



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional

Resolución

Número: RESOL-2022-8-APN-SSN#MEC

CIUDAD DE BUENOS AIRES

Miércoles 5 de Enero de 2022

Referencia: EX-2021-122642137-APN-GA#SSN - CONDICIONES CONTRACTUALES DE CARÁCTER GENERAL SEGURO DE VIDA COLECTIVO Y SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL ANUAL RENOVABLE - PUNTO 23.4. R.G.A.A.

VISTO el Expediente EX-2021-122642137-APN-GA#SSN, los Artículos 23, 24, 25 y 26 de la Ley N° 20.091, el Reglamento General de la Actividad Aseguradora (t.o. Resolución SSN N° 38.708 de fecha 6 de noviembre de 2014, y sus modificatorias y complementarias), y

CONSIDERANDO:

Que el Artículo 23 de la Ley N° 20.091 establece que los planes de seguro, así como sus elementos técnicos y contractuales deben ser aprobados por esta SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION antes de su aplicación.

Que es función de este Organismo intervenir en la reglamentación de los procesos de autorización para operar en las diferentes ramas y planes.

Que uno de los objetivos de esta SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN es el de fijar condiciones de comercialización de productos con el fin de promover la sana competencia en el mercado.

Que, asimismo, en línea con el objetivo de agilizar y optimizar el análisis de las solicitudes de autorización de planes de seguros, se considera oportuno dictar condiciones contractuales de carácter general para los Seguros de Vida Colectivos y para los Seguros de Vida Individual Anual Renovable que podrán ser utilizados por todas las entidades aseguradoras que cuenten con la rama autorizada.

Que, a tales fines, se han compaginado las cláusulas existentes a efectos de su presentación lógica, congruente y adaptadas a las necesidades actuales de los asegurados.

Que la Gerencia Técnica y Normativa ha tomado debida intervención.

Que la Gerencia de Asuntos Jurídicos ha dictaminado en el marco de su competencia.

Que la presente se dicta en uso de las facultades previstas en el Artículo 67 de la Ley N° 20.091.

Por ello,

LA SUPERINTENDENTA DE SEGUROS DE LA NACIÓN

RESUELVE:

ARTÍCULO 1°.- Apruébanse con Carácter General las Condiciones Contractuales del "Seguro de Vida Colectivo" que como Anexo I (IF-2021-122666583-APN-GTYN#SSN) integra la presente Resolución.

ARTÍCULO 2°.- Apruébanse con Carácter General las Condiciones Contractuales del "Seguro de Vida Individual Anual Renovable" que como ANEXO II (IF-2021-122667027-APN-GTYN#SSN) integra la presente Resolución.

ARTÍCULO 3°.- Las entidades aseguradoras que opten por operar con las condiciones contractuales de carácter general autorizadas por la presente Resolución, deberán remitir la Nota Técnica de la cobertura básica y cláusulas adicionales a comercializar para su autorización. Las mismas deberán ajustarse a los parámetros definidos en las resoluciones de pautas mínimas aplicables.

La presentación deberá incluir los elementos detallados en el Punto 23.2.1.2. del Reglamento General de la Actividad Aseguradora (t.o. Resolución SSN N° 38.708 de fecha 6 de noviembre de 2014, y sus modificatorias y complementarias), exceptuando Condiciones Contractuales y Opinión Letrada.

En caso de que se presenten modificaciones a las condiciones contractuales establecidas en la presente Resolución, se deberá proceder de acuerdo lo previsto en el Punto 23.4.1. del citado Reglamento.

ARTÍCULO 4°.- Deberán remitirse para su autorización, los riesgos no cubiertos de las cláusulas adicionales a comercializar, como así también aquellas definiciones que en las condiciones contractuales se explicita que deberán quedar definidas en Condiciones Particulares y Certificado Individual, con su opinión médica en caso de corresponder.

ARTÍCULO 5°.- Las entidades aseguradoras podrán establecer distintas combinaciones de coberturas de acuerdo con las Condiciones Generales y Cláusulas Adicionales que obran en el Anexo I para el "Seguro de Vida Colectivo" y Anexo II para el "Seguro de Vida Individual Anual Renovable", de la presente Resolución.

