores a la suscripción. Dicha enfermedad será tenida en cuenta a los fines de la nulidad predicha, cuando resulte desencadenante del proceso de fallecimiento, fuere base del mismo, o tuviere conexión principal con él. Esta cláusula será aplicable solo en caso que no hubiere correspondido por parte de la Compañía realizar un examen médico al asegurado al momento de su incorporación al seguro.
3. Una vez recibidos los documentos justificativos, la Compañía Aseguradora efectuará el pago del capital estipulado en el certificado individual a los beneficiarios designados, en los plazos indicados en el Artículo 14to de estas Condiciones Generales Comunes.

Artículo 11ro: RIESGOS NO CUBIERTOS

La Compañía Aseguradora no abonará la indemnización estipulada en las Condiciones Particulares, cuando el fallecimiento del asegurado se produjera directa o indirectamente como consecuencia de:

1. Suicidio voluntario o tentativa de suicidio voluntario, salvo que el seguro haya estado en vigor ininterrumpidamente por un año completo; o culpa grave del asegurado;
2. Acto ilícito provocado deliberadamente por el Contratante del seguro sobre la vida del Asegurado;
3. Participación como conductor o integrante de equipo en competencia de pericia o velocidad, con vehículos mecánicos o de tracción a sangre, o en justas hípicas (salto

- de vallas o carreras);
4. Intervención en la prueba de prototipo de aviones, automóviles u otros vehículos de propulsión mecánica;
 5. Práctica o utilización de la aviación, salvo como pasajero en servicio de transporte aéreo regular;

6. Intervención en otras ascensiones aéreas o en operaciones o en viajes submarinos;
7. Práctica de deportes particularmente peligrosos, como ser: acrobacia, aladeltismo, andinismo, boxeo profesional, caza mayor, caza o exploración subacuática, doma de animales no domesticados y de fieras, paracaidismo u otras actividades de análogas características- a las mencionadas en este inciso;
8. Dedicación profesional al acrobatismo, armado de torres, buceo, sustitución de actores actrices en calidad de doble, conducción de personas como guía de montaña, jockey, manipuleo de explosivos, préstamos onerosos en calidad de prestamista, tarea en fábrica, usinas o laboratorios con exposición a radiaciones atómicas u otras profesiones, ocupaciones o actividades de análogas características.
9. Abuso de alcohol y/o drogas;
10. Uso de estupefacientes y/o narcóticos, salvo en caso de prescripción médica;
11. Participación en empresa criminal o por aplicación legítima de la pena de muerte;
12. Acontecimientos catastróficos originados por la energía atómica, consecuencias directas o indirectas de la reacción o radiación nuclear o contaminación radioactiva;
13. Guerra que no comprenda a la Nación Argentina; en caso de comprenderla, las obligaciones del asegurado, así como las de la Compañía Aseguradora, se regirán por las normas que, en tal emergencia, dictaren las autoridades competentes;
14. Duelo o riña, salvo que se tratase de legítima defensa; huelga o tumulto popular en que hubiere participado como elemento activo; revolución;
15. Actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por ninguna necesidad profesional del Asegurado, salvo en caso de tentativa de salvamento de vidas o bienes;
16. Intervenciones médicas ilícitas.

Artículo 12do: RESCISIÓN DE LA PÓLIZA

1. El Contratante puede rescindir este contrato sin limitación alguna después del primer período de pago de primas del seguro, pudiendo hacerlo también la Compañía Aseguradora en cualquier vencimiento de prima, previo aviso al Contratante remitido con anticipación no menor a treinta (30) días.
2. En caso de producirse la rescisión de la póliza, caducarán simultáneamente todos los seguros individuales cubiertos por la misma, y la Compañía Aseguradora quedará libre de toda responsabilidad u obligaciones por siniestros ocurridos después de la cancelación de la póliza, sin perjuicio del cumplimiento de las obligaciones pendientes a cargo de la Compañía Aseguradora en ese momento.

Artículo 13ro: VARIACIÓN DEL GRUPO ASEGURADO

1. El Contratante está obligado a notificar a la Compañía Aseguradora las variaciones que se produzcan en la composición del grupo asegurado, por el ingreso y egreso de Asegurados.

Artículo 14to: PLAZOS PARA EL PAGO Y RECONOCIMIENTO DE OBLIGACIONES DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA

1. Los plazos para el pago y reconocimiento de las obligaciones de la Compañía

emergentes de esta póliza, se regirán por las disposiciones de los Artículos 46, 49 y 56 de la Ley de Seguros Nro. 17.418, que se resumen en los siguientes incisos.

2. El pago de los beneficios estipulados se hará dentro de los quince (15) días de acompañada la información requerida por esta póliza al notificar el siniestro y, si procediera, la información a que se refieren los puntos segundo y tercero del Artículo 46 de la citada Ley.

3. La Compañía Aseguradora debe pronunciarse acerca del derecho del beneficiario dentro de los treinta (30) días de recibida la información a que se refieren los párrafos segundo y tercero del Artículo 46 de la citada Ley, importando aceptación la omisión de dicho pronunciamiento.

Artículo 15to: REHABILITACIÓN DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL

1. Si caducara un Certificado Individual en los términos definidos en las Condiciones Generales Específicas, el Asegurado podrá obtener su rehabilitación dentro de los ciento ochenta (180) días de la fecha de caducidad, siempre que la misma se encuentre aprobada por el Contratante, que el Asegurado cumpla pruebas de asegurabilidad satisfactorias a juicio de la Compañía Aseguradora y que se abonen las primas impagas vencida hasta la fecha de rehabilitación.

Artículo 16to: CESIONES

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

Artículo 17mo: DUPLICADO Y COPIAS

1. En caso de robo, pérdida o destrucción de la póliza o de un certificado individual, el Contratante o el Asegurado podrán obtener un duplicado certificado por la Compañía Aseguradora, si lo solicitan por escrito. Las modificaciones o endosos que se hagan en el duplicado, a pedido del Contratante o del Asegurado, según el caso, serán los únicos válidos.
2. El Contratante o los Asegurados tienen derecho a recabar una copia de sus declaraciones efectuadas con motivo de este contrato y copia no negociable de la póliza o del correspondiente certificado individual.
3. Los gastos que originen la extensión de duplicados y copias serán por cuenta de los solicitantes.

Artículo 18vo: IMPUESTOS, TASAS Y CONTRIBUCIONES

1. 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 Contratante, de los Asegurados, de los beneficiarios o de los herederos, según el caso, salvo cuando la Ley los declarase expresamente a cargo exclusivo de la Compañía Aseguradora.

Artículo 19no: FACULTADES DEL PRODUCTOR O AGENTE

1. El productor o agente de seguro, cualquiera sea su vinculación con la Compañía Aseguradora, autorizado por ésta para la mediación, sólo está facultado con respecto a las operaciones en las cuales interviene para:
 - a) Recibir propuestas de celebración y modificación de los contratos de seguros.
 - b) Entregar los documentos emitidos por la Compañía Aseguradora, referentes a contratos o sus prórrogas.
 - c) Aceptar el pago de la prima si se halla en posesión de recibo de la Compañía Aseguradora.

Artículo 20mo: DOMICILIO

1. El domicilio en el que las partes deben efectuar las denuncias, declaraciones y demás comunicaciones previstas en este contrato o en la Ley de Seguros Nro. 17.418 es el último declarado por ellas.

Artículo 21ro: PRESCRIPCIÓN

1. Las acciones fundadas en esta póliza prescriben al año de ser exigible la obligación correspondiente. Para el beneficiario el plazo de prescripción se computa desde que se conoce la existencia del beneficio, pero en ningún caso excederá de tres (3) años desde el nacimiento de su derecho a la prestación por parte de la Compañía Aseguradora.

Artículo 22do: JURISDICCIÓN

1. Toda controversia judicial relativa a la presente póliza, será dirimida ante los Tribunales ordinarios competentes del lugar de emisión de la misma.

ANEXO I

RIESGOS NO CUBIERTOS

La Compañía Aseguradora no abonará la indemnización estipulada en las Condiciones Particulares, cuando el fallecimiento del asegurado se produjera directa o indirectamente como consecuencia de:

1. Suicidio voluntario o tentativa de suicidio voluntario, salvo que el seguro haya estado en vigor ininterrumpidamente por un año completo; o culpa grave del asegurado;
2. Acto ilícito provocado deliberadamente por el Contratante del seguro sobre la vida del Asegurado;
3. Participación como conductor o integrante de equipo en competencia de pericia o velocidad, con vehículos mecánicos o de tracción a sangre, o en justas hípicas (salto de vallas o carreras);
4. Intervención en la prueba de prototipo de aviones, automóviles u otros vehículos de propulsión mecánica;
5. Práctica o utilización de la aviación, salvo como pasajero en servicio de transporte aéreo regular;
6. Intervención en otras ascensiones aéreas o en operaciones o en viajes submarinos;
7. Práctica de deportes particularmente peligrosos, como ser: acrobacia, aladeltismo, andinismo, boxeo profesional, caza mayor, caza o exploración subacuática, doma de animales no domesticados y de fieras, paracaidismo u otras actividades de análogas características a las mencionadas en este inciso;
8. Dedicación profesional al acrobatismo, armado de torres, buceo, sustitución de actores o actrices en calidad de doble, conducción de personas como guía de montaña, jockey, manipuleo de explosivos, préstamos onerosos en calidad de prestamista, tarea en fábrica, usinas o laboratorios con exposición a radiaciones atómicas u otras profesiones, ocupaciones o actividades de análogas características.
9. Abuso de alcohol y/o drogas;
10. Uso de estupefacientes y/o narcóticos, salvo en caso de prescripción médica;
11. Participación en empresa criminal o por aplicación legítima de la pena de muerte;
12. Acontecimientos catastróficos originados por la energía atómica, consecuencias directas o indirectas de la reacción o radiación nuclear o contaminación radioactiva;
13. Guerra que no comprenda a la Nación Argentina; en caso de comprenderla, las obligaciones del asegurado, así como las de la Compañía Aseguradora, se regirán por las normas que, en tal emergencia, dictaren las autoridades competentes;
14. Duelo o riña, salvo que se tratase de legítima defensa; huelga o tumulto popular en que hubiere participado como elemento activo; revolución;
15. Actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por ninguna necesidad profesional del Asegurado, salvo en caso de tentativa de salvamento de vidas o bienes;
16. Intervenciones médicas ilícitas.

CONDICIONES GENERALES ESPECÍFICAS (002)

GRUPO EMPLEADOS

1. Son asegurables a la fecha de vigencia de esta póliza todos los empleados del Contratante que estén en servicio activo a dicha fecha.
2. Los empleados que en el futuro entren al servicio del Contratante, así como los que a la fecha de vigencia de esta póliza no se encuentren en servicio activo, serán asegurables a partir de su incorporación o reincorporación al servicio, respectivamente.
3. El término "empleados" comprende a los trabajadores en relación de dependencia y a los titulares, socios y directores de la empresa, cuando dediquen a ella un mínimo de 30 horas semanales de trabajo.
4. Se entiende por "servicio activo" al desempeño normal de tareas al servicio del Contratante, de los empleados incluidos en su nómina de personal activo. No se entiende por servicio activo la suspensión temporaria del trabajo cuya causa no sea enfermedad.