Las entidades aseguradoras no podrán comercializar de manera conjunta aquellas cláusulas adicionales que impliquen una superposición de riesgo.

ARTÍCULO 6°.- Comuníquese, publíquese, dése a la DIRECCIÓN NACIONAL DEL REGISTRO OFICIAL, y archívese.

Digitally signed by GUIDA Mirta Adriana
Date: 2022.01.05 13:52:58 ART
Location: Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Mirta Adriana Guida
Superintendente
Superintendencia de Seguros de la Nación



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
2021 - Año de Homenaje al Premio Nobel de Medicina Dr. César Milstein

Informe

Número: IF-2021-122666583-APN-GTYN#SSN

CIUDAD DE BUENOS AIRES
Viernes 17 de Diciembre de 2021

Referencia: ANEXO I - CONDICIONES CONTRACTUALES DE CARÁCTER GENERAL PARA LOS SEGUROS DE VIDA COLECTIVOS

ANEXO I

V - COL - 1 - CONDICIONES GENERALES COMUNES SEGURO DE VIDA COLECTIVO

Artículo 1º - Disposiciones Fundamentales

Preeminencia normativa: Esta póliza se integra con estas Condiciones Generales Comunes, Condiciones Generales Específicas, Cláusulas Adicionales y Condiciones Particulares.

El contrato se establece bajo el siguiente orden de prelación:

- Normas de orden público de las Leyes N° 17.418 y N° 20.091;
- Condiciones Particulares;
- Cláusulas Adicionales;
- Condiciones Generales Específicas;
- Condiciones Generales Comunes.

Artículo 2º - Riesgo Cubierto: Cobertura Básica de Fallecimiento

El presente seguro cubre el riesgo de fallecimiento de cada Asegurado durante la vigencia del respectivo

Certificado Individual.

Artículo 3° - Limitaciones y Exclusiones

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

La Aseguradora, salvo indicación en contrario en Condiciones Particulares, no cubrirá el siniestro cuando el fallecimiento del Asegurado sea consecuencia de alguna de las siguientes causas:

- a. Suicidio voluntario, salvo que el Certificado Individual haya estado vigente ininterrumpidamente por el plazo indicado en dicho Certificado.
- b. Comisión de un delito doloso, aún en grado de tentativa.
- c. Actos de guerra civil o internacional, guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, cuando el Asegurado hubiera participado como sujeto activo. Si la guerra comprendiera a la Nación Argentina, las obligaciones de la Aseguradora y del Asegurado se regirán por las normas que para tal emergencia dictara la Autoridad competente.
- d. Acontecimientos catastróficos originados por la energía atómica.
- e. Catástrofes naturales que afecten a la población masivamente.

Artículo 4° - Reticencia

Esta póliza y los respectivos Certificados Individuales han sido extendidos por la Aseguradora sobre la base de las declaraciones suscriptas por el Tomador en su solicitud y de las declaraciones suscriptas por los Asegurados en sus solicitudes individuales.

Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Tomador o por los Asegurados, aún hecha de buena fe, que a juicio de peritos hubiere impedido el contrato o la aceptación de los Certificados Individuales, o hubiere modificado las condiciones de los mismos, si el Asegurador hubiese sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato y/o los Certificados Individuales.

Cuando la reticencia o falsedad sólo fuere imputable a parte del grupo asegurado, serán nulos únicamente los respectivos Certificados Individuales, excepto que, a juicio de peritos dicha reticencia hubiese impedido la cobertura de la totalidad del grupo asegurado.

La Aseguradora cuenta con un plazo de TRES (3) meses, contado desde que tomó conocimiento de la reticencia, para impugnar el contrato de nulidad o proceder a su reajuste.

Transcurridos TRES (3) años desde la celebración del contrato y/o de la emisión del Certificado Individual, lo que sea posterior, la Aseguradora no puede invocar la reticencia, excepto cuando fuere dolosa.

La Aseguradora no invocará como reticencia o falsa declaración la omisión de hechos o circunstancias cuya pregunta no conste expresa y claramente en la solicitud del seguro, en las solicitudes individuales y/o declaraciones personales de salud.

Artículo 5° - Vigencia

Esta póliza entra en vigencia desde las CERO (00) horas del día fijado en Condiciones Particulares como comienzo de su vigencia. La cobertura será de **vigencia anual renovable** automáticamente.

No obstante ello, cualquiera de las partes (Tomador o Aseguradora) deberá notificar por escrito y con una anticipación no menor a TREINTA (30) días corridos al vencimiento de la vigencia de la póliza, su decisión de no renovar.

Artículo 6° - Fecha de Entrada en Vigor de cada Certificado Individual de Cobertura

Los asegurables que hubieran solicitado su incorporación a esta póliza quedarán comprendidos en la póliza a partir del día primero del mes siguiente a la aceptación de la respectiva solicitud de cobertura, por parte de la Aseguradora, salvo que se indique otra fecha en el Certificado Individual.

Artículo 7° - Capitales Asegurados

La suma asegurada con que está cubierto cada Asegurado es la determinada en el respectivo Certificado Individual.

Artículo 8° - Prima y Premio

Las tasas de prima insertas en las Condiciones Particulares de esta póliza regirán durante el primer año de vigencia del seguro. Dichas tasas de prima podrán ser ajustadas en cada aniversario de la póliza por la Aseguradora, la cual comunicará por escrito al Tomador las nuevas tasas de prima resultantes, con una anticipación mínima de TREINTA (30) días corridos a la fecha de aniversario en que comiencen a regir las mismas.

Las primas individuales a abonar por cada Asegurado resultarán de aplicar la tasa de prima sobre el monto de su capital asegurado.

El premio surge de adicionar a la prima los impuestos, tasas, contribuciones y sellados que pudieran corresponder.

Artículo 9° - Pago de los Premios

Opción 1- Pagos efectuados por el Tomador

Los premios deberán ser pagados por intermedio del Tomador a través de los medios de pago autorizados. En caso que los Asegurados contribuyan al pago del premio, en las Condiciones Particulares se indicará la

proporción en que el Tomador y los Asegurados asumen la obligación de pago.

La periodicidad y vencimientos serán los establecidos en las Condiciones Particulares de esta póliza y en los respectivos Certificados Individuales.

Opción 2- Pago Directo por el Asegurado

Los premios deberán ser pagados por cada Asegurado Individual directamente a la entidad aseguradora, a través de los medios de pago autorizados.

La periodicidad y vencimientos serán los establecidos en los respectivos Certificados Individuales.

Artículo 10 - Plazo de Gracia

Opción 1- Pagos efectuados por el Tomador

La Aseguradora concede un **plazo de gracia de TREINTA (30) días corridos para el pago de los premios vencidos impagos, sin recargo de intereses**. Durante ese plazo, esta póliza continuará en **pleno vigor**. Si dentro de este plazo se produjera un siniestro amparado por la presente póliza, se deducirá de la suma a abonarse el premio o fracción de premio impago vencido, correspondiente al Asegurado en cuestión.

Para el pago del primer premio, el plazo de gracia se contará desde la fecha de inicio de vigencia de esta póliza. Para el pago de los premios siguientes, dicho plazo de gracia correrá a partir de las CERO (00) horas del día en que venza cada uno.

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

Opción 2- Pago Directo por el Asegurado

La Aseguradora concede un **plazo de gracia de TREINTA (30) días corridos para el pago de los premios vencidos impagos, sin recargo de intereses**. Durante ese plazo, el Certificado Individual continuará en **pleno vigor**. Si dentro de este plazo se produjera un siniestro amparado por el Certificado Individual, se deducirá de la suma a abonarse el premio o fracción de premio impago vencido.

Para el pago del primer premio, el plazo de gracia se contará desde la fecha de inicio de vigencia del Certificado Individual. Para el pago de los premios siguientes, dicho plazo de gracia correrá a partir de las CERO (00) horas del día en que venza cada uno.