Artículo 2do: CONDICIONES DE ADHESION

1. Las condiciones de adhesión serán las que figuren en la Solicitud de Seguro suscripta por el Contratante, las que se cumplimentarán mediante la Solicitud de Adhesión Individual proporcionada por la Compañía Aseguradora, con o sin declaración de estado de salud y, en su caso, reconocimiento médico.
2. Todo asegurable que desee incorporarse a esta póliza deberá solicitarlo por escrito en los formularios de Solicitud de Adhesión Individual, dentro de un plazo de 30 días a contar desde la fecha en que sea asegurable. Los asegurables que soliciten su incorporación a esta póliza después de transcurrido dicho plazo, como asimismo los que vuelvan a solicitar el seguro después de haberlo rescindido, deberán presentar pruebas de asegurabilidad satisfactorias para la Compañía Aseguradora y abonar los gastos que se originen para obtenerlas.
3. En caso de corresponder reconocimiento médico el mismo deberá ser efectuado dentro de los 15 días de su pedido por parte de la Compañía Aseguradora.
4. Tratándose de un seguro sobre la vida de un tercero, se requerirá el consentimiento de éste por escrito.

Artículo 3ro: CANTIDAD MÍNIMA DE ASEGURADOS Y PORCENTAJE MÍNIMO DE ADHESIÓN

1. Es condición especial para que este seguro entre en vigor y pueda mantenerse en vigencia, que tanto la cantidad de Asegurados como el porcentaje de los mismos en relación al grupo asegurable, alcancen por lo menos a los mínimos indicados en las Condiciones Particulares de esta póliza.
2. Cuando no se alcancen los mínimos antes mencionados, la Compañía Aseguradora se reserva el derecho de reducir las sumas aseguradas o de modificar la tarifa de primas aplicada, notificando tal decisión al Contratante por escrito con una anticipación mínima de 30 (treinta) días.

Artículo 4to: VIGENCIA DE CADA SEGURO INDIVIDUAL

1. Para los asegurables que hubieran solicitado su incorporación a esta póliza hasta las

0 horas del día fijado como comienzo de su vigencia, el seguro comenzará a regir desde dicha fecha y hora.

2. Para los asegurables que soliciten su incorporación a esta póliza con posterioridad al comienzo de su vigencia, el seguro regirá a partir de las 0 horas del primer día del mes siguiente a la fecha de la solicitud individual, o a la fecha de aprobación de las pruebas de asegurabilidad en caso de ser necesarias.

Artículo 5to: CAPITALES ASEGURADOS

1. La suma asegurada correspondiente a cada asegurado se ajustará a la escala de capitales asegurados indicada en las Condiciones Particulares de esta póliza.
2. El Contratante deberá comunicar a la Compañía Aseguradora las variaciones que, de acuerdo a dicha escala, deban producirse en los capitales asegurados. La modificación regirá desde la fecha en que la Compañía Aseguradora reciba la mencionada comunicación y siempre que se devengue la correspondiente prima desde esa fecha.
3. En ningún caso el capital asegurado individual podrá ser inferior al capital asegurado mínimo ni ser superior al capital asegurado máximo establecidos en las Condiciones Particulares de esta póliza.

Artículo 6to: DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

1. La designación de beneficiario o beneficiarios se hará por escrito, en la Solicitud de Adhesión Individual o en cualquier otra comunicación como se establece en el Artículo 7mo de estas Condiciones Generales Específicas.
Designadas varias personas sin indicación de proporciones, se entiende que el beneficio es por partes iguales. 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.
2. Si un beneficiario hubiere fallecido antes o al mismo tiempo que el asegurado, la designación correspondiente del seguro acrecerá la de los demás beneficiarios, si los hubiere, en la proporción de sus propias asignaciones.
3. Cuando se designe a los hijos se entiende los sobrevivientes al tiempo de ocurrido el evento previsto, incluso a los hijos por nacer.
4. 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 tendrá por designado a los herederos instituidos. Si no se fija cuota parte, el beneficio se distribuirá conforme a las cuotas hereditarias.

Artículo 7mo: CAMBIO DE BENEFICIARIOS

1. El Asegurado podrá cambiar, en cualquier momento, el beneficiario o beneficiarios, salvo que la designación sea a título oneroso. El cambio de beneficiario surtirá efecto frente a la Compañía Aseguradora, si el asegurado dirige a sus oficinas la comunicación respectiva y presenta esta póliza para que se efectúe en ella la anotación correspondiente.
2. Si el cambio no hubiera llegado a ser registrado en la póliza, 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 la póliza y los designados con posterioridad mediante cualquier comunicación escrita del asegurado recibida por la Compañía Aseguradora hasta el momento de la

consignación.

3. La Compañía Aseguradora quedará liberada en caso de pagar el capital asegurado a los beneficiarios designados en la póliza con anterioridad a la recepción de cualquier comunicación modificatoria de esa designación.

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

Artículo 8vo: DERECHO DE CONVERSIÓN

1. Cualquier empleado que deje de pertenecer al grupo asegurado, estando esta póliza en vigor, tendrá derecho a que la Compañía Aseguradora le expida, sin pruebas de asegurabilidad, una póliza de seguro de vida individual, sin coberturas complementarias, por un monto no superior a la última suma asegurada bajo este contrato y en cualquiera de los planes ofrecidos por la Compañía Aseguradora, exceptuándose sin embargo, los seguros temporarios de menos de 10 años de plazo.
2. Para hacer uso de este derecho, el asegurado debe:
 - a) tener menos de 60 años de edad, al cumpleaños más próximo;
 - b) solicitar el seguro a la Compañía Aseguradora por escrito, dentro de los 30 días siguientes a la terminación de su cobertura;
 - c) pagar la prima que corresponda conforme a la edad alcanzada en esa fecha y a la ocupación que tuviere, según las tarifas vigentes en la Compañía Aseguradora.

Artículo 9no: RESCISIÓN DE LOS CERTIFICADOS INDIVIDUALES

1. El seguro de cada Asegurado quedará rescindido o caducará en los siguientes casos:
 - a) Por la caducidad o rescisión de esta póliza.
 - b) Por renuncia del Asegurado a continuar con su seguro;
 - c) Por cesantía o retiro voluntario del empleo;
 - d) Por suspensión temporaria del trabajo cuando exceda de tres meses y siempre que la causa de suspensión no sea enfermedad;
 - e) Por retiro del servicio activo por jubilación, a excepción de que esta póliza contemple la cobertura adicional para jubilados;
 - f) Por alcanzar el Asegurado la edad máxima de cobertura prevista en las Condiciones Particulares de esta póliza.
2. Cuando la caducidad se produzca por las causas enunciadas en los puntos b), c), d) o del inciso precedente, el Contratante deberá comunicarlo a la Compañía Aseguradora y el seguro quedará rescindido a partir de la fecha a que corresponda la causa notificada. Si el Contratante no cumpliera con tal obligación, la única obligación de la Compañía Aseguradora consistirá en devolver las primas percibidas con posterioridad al momento en que se produjo la caducidad del respectivo seguro.

Artículo 10mo: INFORMACIÓN A SUMINISTRAR A LA COMPAÑÍA ASEGURADORA

1. El Contratante y los asegurados, en cuanto sea razonable, se comprometen a suministrar a la Compañía Aseguradora todas las informaciones necesarias para el cumplimiento de esta póliza, tales como fecha de nacimiento, pruebas y certificados de defunción o cualquier otra que se relacione con el seguro.

Artículo 11ro: EJECUCIÓN DEL CONTRATO

1. Las relaciones entre la Compañía Aseguradora y los asegurados o beneficiarios de

éstos, se desenvolverán siempre por intermedio del Contratante, salvo lo referente al derecho de

conversión previsto en el Artículo 8vo de estas Condiciones Generales Específicas, que podrá ser tratado directamente.

Conforme a ello el Contratante efectuará a la Compañía el pago de las primas y aquel, a su vez, cobrará a los asegurados la parte proporcional asignada a los mismos.

2. Lo convenido precedentemente no excluye el derecho propio que contra la Compañía Aseguradora tienen los asegurados o sus respectivos beneficiarios desde que ocurriera alguno de los eventos previstos por esta póliza.

Artículo 12do: DENUNCIA DE OTROS SEGUROS COLECTIVOS

1. Los Asegurados incorporados en otra póliza de seguro de vida colectivo emitida por la Compañía Aseguradora, deben comunicarlo por escrito, para que ésta disponga sobre la aceptación de dicha situación o la reducción de la suma asegurada. El incumplimiento de este deber de información por parte del asegurado facultará a la Compañía Aseguradora a considerar vigente solamente al certificado de seguro con mayor suma asegurada, devolviendo las primas que se hubiesen percibido de los otros seguros por el término de superposición de cobertura.

CLÁUSULA ADICIONAL CLÁUSULA 1

INDEMNIZACIONES ADICIONALES POR ACCIDENTE (006)

Artículo 1ro: 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.

Artículo 2do: BENEFICIO

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

Por la pérdida	%
de ambos ojos	100%
de ambas manos o de ambos pies	100%
de la vista de un ojo	40%
del brazo derecho	65%
de la mano derecha	60%
del brazo izquierdo	52%
de la mano izquierda	48%
de una pierna	55%
de un pie	40%
del dedo pulgar de la mano derecha	18%
del dedo pulgar de la mano izquierda	14%
del dedo índice de la mano derecha	14%
del dedo índice de la mano izquierda	11%

del dedo medio de la mano derecha	9%
del dedo medio de la mano izquierda	7%

del dedo anular o meñique de la mano derecha	8%
del dedo anular o meñique de la mano izquierda	6%
del dedo pulgar del pie	8%
de cualquier otro dedo del pie	4%

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

Con respecto a los 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 o irrecuperable por tratamiento médico y/o quirúrgico.

La pérdida de falanges de los dedos será indemnizada únicamente cuando se haya 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 esta suma sea del 80% o más, se pagará la indemnización máxima prevista por esta Cláusula que es del 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, ocasionarán otra u otras pérdidas, la Compañía pagará cualquier diferencia que pudiera corresponder, sin excederse del máximo de la cobertura.

Artículo 3ro: CARÁCTER DEL BENEFICIO

El beneficio previsto en esta cláusula es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en esta póliza.

Artículo 4to: RIESGOS NO CUBIERTOS

Se excluyen expresamente de esta cobertura adicional los accidentes que sean consecuencia de los riesgos no cubiertos indicados en el Artículo 11ro de las Condiciones Generales Comunes de póliza y de las causas que se indican a continuación:

- Enfermedades o infecciones de cualquier naturaleza, salvo si estas fueran provocadas por accidente y se manifestaran dentro de los 180 días del suceso.
- Inhalación de gases o envenenamientos de cualquier naturaleza;
- Fenómenos sísmicos, huracanes.

Artículo 5to: COMPROBACIÓN DEL ACCIDENTE

Corresponde al Asegurado:

- 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;
- suministrar pruebas sobre la fecha y 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.

Artículo 6to: VALUACIÓN POR PERITOS

Si en la apreciación de cualquier lesión del Asegurado surgieran divergencias entre su médico y el designado por la Compañía, ambos procederán a nombrar un tercero dentro de los quince (15) días de su designación, quien previo examen del Asegurado, dictaminará al respecto dentro de los treinta (30) días posteriores a la notificación de su nombramiento. De no llegarse a un acuerdo para la designación del tercero, este nombramiento lo hará la Secretaría del Estado de Salud Pública de la Nación u organismo que la reemplace.

Los gastos serán soportados por las partes en el orden causado y los honorarios del tercer médico, por el Asegurado si se desecharan sus pretensiones o por la Compañía si quedara obligada a atenderlas.

Artículo 7mo: TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

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

- a. al caducar la póliza o el certificado individual por cualquier causa;
- b. a partir de la fecha en que el Asegurado cumpla sesenta y cinco (65) años de edad;
- c. a partir del momento en que el Asegurado haya percibido, por aplicación de esta Cláusula, indemnizaciones equivalentes al capital asegurado;
- d. Por exclusión de esta cobertura por condición de otras cláusulas adicionales.

CLÁUSULA ADICIONAL CLÁUSULA 2**INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL****(008)****Artículo 1ro: RIESGOS CUBIERTOS**

La Compañía concederá el beneficio que acuerda esta cláusula cuando el Asegurado fallezca como consecuencia de lesiones corporales producidas directa y exclusivamente por causas externas, violentas y fortuitas, ajenas a toda otra causa e independientes de su voluntad, siempre que el fallecimiento se produzca dentro de los ciento ochenta (180) días del suceso o accidente.

Artículo 2do: BENEFICIO

La Compañía, comprobado el fallecimiento, abonará al beneficiario instituido el 100% del capital asegurado.

Artículo 3ro: CARÁCTER DEL BENEFICIO

El beneficio previsto en esta cláusula es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en esta póliza.

Artículo 4to: RIESGOS NO CUBIERTOS

Se excluyen expresamente de esta cobertura adicional los accidentes que sean consecuencia de los riesgos no cubiertos indicados en el Artículo 11ro de las Condiciones Generales Comunes de póliza y de las causas que se indican a continuación:

- a. Enfermedades o infecciones de cualquier naturaleza, salvo si estas fueran provocadas por accidente y se manifestaran dentro de los ciento ochenta (180) días del suceso;

- b. Inhalación de gases o envenenamientos de cualquier naturaleza;
- c. Fenómenos sísmicos, huracanes.

Artículo 5to: COMPROBACIÓN DEL ACCIDENTE

Corresponde a los beneficiarios instituidos:

- 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 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.

Artículo 6to: TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

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

- a. al caducar la póliza o el certificado individual por cualquier causa;
- b. a partir de la fecha en que el Asegurado cumpla sesenta y cinco (65) años de edad;
- c. a partir del momento en que el Asegurado haya percibido, por aplicación de otras cláusulas, indemnizaciones equivalentes al capital asegurado;
- d. Por exclusión de esta cobertura por condición de otras cláusulas adicionales.

**CLÁUSULA ADICIONAL - CLÁUSULA 3
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE (010)****Artículo 1ro: RIESGO CUBIERTO**

La Compañía Aseguradora concederá el beneficio que acuerda esta cláusula al Asegurado que acredite encontrarse incapacitado, como consecuencia de un accidente o de una enfermedad, en los términos que se caracterizan taxativa y excluyentemente en el Artículo 2do de esta cláusula como incapacidad cubierta y siempre que este estado haya continuado ininterrumpidamente por tres (3) meses como mínimo. En caso de incapacidad como consecuencia de un accidente, su primera manifestación debe experimentarse dentro de los ciento ochenta (180) días del suceso.

Artículo 2do: ALCANCE DE LA COBERTURA

A los efectos de esta cláusula adicional, se entiende por incapacidad cubierta, única y exclusiva a aquella producida por:

- 1) La pérdida anatómica o funcional no recuperable, no rehabilitable o no readaptable, ni con tratamiento médico o quirúrgico o con el uso de artificios de técnica, de dos de los cuatro miembros.
- 2) La imposibilidad de deambular por sí mismo, no curable, no rehabilitable o no readaptable, ni aún con tratamiento médico o quirúrgico ni con el uso de artificios de la técnica.
- 3) Aquellas afecciones que de manera permanente impiden permanecer en posición activa de sentado.
- 4) La pérdida permanente del control de los esfínteres anal o vesical y/o la función

renal, no recuperable con tratamiento médico o quirúrgico. Se excluye ano contra natura temporaria o definitiva.

- 5) La pérdida total anatómica o funcional de ambos ojos no recuperable con tratamiento médico o quirúrgico o con el uso de artificios de técnica (lentes, etc.).
- 6) Los procesos psicóticos de larga evolución, refractarios a los tratamientos actuales, o en estado demencial. Se excluyen los síndromes depresivos reactivos y los cuadros neuróticos, ambos si fueran pasibles de franca remisión con tratamiento específico.
- 7) Las afecciones cardiovasculares cuando determinen la aparición ante el mínimo esfuerzo de disnea o ángor, cuya reversibilidad no se consiga con tratamiento médico o quirúrgico.
- 8) Las insuficiencias respiratorias con disnea de reposo en forma constante e irreversible.

Se excluyen expresamente las incapacidades temporales y las incapacidades ocurridas con anterioridad a la vigencia de esta cláusula adicional, aunque el estado incapacitante recién se manifieste durante la vigencia de la misma.

Asimismo, se excluye cualquier otra incapacidad que no esté comprendida en este Artículo, aunque se haya calificado en proceso administrativo o judicial como total, permanente o irreversible y aunque correspondan a una enfermedad o accidente de trabajo o hayan dado lugar al otorgamiento de beneficios jubilatorios por invalidez o con motivo de la norma contenida en el art. 212 de la Ley 20.744 de contrato de trabajo.

Artículo 3ro: BENEFICIO

La Compañía Aseguradora, comprobada la incapacidad, abonará el capital asegurado vigente a la fecha de la primera manifestación de la incapacidad, en caso de enfermedad, o el capital asegurador vigente a la fecha del hecho generador, en caso de accidente.

Artículo 4to: CARÁCTER DEL BENEFICIO

Este beneficio de incapacidad total y permanente es sustitutivo del capital asegurado para el caso de muerte, por lo que con el pago de esta indemnización el asegurador queda definitivamente liberado de cualquier otra obligación asumida en esta póliza respecto del asegurado y de los beneficiarios.

Artículo 5to: RIESGOS NO CUBIERTOS

Se excluyen expresamente de esta cobertura adicional las incapacidades que sean consecuencia de los riesgos no cubiertos indicados en el Artículo 11ro de las Condiciones Generales Comunes de póliza.

Artículo 6to: INCAPACIDAD MENTAL

En el caso en que la incapacidad total y permanente fuese una incapacidad mental, el capital asegurado será pagado al beneficiario de la póliza, salvo resolución judicial en contrario notificada en forma fehaciente a la Compañía.

Artículo 7mo: COMPROBACIÓN DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Corresponde al Asegurado o a su representante:

- a. denunciar la existencia de la incapacidad total y permanente;
- 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 Aseguradora y con gastos a cargo de ésta.

Artículo 8vo: PLAZO DE PRUEBA

La Compañía Aseguradora una vez recibida la denuncia y/o pruebas a que se refiere el artículo anterior, deberá hacer saber al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. Si estas pruebas no resultaran concluyentes en cuanto al carácter total y permanente de la incapacidad, la Compañía podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor de tres

(3) meses, a fin de confirmar el diagnóstico.

Para el caso de incapacidades comprendidas en el Artículo 2do., inciso 6, se podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor de seis (6) meses.

Artículo 9no: VALUACIÓN POR PERITOS

Si en la apreciación de la incapacidad del Asegurado surgieran divergencias entre su médico y el designado por la Compañía, ambos procederán a nombrar un tercero dentro de los quince

(15) días de su designación, quien previo examen del asegurado, dictaminará al respecto dentro de los treinta (30) días posteriores a la notificación de su nombramiento. De no llegarse a un acuerdo para la designación del tercero, este nombramiento lo hará la Secretaría del Estado de Salud Pública de la Nación u organismo que la reemplace.

Los gastos serán soportados por las partes en el orden causado y los honorarios del tercer médico, por el asegurado si se desecharan sus pretensiones o por la Compañía Aseguradora si quedara obligada a atenderlas.

Artículo 10mo: TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

La cobertura del riesgo de incapacidad total y permanente prevista en esta cláusula cesará para cada certificado individual en las siguientes circunstancias:

- a. Al caducar la póliza o el certificado individual por cualquier causa;
- b. A partir de la fecha en que el Asegurado cumpla sesenta y cinco (65) años de edad;
- c. Por exclusión de esta cobertura por condición de otras cláusulas adicionales.

CLÁUSULA ADICIONAL - CLÁUSULA 4**INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE (012)****Artículo 1ro: RIESGO CUBIERTO**

La Compañía Aseguradora concederá el beneficio que acuerda esta cláusula al Asegurado que acredite encontrarse incapacitado como consecuencia de un accidente, en los términos que se caracterizan taxativa y excluyentemente en el Artículo 2do de esta cláusula como incapacidad cubierta y siempre que este estado haya continuado ininterrumpidamente, por tres (3) meses como mínimo. La primera manifestación incapacitante debe experimentarse dentro de los ciento ochenta (180) días del accidente.

Artículo 2do: ALCANCE DE LA COBERTURA

A los efectos de esta cobertura adicional, se entiende por incapacidad cubierta, única y exclusiva a aquella producida por:

- 1) La pérdida anatómica o funcional no recuperable, no rehabilitable o no readaptable, con tratamiento médico o quirúrgico o con el uso de artificios de técnica, de dos de

los cuatro miembros.

- 2) La imposibilidad de deambular por sí mismo, no curable, no rehabilitable o no readaptable, aún con tratamiento médico o quirúrgico o con el uso de artificios de la técnica.

- 3) Aquellas afecciones que de manera permanente impidan permanecer en posición activa de sentado.
- 4) La pérdida permanente del control de los esfínteres anal o vesical y/o la función renal, no recuperable con tratamiento médico o quirúrgico. Se excluye ano contra natura temporaria o definitiva.
- 5) La pérdida total anatómica o funcional de ambos ojos no recuperable con tratamiento médico o quirúrgico o con el uso de artificios de técnica (lentes, etc.).
- 6) Los procesos psicóticos de larga evolución, refractarios a los tratamientos actuales, o en estado demencial. Se excluyen los síndromes depresivos reactivos y los cuadros neuróticos, ambos si fueran pasibles de franca remisión con tratamiento específico.
- 7) Las afecciones cardiovasculares cuando determinen la aparición ante el mínimo esfuerzo de disnea o ángor, cuya reversibilidad no se consiga con tratamiento médico o quirúrgico.
- 8) Las insuficiencias respiratorias con disnea de reposo en forma constante e irreversible. Se excluyen expresamente las incapacidades temporales y las incapacidades por accidente ocurrido con anterioridad a la vigencia de esta cláusula adicional, aunque el estado incapacitante recién se manifieste durante la vigencia de la misma. Asimismo, se excluye cualquier otra incapacidad que no esté comprendida en este Artículo, aunque se haya calificado en proceso administrativo o judicial como total, permanente o irreversible y aunque correspondan a una enfermedad o accidente de trabajo o hayan dado lugar al otorgamiento de beneficios jubilatorios por invalidez o con motivo de la norma contenida en el art. 212 de la Ley 20.744 de contrato de trabajo.

Artículo 3ro: BENEFICIO

La Compañía Aseguradora, comprobada la incapacidad, abonará el capital asegurado vigente a la fecha del hecho generador.

Artículo 4to: CARÁCTER DEL BENEFICIO

Este beneficio de incapacidad total y permanente por accidente es sustitutivo del capital asegurado para el caso de muerte, por lo que con el pago de esta indemnización el Asegurador queda definitivamente liberado de cualquier otra obligación asumida en esta póliza respecto del asegurado y de los beneficiarios.

Artículo 5to: RIESGOS NO CUBIERTOS

Se excluyen expresamente de esta cobertura adicional las incapacidades que sean consecuencia de los riesgos no cubiertos indicados en el Artículo 11ro de las Condiciones Generales Comunes de póliza.

Artículo 6to: INCAPACIDAD MENTAL

En el caso en que la incapacidad total y permanente por accidente fuese mental, el capital asegurado será pagado al beneficiario de la póliza, salvo resolución judicial en contrario notificada en forma fehaciente a la Compañía.

Artículo 7mo: COMPROBACIÓN DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Corresponde al Asegurado o a su representante:

- a. denunciar la existencia de la incapacidad total y permanente originada por accidente;

- 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 Aseguradora y con gastos a cargo de ésta.

Artículo 8vo: PLAZO DE PRUEBA

La Compañía Aseguradora una vez recibida la denuncia y/o pruebas a que se refiere el artículo anterior, deberá hacer saber al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. Si estas pruebas no resultaran concluyentes en cuanto al carácter total y permanente de la incapacidad, la Compañía podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor de tres (3) meses, a fin de confirmar el diagnóstico. Para el caso de incapacidades comprendidas en el Artículo 2do., inciso 6, se podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor de seis (6) meses.

Artículo 9no: VALUACIÓN POR PERITOS

Si en la apreciación de la incapacidad del Asegurado surgieran divergencias entre su médico y el designado por la Compañía, ambos procederán a nombrar un tercero dentro de los quince

(15) días de su designación, quien previo examen del asegurado, dictaminará al respecto dentro de los treinta (30) días posteriores a la notificación de su nombramiento. De no llegarse a un acuerdo para la designación del tercero, este nombramiento lo hará la Secretaría del Estado de Salud Pública de la Nación u organismo que la reemplace.

Los gastos serán soportados por las partes en el orden causado y los honorarios del tercer médico, por el asegurado si se desecharan sus pretensiones o por la Compañía Aseguradora si quedara obligada a atenderlas.

Artículo 10mo: TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

La cobertura del riesgo de incapacidad total y permanente prevista en esta
cláusula cesará para

cada certificado individual en las siguientes circunstancias:

- a. Al caducar la póliza o el certificado individual por cualquier causa;
- b. A partir de la fecha en que el Asegurado cumpla sesenta y cinco (65) años de edad;
- c. Por exclusión de esta cobertura por condición de otras cláusulas adicionales.

CLÁUSULA ADICIONAL DE CONYUGES - CLÁUSULA 5 (014)

Artículo 1ro: CÓNYUGES ASEGURABLES

Se consideran asegurables todos los cónyuges de los Asegurados incluidos en esta póliza de Seguro de Vida Colectivo. Quedan excluidos los cónyuges que a la fecha de emisión de esta Cláusula Adicional o con posterioridad a dicha fecha, estuvieran comprendidos en el seguro como integrantes del grupo regido por el Contratante.

Artículo 2do: RIESGOS CUBIERTOS

Esta Cláusula comprende las coberturas detalladas en las Condiciones Particulares de la póliza.

Artículo 3ro: CAPITAL ASEGURADO

La suma asegurada correspondiente a cada cónyuge se ajustará a la escala de capitales

asegurados indicada en las Condiciones Particulares de la póliza, la que no podrá superar a la suma asegurada del Asegurado.

Artículo 4to: BENEFICIARIO

El beneficiario de esta cláusula adicional será con carácter irrevocable el cónyuge, y en el caso de fallecimiento simultáneo, los beneficios previstos se liquidarán a los herederos legales del Asegurado Principal.

Artículo 5to: PRIMA MEDIA

La prima media será la que resulte de aplicar el procedimiento establecido en la póliza para los Asegurados.

Artículo 6to: TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

La cobertura prevista en esta Cláusula cesará, para los cónyuges, en las siguientes circunstancias:

- a. Al caducar la póliza o el Certificado Individual del Asegurado, por cualquier causa;
- b. Por alcanzar el cónyuge la edad máxima de cobertura prevista en las Condiciones Particulares de esta póliza para los Asegurados;
- c. Cuando sea inferior del 75% la proporción de cónyuges asegurados sobre los cónyuges asegurables.
- d. Cuando exista sentencia firme de divorcio.

Artículo 7mo: DISPOSICIONES FINALES

Las disposiciones de las Condiciones Generales Comunes y Condiciones Generales Específicas de esta póliza serán de aplicación a esta cláusula adicional, en cuanto sean compatibles.

CLÁUSULA ADICIONAL DE JUBILADOS - CLÁUSULA 6 (016)**Artículo 1ro: CONDICIONES DE COBERTURA**

Todo Asegurado que se jubile podrá optar por continuar asegurado bajo esta póliza de Seguro de Vida Colectivo, siempre que haya pertenecido al grupo asegurado por un término no menor a un año previo a la obtención de la jubilación ordinaria.

El Asegurado deberá optar por la continuidad del seguro y notificarlo a la Compañía Aseguradora dentro de los treinta (30) días desde la fecha en que cese la relación de dependencia con el Contratante. Vencido dicho plazo, caducarán indefectiblemente todos sus derechos.

El jubilado que rescinda su seguro individual, no será readmitido en ningún caso.

Artículo 2do: RIESGOS CUBIERTOS

Los jubilados estarán cubiertos por el riesgo de muerte exclusivamente.

Artículo 3ro: CAPITAL ASEGURADO

La suma asegurada correspondiente a cada jubilado se ajustará a la escala de capitales asegurados indicada en las Condiciones Particulares de la póliza.

Artículo 4to: PRIMAS

Las primas del seguro deben abonarse por intermedio del Contratante.

Artículo 5to: TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

La cobertura prevista en esta Cláusula cesará automáticamente a la 0 hora del día en que el Asegurado jubilado cumpla la edad límite para jubilados establecida en las Condiciones Particulares de póliza.

CLÁUSULA ADICIONAL - CLÁUSULA 7

DEVOLUCIÓN DE PRIMAS POR EXPERIENCIA FAVORABLE (018)

Artículo 1ro: ALÍCUOTA DE DEVOLUCIÓN

Al fin de cada año de vigencia de póliza, la Compañía Aseguradora devolverá al Contratante una parte de la utilidad que esta póliza haya originado durante el año considerado, siempre que a esa fecha la cantidad de vidas aseguradas sea superior a la cantidad mínima indicada en las Condiciones Particulares.

Para el cómputo de dicha utilidad será considerado tanto el seguro principal de muerte como las coberturas adicionales que eventualmente se contraten.

La Compañía Aseguradora devolverá el porcentaje de las utilidades de la póliza especificado en las Condiciones Particulares.

Artículo 2do: CÁLCULO DE LA UTILIDAD

El cálculo de la utilidad de la Compañía Aseguradora se hará computando la siguiente "Cuenta de Utilidades":

Ingresos:

Las primas del seguro, netas de anulaciones y de toda otra deducción, pagadas por el Contratante durante el año-póliza.

La reserva para siniestros pendientes de pago contabilizada al fin del año-póliza anterior. Egresos:

Los siniestros y eventuales gastos por siniestros abonados por la Compañía Aseguradora durante el año-póliza.

La reserva para siniestros pendientes de pago contabilizada al final del año-pólizas considerado.

El porcentaje de las primas del año-póliza considerado estipulado en las Condiciones Particulares bajo el concepto "porcentaje de gastos de la Compañía Aseguradora.

El eventual saldo negativo de la cuenta de utilidades del año anterior.

La diferencia en más de los Ingresos sobre los Egresos representará la utilidad de la Compañía Aseguradora, sobre la cual se calculará la devolución del Contratante.

La devolución de primas por experiencia favorable se practicará únicamente por años completos de póliza, por lo que no se computarán fracciones de año en caso de cancelación de la póliza antes de su fecha de aniversario.

Artículo 3ro: APLICACIÓN DE LA DEVOLUCIÓN

La devolución de primas por experiencia favorable se percibirá en un sólo pago o se aplicará como reducción de la prima anual de renovación del año siguiente. En este último caso, si el pago de la prima del seguro no fuese anual, la devolución será dividida en la cantidad de pagos de primas en el año, y será aplicada como reducción de cada prima fraccionada.

Si la devolución de primas se percibe en un solo pago, el Contratante dará cuenta a los Asegurados en la proporción en que éstos hayan contribuido al pago de primas. Si la póliza no fuese renovada para el año siguiente, el Contratante pierde el derecho a la devolución por experiencia favorable correspondiente al año anterior.

CLÁUSULA DE MONEDA DE PAGO

Las siguientes condiciones son de aplicación a todos los pagos que deban efectuarse

con motivo de este seguro:

Todos los pagos a cargo del Contratante y de la Compañía Aseguradora deberán ser efectuados en dólares estadounidenses.

La Compañía Aseguradora podrá aceptar pagos del Contratante en otras monedas, inclusive en moneda de curso legal en la República Argentina, en la medida que puedan convertirse libremente a dólares estadounidenses.

Los pagos a cargo de la Aseguradora serán efectuados en la República Argentina o en la plaza extranjera que determine el Contratante, en la misma moneda convenida.

Podrán aplicarse otros procedimientos u otras formas de pago para las obligaciones recíprocas, también dentro de las normas vigentes, siempre que medie acuerdo escrito de ambas partes.

Si por disposición de la autoridad monetaria se restringiera la libertad de comprar o vender dólares estadounidenses en el mercado de cambios, o de otro modo se impidiera a las partes cumplir con sus obligaciones en dólares estadounidenses dentro de la República Argentina, dichas obligaciones se convertirán a moneda de curso legal en la República Argentina. Para establecer la conversión de monedas se utilizará la relación existente el día anterior al del pago en la plaza de Nueva York, o en su defecto y en este orden: en la plaza de Montevideo, Londres, Zúrich, Frankfurt o Tokio.

Los pagos de impuestos, tasas y sellados a cargo del Asegurado en los que la Compañía Aseguradora actuase como agente de retención y que deban integrarse en moneda de curso legal de la República Argentina, se harán previa conversión de los dólares estadounidenses a moneda de curso legal, al tipo de cambio que la autoridad administrativa competente establezca como correspondiente al día de pago.

CLÁUSULA ADICIONAL DE ANTICIPO DE LA SUMA ASEGURADA POR FALLECIMIENTO POR DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES TERMINALES. CLÁUSULA 10 (024):

Artículo 1ro: RIESGOS CUBIERTOS

El Asegurador concederá el beneficio que acuerda esta cláusula al Asegurado que se le diagnostique, por primera vez después del inicio de vigencia de la presente cobertura, alguna de las enfermedades terminales definidas en el artículo 4º que impliquen una sobrevida no superior a un año no incrementable mediante tratamiento médico, siempre que hubiera transcurrido el plazo previsto en Condiciones Particulares desde la vigencia de su cobertura y dicho diagnóstico se emitiera con anterioridad a la fecha en que el Asegurado alcance los sesenta y cinco (65) años de edad. No se abonará el beneficio entonces, si la enfermedad en cuestión había sido diagnosticada, o si se ha recibido tratamiento por dicha enfermedad antes de la fecha de inicio de vigencia de cobertura.

En las denuncias de Enfermedades Terminales, la Compañía procederá a su reconocimiento de acuerdo a las constancias médicas y demás elementos mencionados en los Artículos 4º y 5º, siempre que sean razonablemente demostrativos de la afección.

Artículo 2do: BENEFICIO

El Asegurador, verificado el diagnóstico, abonará al Asegurado el porcentaje del Capital Asegurado por fallecimiento, indicado en Condiciones Particulares.

Artículo 3ro: CARÁCTER DEL BENEFICIO

El beneficio acordado por diagnóstico de enfermedades terminales es substitutivo del Capital Asegurado (por la porción de éste que el beneficio represente) que deberá liquidarse en caso

de muerte del Asegurado. En consecuencia de producirse el fallecimiento del Asegurado, el capital asegurado previsto sufrirá una disminución por el importe de la indemnización abonada. El beneficio previsto se pagará una sola vez, aunque la misma y otras enfermedades cubiertas se manifiesten con posterioridad, salvo que medien no menos de noventa días entre dos diagnósticos y las afecciones se produzcan originadas por causas distintas.

En ningún caso se abonará por la cobertura prevista en la presente cláusula un capital superior al 50% del capital asegurado previsto por la cobertura básica.

Artículo 4to: DEFINICIONES DE LAS ENFERMEDADES CUBIERTAS

- **Cáncer:** Se entiende por esta enfermedad a toda forma de crecimiento y a la dispersión de células malignas y la invasión del tejido normal, positivamente diagnosticado como cáncer - neoplasma maligno - por un anatomopatólogo. Quedan excluidos todas las formas de tumores benignos, carcinomas de piel - salvo el melanoma maligno o melanosarcoma - y los tumores muy precoces y no invasivos (carcinoma in-situ). La concesión del beneficio estará limitada pues, a los cánceres invasores y metastatizados exclusivamente, como condición ineludible.
- **Cardiopatía Isquémica:** Incluye todos los procesos que tienen como sustrato la obstrucción de una o más arterias coronarias, traducidas clínicamente por angina de pecho, infarto de miocardio, o cualquiera de los estados secuelares. En tales casos, se requiere que la cardiopatía isquémica genere ángor a mínimos esfuerzos o en reposo (Clase funcional III - IV) y que dicho estado no sea pasible de mejoría mediante angioplastia o cirugía de revascularización miocárdica, o que cualquiera de los procedimientos estuvieren contraindicados por el estado general del Asegurado, tornando a aquellos en permanentes e irreversibles.
- **Otras cardiopatías:** Cualquiera sea la etiología, se considerarán pasibles de resarcimiento todos aquellos procesos que generen una insuficiencia cardíaca irreversible, refractaria a todos los tratamientos y que obliguen al asegurado a permanecer en reposo absoluto (Clase funcional III . IV de gravedad).
- **Insuficiencia renal:** Serán pasibles del beneficio los asegurados que padezcan una insuficiencia renal crónica en etapa terminal y bajo tratamiento de diálisis con periodicidad bisemanal o mayor.
- **Afecciones neurológicas:** Cualquiera sea su etiología, se considerarán pasibles del presente beneficio, aquellos cuadros que dejen un estado secuelar motor que impida al asegurado valerse por sí mismo, así como los que involucren su irreversible postración.

Artículo 5to: REQUISITOS PARA LA VALIDEZ DEL DIAGNÓSTICO

Corresponde al Asegurado denunciar el diagnóstico de una "Enfermedad Terminal", presentando - dentro de los treinta días de la fecha de determinación de la enfermedad - un informe escrito con el diagnóstico de un especialista, acompañado de documentación respaldatoria originada en estudios clínicos, radiológicos histológicos y/o de laboratorio.

El Asegurador se reserva el derecho de solicitar - a su cargo - exámenes médicos adicionales emitidos por un profesional a su elección.

Artículo 6to: 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 e informes a que se refiere el Artículo 5to. No resultaran concluyentes, 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 del beneficio reclamado.

Artículo 7mo: VALUACIÓN POR PERITOS

Si en la apreciación de cualquier enfermedad no hubiere acuerdo entre las partes, la misma será analizada por dos peritos médicos, designados uno por cada parte, quienes dentro de los ocho días de su designación nombrarán un tercero. Si una de las partes omitiere designar médico dentro del octavo día de requerido por la otra o si el tercer facultativo no fuere elegido en el plazo previsto, la parte más diligente, previa intimación a la otra procederá a su designación.

Los médicos designados por las partes deberán presentar su informe dentro de los treinta días en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro de los quince días siguientes. Los gastos serán soportados por las partes en el orden causado y los honorarios del tercer médico, por el Asegurado si se desecharan sus pretensiones o por la Compañía si quedara obligada a atenderlas.

Artículo 8vo: RIESGOS NO CUBIERTOS

Quedan excluidas de la cobertura de esta cláusula:

- 1) Las consecuencias de enfermedades auto producidas, o autolesión.
- 2) Enfermedades acompañadas de una adicción al alcohol o a drogas.

Artículo 9no: TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

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

- 1) Al caducar la póliza y/o el certificado individual por cualquier causa.
- 2) Al finalizar la fracción de año que coincida con el vencimiento de prima inmediato posterior a que el asegurado cumpla sesenta y cinco (65) años de edad.
- 3) Al retirarse el empleado del servicio activo del contratante.

Toda vez que se produzca cualquiera de las circunstancias previstas en el presente artículo, el costo de la extraprima correspondiente a la presente cobertura dejará de integrar el premio mensual.

CLÁUSULA ADICIONAL - CLÁUSULA 11 CUBIERTO (026)

INDEMNIZACIONES EN CASO DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES CRÍTICAS

Artículo 1ro: RIESGO

La Compañía abonará el beneficio previsto por esta cláusula adicional en caso de diagnosticarse al Asegurado alguna de las enfermedades críticas definidas en el art. 4^a. El beneficio no se abonará si la enfermedad en cuestión hubiera sido diagnosticada o hubiera recibido tratamiento antes de haber transcurrido 60 días de la fecha de vigencia de esta cobertura.

Artículo 2do: BENEFICIOS

En caso de diagnóstico válido, la Compañía pagará el beneficio estipulado en las Condiciones Particulares dentro de los 15 días de emitido el diagnóstico.

Artículo 3ro: CARÁCTER DEL BENEFICIO

El presente beneficio es adicional e independiente de otros previstos en la Póliza y, en consecuencia, la Compañía no hará deducción alguna de la indemnización a pagar por la cobertura principal en concepto de pagos efectuados por esta cobertura adicional.

El beneficio previsto se pagará una sola vez aunque la misma u otras enfermedades cubiertas se manifiesten con posterioridad.

Artículo 4to: DEFINICIONES DE LAS ENFERMEDADES CUBIERTAS

Cobertura básica:

- **Cáncer:** Se entiende por esta enfermedad la presencia de un tumor maligno caracterizado por el crecimiento y la dispersión incontrolables de células malignas y la invasión del tejido normal, positivamente diagnosticado como cáncer - neoplasma maligno- por un profesional especializado. Esto incluye leucemia, linfomas y la enfermedad de Hodgkin (linfogranuloma). Quedan excluidas todas las formas de tumores benignos, carcinomas de piel -salvo el melanoma maligno y los estadios de tumores muy precoces y no invasivos (carcinoma in-situ no invasivo).
- **Infarto de miocardio:** Se entiende por esta enfermedad la muerte de una porción del miocardio como consecuencia del abastecimiento sanguíneo inadecuado. Quedan excluidos los infartos silenciosos. El infarto deberá haberse tratado en un hospital o en un establecimiento asistencial de similares características legalmente autorizado. La documentación a presentar ante la Compañía deberá incluir: historial de dolores de pecho, alteraciones recientes del ECG confirmatorias y enzimas cardíacas elevadas.
- **Accidente Cerebrovascular:** Se entiende por esta enfermedad todo accidente cerebrovascular que cause los síntomas neurológicos correspondientes durante más de 24 horas. Debe existir una destrucción del tejido cerebral causada por trombosis, hemorragia o embolia de fuente extra craneal, así como pruebas de disfunción neurológica permanente. Estas pruebas deberán ser realizadas por un neurólogo después de transcurridas seis semanas, como mínimo, del accidente. No se pagará prestación alguna antes de realizarse dichas pruebas. Quedan excluidas las alteraciones neurológicas consecutivas a traumatismo cefálico o enfermedades intra craneanas ocupativas e infecciones, así como también los accidentes lentamente reversibles. El derrame cerebral deberá haberse tratado en un hospital o en un establecimiento asistencial de similares características legalmente autorizado. En caso de producirse el fallecimiento del asegurado durante el período de seis semanas posteriores al accidente y se comprobare que el fallecimiento ha sido motivado por el Accidente Cerebrovascular se abonará el beneficio propuesto por la presente cláusula.
- **Insuficiencia u obstrucción de una o más arterias coronarias que requiera cirugía de tipo "By- Pass":** Se entiende como insuficiencia u obstrucción de las arterias coronarias que requieran intervención quirúrgica aquellas afecciones de las arterias coronarias tratadas como una operación "By-Pass" O "Puente Coronario", por recomendación de un especialista y evidenciada por el resultado de una angiografía para corregir una estenosis u oclusión en las arterias coronarias. El resultado de la

angiografía junto con el informe médico estará a disposición de la Compañía.

Artículo 5to: RIESGOS NO CUBIERTOS

Quedan excluidas de la cobertura de esta cláusula las enfermedades que sean consecuencia de:

- a) Abuso de alcohol, drogas o narcóticos.
- b) Acontecimientos catastróficos originados en la energía nuclear, fenómenos sísmicos e inhalación de gases o envenenamiento de cualquier naturaleza.
- c) Enfermedades -y sus secuelas- que hubieran sido contraídas antes de la entrada en vigencia de la presente cobertura, manifestadas a través de un diagnóstico concreto o no.
- d) Enfermedades auto producidas.
- e) Intento de suicidio o lesiones auto provocadas.

Artículo 6to: REQUISITOS PARA LA VALIDEZ DEL DIAGNÓSTICO Y DEMÁS CONSTANCIAS HECHO CUBIERTO

La Compañía debe contar - dentro de los 30 días de la fecha de diagnóstico- con un informe escrito con el diagnóstico de un especialista acompañado de documentación respaldatoria originada en estudios clínicos, radiológicos, histológicos o de laboratorio. La Compañía se reserva el derecho de solicitar -a su cargo- exámenes médicos adicionales por un profesional de su elección.

Artículo 7mo: VALUACIÓN POR PERITOS

Si no hubiere acuerdo entre las partes sobre la naturaleza del diagnóstico, la misma será analizada por dos peritos médicos designados uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los (8) 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 (30) días y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de (15) días.

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

Los honorarios y los gastos de los médicos de las partes estarán a su respectivo cargo y los del tercero serán pagados por la parte a la cual el dictamen le fue desfavorable.

Artículo 8vo: INICIO Y TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

La cobertura que concede la presente cláusula adicional inicia su vigencia en la fecha señalada en las Condiciones Particulares y la misma terminará en la primera fecha en que se verifique alguno de los siguientes eventos:

- a. Si la póliza dejare de hallarse en pleno vigor.
- b. Al pagarse el beneficio previsto por esta cláusula adicional.
- c. Si se rescindiere la póliza por cualquier motivo.
- d. Al finalizar la fracción de año que coincida con el vencimiento de la prima inmediato posterior a que el Asegurado cumpla sesenta y cinco (65) años de edad.
- e. Si la póliza cubre el riesgo de invalidez total y permanente, a partir de la fecha en que el asegurado queda comprendido en sus beneficios.

Toda vez que se produzca cualquiera de las circunstancias previstas en el presente artículo, el costo de la extraprima correspondiente a la presente cobertura dejará de integrar el premio mensual.

Artículo 9no: DETERMINACIÓN DE LA COBERTURA

Esta cobertura adicional queda sometida a las condiciones y estipulaciones de la Póliza en cuanto no sean modificadas o derogadas expresamente por la presente cláusula adicional.

**CLÁUSULA ADICIONAL - CLÁUSULA 12
INDEMNIZACIONES EN CASO DE TRASPLANTES (028)****Artículo 1ro: RIESGO CUBIERTO**

La cobertura prevista en la presente cláusula dará lugar a indemnizaciones por los gastos médicos en que incurran los asegurados titulares o sus grupos familiares, en función de los alcances definidos en el artículo 2º y sujeto a las limitaciones indicadas en las condiciones particulares.

Artículo 2do: BENEFICIOS - Gastos cubiertos

Sujeto a todas las limitaciones indicadas en la presente cláusula, se considerarán gastos cubiertos aquellos que sean: médicamente necesarios, razonables y acostumbrados e incurridos en la República Argentina.

Se entiende por gastos médicamente necesarios aquellos que:

- Son apropiados y esenciales.
- No exceden en alcance, duración o intensidad el nivel de cuidado necesario para proporcionar un tratamiento seguro, adecuado y apropiado.
- Han sido prescritos por un médico.
- Son consistentes con las normas profesionales ampliamente aceptadas en la práctica de la medicina en la República Argentina.
- En el caso de una internación en un establecimiento asistencial, que no puedan ser tratados fuera del mismo sin riesgo para el paciente.
- Se entiende por gastos razonables y acostumbrados cuando:
- Son cargos usuales que cobra el prestador por esa prestación.
- No exceden el cargo que cobranla mayoría de los proveedores de similares características.

El beneficio no se concederá si la enfermedad en cuestión le hubiese sido diagnosticada al Asegurado, hubiera recibido tratamiento por la misma o sufrido síntomas, con anterioridad a la fecha en que se cumplan 90 días de vigencia de esta cobertura (período de espera).

Sólo se abonarán los gastos médicos derivados de:

- 1) INTERNACIÓN EN UN ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL (Establecimiento legalmente autorizado, que posee servicio de atención al paciente durante las veinticuatro (24) horas del día, y cuyos profesionales ejerzan legalmente su actividad) en concepto de:
 - a) Habitación y comidas, y servicio general de enfermería durante la permanencia en una habitación privada, semiprivada, sala o pabellón, o unidad de cuidado intensivo. Los Gastos Cubiertos por la estancia en una unidad de cuidado intensivo estarán limitados a tres veces la cantidad que se hubiera pagado por la estancia en una habitación semiprivada (o una habitación privada en el caso en que el Hospital no posea habitaciones semiprivadas).

- b) otros servicios hospitalarios (se exceptúan artículos de uso personal o que no sean de índole médica o por servicios de cualquier clase proporcionados a un pariente cercano, acompañante o asistente), incluyendo los servicios prestados en el departamento de consulta externa de un Hospital.

- 2) HONORARIOS, por concepto de tratamiento, cuidados médicos o por cirugía efectuada y prescripta por un médico.
- 3) VISITAS MÉDICAS EN EL ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL, efectuadas a una Persona Cubierta mientras se encuentre recluida. El Asegurador pagará solamente una visita diaria mientras dure la hospitalización y se entenderá por visita médica la visita personal hecha por el Médico de cabecera a la persona cubierta en el Establecimiento Asistencial.
- 4) POR LOS SERVICIOS Y TRATAMIENTOS SIGUIENTES:
 - a. anestesia y su administración, siempre que haya sido proporcionada por un anestesiólogo profesional.
 - b. exámenes de Rayos X con fines de diagnóstico, exámenes de laboratorio, tomografías computadas y otras pruebas similares, requeridas en relación de cada módulo cubierto siempre que hayan sido suministrados por un Médico, o bajo la supervisión de un Médico.
 - c. oxígeno, y su administración.
- 5) DROGAS Y MEDICINAS, que sean prescriptas por un médico y que tengan relación con la patología del módulo cubierto.
- 6) ABLACIÓN Y TRASLADOS DE ÓRGANOS Y TEJIDOS.
 - a) Por servicios prestados durante el proceso de remoción, preservación y transporte de un Órgano o Tejido que se intenta trasplantar a una Persona Cubierta (de un donante fallecido).
 - b) Por servicios prestados a un donante vivo durante el proceso de remoción de un Órgano o Tejido con el propósito de efectuar un Trasplante de Órgano o de Tejido a una persona cubierta, incurridos por:
 - i. Investigación de donantes Potenciales.
 - ii. Servicios prestados al donante en un establecimiento asistencial, por concepto de habitación privada, sala o pabellón, comidas, servicio general de enfermería, servicios regulares suministrados por el personal de un establecimiento asistencial, pruebas de laboratorio y el uso de equipos y otros servicios hospitalarios (exceptuándose artículos de uso personal que no sean de índole médica) y siempre que sean requeridos durante el proceso de remoción del Órgano o Tejido que se va a trasplantar.
 - iii. cirugía y servicios médicos relacionados con la remoción del órgano o Tejido del Donante, que se intenta trasplantar a la Persona Cubierta.
- 7) CULTIVO DE MÉDULA ÓSEA, por servicios y materiales suministrados por el cultivo de Médula Ósea, en relación con un Trasplante de Tejido practicado en la Persona Cubierta. La Compañía pagará solamente por los gastos que se produzcan a partir de la fecha en que se incurrió en el primer gasto cubierto en concepto de este cultivo.

Artículo 3ro: CARÁCTER DEL BENEFICIO

El presente beneficio es adicional e independiente de otros previstos en la Póliza y, en consecuencia, la Compañía no hará deducción alguna de la indemnización a pagar por la cobertura principal en concepto de pagos efectuados por esta cobertura adicional. El beneficio previsto se pagará una sola vez aunque la misma y otras enfermedades cubiertas se manifiesten con posterioridad.

Artículo 4to: DEFINICIÓN

Se entiende como trasplante de un órgano o de un tejido el procedimiento quirúrgico mediante el cual se inserta en el cuerpo de una persona cubierta cualquiera de los órganos enumerados en el presente apartado de un donante vivo o fallecido o médula ósea proveniente de un donante o del mismo asegurado.

Se encontrarán cubiertas únicamente las intervenciones provocadas por la insuficiencia de uno de los órganos enumerados en el párrafo anterior, que sólo pueda ser subsanada mediante trasplante. Los trasplantes comprendidos en este módulo y sujetos a los importes indicados en

Condiciones particulares son:

- Médula Ósea.
- Hígado.
- Corazón.
- Pulmón.
- Páncreas.
- Riñón.

ALCANCE

- Servicios prestados al donante en un Establecimiento Asistencial durante el proceso de donación de un órgano con el propósito de efectuar un trasplante al asociado.
- Servicios prestados durante el proceso de trasplante y conservación del órgano o tejido de un donante fallecido con el propósito de efectuar un trasplante al asegurado.
- Servicios y materiales suministrados por el cultivo de médula ósea en relación con un trasplante al asociado.
- Costos hospitalarios con motivo de internación para efectuarse un trasplante de órgano.
- Honorarios médicos mientras se encuentre internado.
- Servicios de enfermería mientras se encuentre internado.
- Servicios médicos, tratamientos médicos y quirúrgicos, anestesia, radiología, laboratorio, terapia de rayos X, radioisótopos radioactivos, electrocardiograma, mielogramas, angiografías, tomografías computadas, pruebas y tratamientos similares, requerido o para la ejecución de un trasplante de órgano por parte del asegurado.
- Suministro de drogas y medicamentos indicados por los médicos actuantes en relación con un trasplante de órgano.
- Servicio de cuidados intensivos.

Artículo 5to: RIESGOS NO CUBIERTOS

1. Este contrato no cubre los cargos incurridos por cualquier cirugía, servicio, tratamiento o suministro:
 - a. Proporcionado en relación con o a consecuencia de cualquier enfermedad no cubierta por este contrato, o que resulte de una condición preexistente.
 - b. Proporcionado en relación con o a consecuencia de cualquier enfermedad o condición no descripta y comprendida en los módulos contratados, incluyendo los cargos incurridos en relación con una enfermedad que haya sido causada o agravada por las enfermedades mencionadas.
 - c. Incurrido en un establecimiento asistencial no habilitado para realizar los procedimientos médicos comprendidos en los módulos contratados.
 - d. Que fuera consecuencia de una enfermedad congénita.
 - e. Suministrado durante el período de espera definido en el artículo 5°.
 - f. Proporcionado a recién nacidos patológicos o no, gestados mediante procedimientos de fertilización asistida y sus consecuencias.

- g. Considerado experimental.
- h. Que exceda los gastos razonables y acostumbrados, entendiéndose por tal:
 - Al cargo usual que cobra el prestador por esa prestación.

- No excede el cargo que cobran la mayoría de los proveedores de similares características.
- i. Que no sea médicamente necesario, entendiéndose por tal:
 - Es apropiado y esencial.
 - No excede en alcance duración o intensidad el nivel de cuidado necesario para proporcionar un tratamiento seguro, adecuado y apropiado.
 - Ha sido prescripto por un médico.
 - Es consistente con las normas profesionales ampliamente aceptadas en la práctica de la medicina en la República Argentina.
 - En el caso de una internación en un establecimiento asistencial, que no pueda ser tratado fuera del mismo sin riesgo para el paciente.
- j. Proporcionado por cirugía o tratamiento cosmético o estético, salvo a consecuencia de una enfermedad o condición cubierta.
- k. Incurrido en concepto de prótesis.
- l. Incurrido por la compra o alquiler de silla de ruedas, camas especiales, aparatos de aire acondicionado, purificadores de aire o cualesquiera otros artículos o equipos similares.
- m. Por drogas y/o medicinas no prescriptas por un médico, o para cuya obtención no se requiera de una receta o prescripción de un médico, o que no tengan relación alguna con los módulos cubiertos.
- n. Incurrido por servicios de cuidado de la salud en el hogar, servicios proporcionados en un establecimiento o institución de convalecencia, hospicio, asilo u Hogar de ancianos o servicios de custodia, aunque tales servicios fueran requeridos y necesitados a consecuencia de alguna de las patologías cubiertas.
- 2. Quedan excluidas de la cobertura de esta cláusula las enfermedades que sean consecuencia de:
 - a. Abuso de alcohol, drogas o narcóticos.
 - b. Acontecimientos catastróficos originados en la energía nuclear, fenómenos sísmicos e inhalación de gases o envenenamiento de cualquier naturaleza.
 - c. Enfermedades -y sus secuelas- que hubieran sido contraídas antes de la entrada en vigencia de la presente cobertura, manifestadas a través de un diagnóstico concreto o no.
 - d. Enfermedades auto producidas.
 - e. Intento de suicidio o lesiones auto provocadas.
 - f. Práctica o utilización de la aviación -salvo como pasajero en servicios de transporte aéreo autorizado-, carreras de todo tipo y otros deportes particularmente peligrosos como ser: acrobacia, andinismo, boxeo profesional, caza mayor, caza o exploración subacuática, doma de potros, o de otros animales no domesticados y de fieras, o prácticas de paracaidismo o aladeltismo.
 - g. Guerra declarada o no, que no comprenda a la República Argentina; en caso de comprenderla, las obligaciones del Asegurado, como las del Asegurador se regirán por las normas, que en tal caso, dictaren las autoridades competentes.
 - h. Duelo, riña, salvo que se tratase de legítima defensa, actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, huelga o tumulto popular en que hubiese participado como elemento activo; revolución o empresa criminal.

Artículo 6to: REQUISITOS PARA LA VALIDEZ DEL DIAGNÓSTICO Y DEMÁS CONSTANCIAS DEL HECHO CUBIERTO

Diagnóstico y reclamos:

Diagnóstico: Para que la enfermedad sea considerada Enfermedad Cubierta, se requerirá el diagnóstico positivo hecho por un médico, más las copias de los exámenes de laboratorio, Rayos X, o cualquier otro reporte o resultado de pruebas en la que fue basado dicho diagnóstico. El Asegurado deberá comunicar al asegurador la necesidad de prestación, dentro de los quince días de haber conocido que el tratamiento o servicio deberá ser proporcionado, salvo que mediare caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.

Aviso al Asegurador: El Asegurado, por lo menos con 72 horas de anticipación a la fecha de admisión en un Establecimiento Asistencial, o a la fecha señalada para realizar un procedimiento quirúrgico o tratamiento médico, salvo que mediare caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia, deberá presentar al asegurador, para su autorización:

- a. En caso de internación, la solicitud de prestación realizada por el médico de cabecera, los datos del establecimiento asistencial, el detalle del tratamiento o realizar, incluyendo el número de días que permanecerá internado y toda otra información que en relación al diagnóstico o tratamiento fuera de relevancia. Si luego de la autorización inicial fueran necesarios días adicionales de hospitalización el médico de cabecera o un representante del Establecimiento Asistencial, deberán solicitarlos al asegurador antes de haber transcurrido el último de los días originalmente autorizados. El Asegurador revisará dicha solicitud en forma conjunta con el médico de cabecera o el representante del Establecimiento Asistencial.
- b. En caso de tratamiento médico fuera de un establecimiento asistencial, la solicitud de prestación realizada por el médico de cabecera, el detalle del tratamiento a realizar y toda otra información que en relación al diagnóstico o tratamiento fuera de relevancia.
- c. En ambos casos el asegurador tendrá derecho a solicitar una segunda opinión de un médico especialista independiente. Si no hubiere acuerdo entre las partes sobre la naturaleza del diagnóstico o del tratamiento a seguir, ambos facultativos deberán elegir dentro de los (2) días a un tercero, quien deberá expedirse dentro del plazo de (15) días. Si el tercer facultativo no fuere electo en el plazo estipulado la parte más diligente, previa intimación a la otra, procederá a su designación. Los honorarios y los gastos de los médicos de las partes estarán a su respectivo cargo y los del tercero serán pagados por la parte a la cual el dictamen le fue desfavorable.

Aviso al Asegurador en caso de urgencias: El Asegurado, en caso de urgencia está obligado a comunicar en forma inmediata tal circunstancia al Asegurador, salvo que mediare caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia. En caso de ocurrir el evento fuera del horario de oficina o en día feriado la comunicación deberá realizarse el primer día hábil siguiente.

Reclamos por gastos cubiertos: La solicitud de reintegros por gastos incurridos, deberán ser presentados por escrito, adjuntándose los comprobantes de gastos, dentro de los sesenta (60) días siguientes a la fecha en la que fueran realizados, salvo que mediare caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.

Expirado dicho plazo vencerá el derecho del asegurado de percibir el reintegro, siempre y cuando se demuestre que el asegurado le hubiera sido posible enviar la información estipulada.

En todos los casos indicados, el Asegurador se reserva el derecho de solicitar del empleador, la obra social, los prestadores intervinientes o cualquier entidad o persona involucrados la información que considere necesaria para procesar y liquidar un reclamo. Por otra parte el

Asegurador se reserva también el derecho de solicitar, a su cargo, exámenes médicos adicionales por un profesional de su elección. Por último el Asegurador, queda facultado a solicitar al Asegurado, y éste se obliga a proporcionar, toda información médica adicional que necesite con relación a la indemnización a abonar. Por otra parte el asegurado se obliga a relevar del secreto médico a todos los profesionales o instituciones hospitalarias que lo atienden o hubiesen atendido. Plazo de prueba:

La Compañía, dentro de los cinco (5) 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 su aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. Si las comprobaciones e informes a que se refiere el inciso anterior no resultaran concluyentes, 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 del beneficio reclamado.

Valuación por peritos.

Si no hubiere acuerdo entre las partes sobre la naturaleza del diagnóstico, la misma será analizada por dos peritos médicos designados uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los (2) 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 (30) días y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de (15) días.

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

Los honorarios y los gastos de los médicos de las partes estarán a su respectivo cargo y los del tercero serán pagados por la parte a la cual el dictamen le fue desfavorable.

Auditoría.

El asegurador tendrá derecho a efectuar auditorías médicas y contables en relación a los gastos cubiertos y los reclamos que de ellos se deriven. Asimismo, se implementará un programa de auditoría en las historias clínicas de aquellos asegurados cubiertos por cualquiera de los módulos.

Artículo 7mo: INICIO Y TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

La cobertura que concede la presente cláusula adicional inicia su vigencia en la fecha señalada en las Condiciones Particulares y la misma terminará en la primera fecha en que se verifique alguno de los siguientes eventos:

- a. Si la póliza dejare de hallarse en pleno vigor.
- b. Al pagarse el beneficio previsto por esta cláusula adicional.
- c. Si se rescindiere la póliza por cualquier motivo.
- d. A partir de la fecha en que el Asegurado cumpla los sesenta y cinco (65) años de edad.
- e. Si la Póliza cubre el riesgo de invalidez total y permanente, a partir de la fecha en que el asegurado queda comprendido en sus beneficios.

Artículo 8vo: DETERMINACIÓN DE LA COBERTURA

Esta cobertura adicional queda sometida a las condiciones y estipulaciones de la Póliza

en cuanto no sean modificadas o derogadas expresamente por la presente cláusula adicional.

CLÁUSULA ADICIONAL DE INDEMNIZACION POR INTERNACIÓN HOSPITALARIA

Artículo 1ro: RIESGOS CUBIERTOS

El Asegurador concederá el beneficio que acuerda esta cláusula cuando el Asegurado Titular se encuentre internado en un Establecimiento Asistencial, de acuerdo a lo definido en el artículo 5º de la presente cláusula, siempre y cuando hubiera transcurrido el plazo previsto en las Condiciones Particulares desde la vigencia de la póliza denominado "período de carencia", y la internación se produjera antes que el Asegurado alcance los sesenta y cinco (65) años de edad, salvo pacto en contrario.

Artículo 2do: BENEFICIO

El Asegurador abonará al Asegurado, dentro de los quince días de haber recibido las constancias que demuestren fehacientemente la internación, la Suma Asegurada por cada día que hubiera estado internado, con un valor máximo fijado por el límite de días de internación cubiertos.

Se denominará "plazo de espera" al plazo durante el cual el Asegurado se encuentre internado pero sin derecho al beneficio por internación.

El "Plazo de Espera", el "Límite de Días de Internación Cubiertos" y la "Suma Asegurada por Día de Internación" se especifican en las Condiciones Particulares.

La constancia de internación deberá ser presentada por el Asegurado, su Representante Legal o los beneficiarios de la cobertura de muerte, dentro de los diez (10) días contados a partir de la fecha en que se hayan cumplido treinta (30) días del ingreso al Establecimiento Asistencial, salvo que mediare caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.

Artículo 3ro: CARÁCTER DEL BENEFICIO

La indemnización prevista por esta 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.

Por otra parte, este beneficio se pagará por un único período durante la vigencia de la póliza aunque la misma y otra internación hospitalaria se produjeran en este lapso, salvo que medien entre dos internaciones la cantidad mínima de días para la reposición del beneficio.

El "Número Máximo de Reposiciones" del beneficio y la "Cantidad Mínima de Días para la Reposición del Beneficio" se indicarán también en las Condiciones Particulares.

Artículo 4to: RIESGOS NO CUBIERTOS

El Asegurador no abonará beneficio alguno por la internación que tenga por objeto principal:

1. Diagnóstico, análisis, radiografías, radioscopia o fisioterapia salvo que a consecuencia de dicho diagnóstico y revisión, el Asegurado tuviera que someterse a internación.
2. Curas de reposo, adelgazamiento, rejuvenecimiento o ayuno prolongado.
3. Aislar o poner al paciente en cuarentena por enfermedades infecto-contagiosa.
4. Cirugía plástica para condiciones preexistentes.
5. Cirugía estética para fines de embellecimiento, excepto aquella cirugía reparadora

que resulte necesaria como consecuencia de enfermedad o accidente sufrido durante la vigencia del presente certificado.

6. Radioterapia, radiumterapia, médium o isótopos.
7. Esterilización y procedimientos anticonceptivos, así como las consecuencias que se deriven de ellos. Tratamientos de la infertilidad, impotencia y frigidez.
8. Tratamiento odontológico.

Adicionalmente, el Asegurador no abonará este beneficio cuando la internación se origine a consecuencia de:

1. Enfermedades preexistentes, enfermedades infecto-contagiosas de denuncia internacional (fiebre amarilla, peste, cólera, viruela y tifus), enfermedades venéreas, cualquier clase de enfermedad mental o de tipo nerviosa, deformidades o defectos físicos.
2. Cualquiera de las causas comprendidas en las Condiciones Generales de la Pólizas previstas como riesgos no cubiertos.

Artículo 5to: ELECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL

La elección del Establecimiento Asistencial (Sanatorio, Hospital, Clínica, Instituto, Policlínico, etc.) quedará librada a la voluntad del Asegurado.

Se entenderá por Establecimiento Asistencial aquellos que se hallen legalmente autorizados, posean servicio de atención al paciente durante las veinticuatro (24) horas del día, y cuyos profesionales ejerzan legalmente su actividad.

Artículo 6to: TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

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

1. Al caducar la póliza por cualquier causa, o dejar de hallarse en plena vigencia. Asimismo, la cobertura de cada certificado individual finalizará al caducar dicho certificado por cualquier causa.
2. Al finalizar la fracción de año que coincida con el vencimiento de la prima inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla sesenta y cinco (65) años de edad, salvo pacto en contrario, en cuyo caso el costo de esta cobertura dejará de integrar la deducción mensual.
3. Por la comprobación de errores, simulaciones o fraudes referentes al asegurado o relacionado con sus reclamos.
4. Al producirse el número máximo de reposiciones de la cobertura indicado en las Condiciones Particulares.

Artículo 7mo: DETERMINACIÓN DE LA COBERTURA

Esta cobertura adicional queda sometida a las condiciones y estipulaciones de la póliza en cuanto no sean modificadas o derogadas expresamente por las presentes Condiciones Generales.

CLÁUSULA ADICIONAL N°14

INDEMNIZACIONES ADICIONALES POR ACCIDENTE (AMPLIA)

Artículo 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.

Artículo 2: BENEFICIO

Si el accidente causara una invalidez permanente determinada con prescindencia de la profesión u ocupación del Asegurado, el Asegurador pagará al Asegurado una suma igual al porcentaje, sobre la indemnización estipulada en las condiciones particulares, que corresponda de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida y según se indica a continuación:

TOTAL:

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 y permanente. 100%

PARCIAL:**a) Cabeza**

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

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 dedo anular o meñique	8%	6%

c) Miembros Inferiores

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%

Por la pérdida total se entiende aquella que tiene lugar por la amputación o por la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano lesionado.

La pérdida parcial de los miembros u órganos, será indemnizable en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional, pero si la invalidez deriva de pseudoartrosis, la indemnización no podrá exceder del 70 % de la que corresponde por la pérdida total del miembro u órgano afectado.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada solo si se ha producido por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponde por la pérdida del dedo entero si se trata del pulgar y a la tercera parte por cada falange si se trata de otros dedos.

Por la pérdida de varios miembros u órganos, se sumaran los porcentajes correspondientes a cada miembro u órgano perdido, sin que la indemnización total pueda exceder del 100 % de la suma asegurada para invalidez total y permanente.

Cuando la invalidez así establecida llegue al 80 % se considerara invalidez total y se abonara por consiguiente íntegramente la suma asegurada.

En caso de constar en la solicitud o propuesta que el asegurado ha declarado ser zurdo, se invertirán los porcentajes de indemnización fijados por la pérdida de los miembros superiores.

La indemnización por lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración que precede constituyan una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con la de los casos previstos y siempre independientemente de la profesión u ocupación del Asegurado.

Las invalideces derivadas de accidentes sucesivos ocurridos durante un mismo periodo anual de la vigencia de la póliza y cubiertos por la misma serán tomadas en conjunto a fin de fijar el grado de invalidez a indemnizar por el último accidente.

La pérdida de miembros u órganos incapacitados antes de cada accidente, solamente será indemnizada en la medida en que constituya una agravación de la invalidez anterior.

Artículo 3: CARÁCTER DEL BENEFICIO

El beneficio previsto en esta cláusula es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en esta póliza.

Artículo 4: RIESGOS NO CUBIERTOS

Se excluyen expresamente de esta cobertura adicional los accidentes que sean consecuencia de los riesgos no cubiertos indicados en el Artículo 11 de las Condiciones Generales Comunes de póliza y de las causas que se indican a continuación:

- a. Enfermedades o infecciones de cualquier naturaleza, salvo si estas fueran provocadas por accidente y se manifestaran dentro de los ciento ochenta (180) días del suceso.
- b. Inhalación de gases o envenenamiento de cualquier naturaleza.
- c. Fenómenos sísmicos, huracanes.

Artículo 5: COMPROBACIÓN DEL ACCIDENTE

Corresponde al Asegurado:

- 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 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.

Artículo 6: VALUACIÓN POR PERITOS

En caso de divergencias sobre cualquier lesión del Asegurado, cada parte dispondrá de quince (15) días para la designación de su médico, contados a partir del momento en que surgieren divergencias sobre la lesión.

Los mencionados médicos contarán con un plazo de treinta (30) días para realizar su informe, contados a partir de su designación. Dentro de los quince (15) días contados desde el momento de su designación, ambos médicos deberán designar un tercer médico que dictaminará en caso de divergencia entre ambos. Dicho tercer médico, previo examen del Asegurado, dictaminará al respecto dentro de los quince (15) días posteriores a la notificación de la divergencia entre los médicos de parte. De no llegar a un acuerdo para la designación del tercero, este nombramiento lo hará la Secretaría del Estado de Salud Pública de la Nación u organismo que la reemplace. Los gastos serán soportados por las partes en el orden causado y los honorarios del tercer médico, por el Asegurado si se dictaminase un grado de invalidez igual o inferior al dictaminado en primera instancia, o por la Compañía en caso contrario.

Artículo 7: TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

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

- a. al caducar la póliza o el certificado individual por cualquier causa;
- b. a partir de la fecha en que el Asegurado cumpla sesenta y cinco (65) años de edad;
- c. a partir del momento en que el Asegurado haya percibido, por aplicación de esta Cláusula, indemnizaciones equivalentes al capital asegurado;

En caso de terminación de la cobertura de manera tal de existir riesgo no corrido, se reembolsará la prima excedente, calculada a prorrata del tiempo de riesgo no corrido.

CLÁUSULA ADICIONAL N° 15**HIJO PÓSTUMO****Artículo 1: RIESGOS CUBIERTOS**

El Asegurador concederá el beneficio que acuerda esta cláusula cuando la beneficiaria de la presente cláusula diera a luz un hijo póstumo, siempre y cuando el deceso del Asegurado

Titular varón se produjera antes que el Asegurado alcance los sesenta y cinco (65) años de edad, salvo pacto en contrario.

Artículo 1 bis: BENEFICIARIA

Se entenderá como beneficiaria de la presente cláusula a la cónyuge o a la conviviente

(En caso de no existir cónyuge) del Asegurado Titular varón, fuere o no a su vez beneficiaria (en todo o en parte) del Certificado Individual, que figure como beneficiaria de la presente cláusula en las condiciones particulares.

Artículo 2: BENEFICIO

El Asegurador abonará al Asegurado, dentro de los quince días de haber recibido la solicitud de la beneficiaria, adjuntando la partida de nacimiento debidamente legalizada y autenticada, donde conste que el recién nacido es hijo póstumo del Asegurado, un pago adicional equivalente a la Suma Asegurada para el riesgo de muerte.

Artículo 3: CARÁCTER DEL BENEFICIO

La indemnización prevista por la 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.

Por otra parte, este beneficio se pagará por una única vez durante la vigencia de la póliza.

Artículo 4: RIESGOS NO CUBIERTOS

El Asegurador no abonará beneficio alguno por hijo póstumo cuando:

1. El nacimiento del mismo exceda los 270 días contados desde la fecha de fallecimiento del Asegurado.
2. La beneficiaria no pudiera acreditar mediante la partida de nacimiento legalizada y autenticada del hijo póstumo, la paternidad del Asegurado.

Artículo 5: TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

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

1. Al caducar la póliza por cualquier causa distinta al deceso del Asegurado Titular, o dejar de hallarse en plena vigencia. Asimismo, la cobertura de cada certificado individual finalizará al caducar dicho certificado por cualquier causa distinta al deceso del Asegurado Titular.
2. Al finalizar la fracción de año que coincida con el vencimiento de la prima inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla sesenta y cinco (65) años de edad, salvo pacto en contrario, en cuyo caso el costo de esta cobertura dejará de integrar la deducción mensual.
3. Por la comprobación de errores, simulaciones o fraudes referentes al asegurado o relacionado con sus reclamos.

Artículo 6: DETERMINACIÓN DE LA COBERTURA

Esta cobertura adicional queda sometida a las condiciones y estipulaciones de la póliza en cuanto no sean modificadas o derogadas expresamente por las presentes Condiciones Generales.

Artículo 7: RECLAMO DEL BENEFICIO QUE OTORGA ESTA CLÁUSULA

La beneficiaria podrá realizar el reclamo del beneficio que otorga esta cláusula en forma separada del reclamo que se efectúe por cualquier otro beneficio de la póliza. Una vez presentado el certificado de nacimiento correspondiente, la Compañía procederá al pago.