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

Artículo 11 - Falta de Pago de los Premios

Opción 1- Pagos efectuados por el Tomador

La falta de pago del premio en el plazo de gracia genera la rescisión automática de la póliza. El Tomador adeudará a la Aseguradora el premio correspondiente al período impago (premio vencido más premio del plazo de gracia). Si el tomador hubiera solicitado la rescisión durante el período de gracia, adeudará el premio calculado a prorrata por los días transcurridos desde el vencimiento del premio impago hasta la fecha de envío de tal solicitud.

Opción 2- Pago Directo por el Asegurado

La falta de pago del premio en el plazo de gracia genera la rescisión automática del Certificado Individual. El Asegurado adeudará a la Aseguradora el premio correspondiente al período impago (premio vencido más premio del plazo de gracia). Si el Asegurado hubiera solicitado la rescisión durante el período de gracia, adeudará el premio calculado a prorrata por los días transcurridos desde el vencimiento del premio impago hasta la fecha de envío de tal solicitud.

Artículo 12 - Cantidad Mínima de Asegurados y Porcentaje Mínimo de Adhesión

Es condición expresa para que este seguro entre en vigor y mantenga su vigencia en las condiciones pactadas en materia de capitales y primas, que tanto la cantidad de Asegurados como el porcentaje de adhesión (cantidad de asegurados en relación con cantidad de integrantes del grupo) alcancen los mínimos indicados en las Condiciones Particulares.

Si en un determinado momento no se reunieran los requisitos mínimos antes mencionados, la Aseguradora podrá reducir las sumas aseguradas o modificar la tasa de prima aplicada. Asimismo, si se produjere una variación superior al porcentaje establecido en las Condiciones Particulares en la cantidad de asegurados y/o sumatoria de capitales asegurados individuales, se podrá realizar un nuevo cálculo de tasa de prima promedio, la que regirá hasta el vencimiento de la anualidad en curso.

Cualquier decisión de modificación deberá ser notificada por escrito al Tomador, con una anticipación mínima de TREINTA (30) días corridos a la fecha de aplicación de la modificación en cuestión.

Artículo 13 - Nómina de Asegurados

La Aseguradora entregará al Tomador, al momento de emitir la póliza, una nómina completa de los asegurados con las respectivas sumas aseguradas y, asimismo, entregará listas de actualización por ingresos, egresos y variaciones de los capitales asegurados a medida que se produzcan. **Dicho listado constituirá prueba de la totalidad de los Asegurados, debiendo el Tomador notificar a la Aseguradora cualquier modificación a la misma.**

Artículo 14 - Designación y Cambio de Beneficiarios

Cada Asegurado designará en su Solicitud Individual, en oportunidad de incorporarse al seguro, el o los beneficiarios del mismo.

Cualquier Asegurado podrá cambiar, en todo momento, el beneficiario o los beneficiarios por él designados salvo que la designación sea a título oneroso. El cambio de beneficiario surtirá efecto frente a la Aseguradora en cuanto el Asegurado realice la correspondiente comunicación por escrito.

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

Perderá todo derecho el beneficiario que provoca deliberadamente la muerte del Asegurado con un acto ilícito.

Artículo 15 - Denuncia del Siniestro - Liquidación por Fallecimiento

Los beneficiarios o derechohabientes del Asegurado y/o el Tomador, según el caso, deberán comunicar el acaecimiento del fallecimiento del Asegurado conforme el plazo definido en Condiciones Particulares y Certificado Individual, el cual nunca será inferior a los TRES (3) días, contados desde la ocurrencia del mismo o desde que el denunciante conozca la existencia del beneficio, lo que fuere posterior, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.

La Aseguradora abonará a los beneficiarios la suma asegurada estipulada en el Certificado Individual, dentro de los QUINCE (15) días de recibida la copia de la partida de defunción y la restante documentación que solicitara a los beneficiarios en los términos del Artículo 46 segundo párrafo de la Ley de Seguros.

La Aseguradora no deducirá de la indemnización ninguna fracción o fracciones de premio no vencidos que faltasen para completar la anualidad al momento de cualquier liquidación que provenga de la póliza.

Artículo 16 - Obligaciones del Tomador

Son obligaciones del Tomador:

- a. Comunicar a la Aseguradora el fallecimiento de cualquier Asegurado.
- b. Recepcionar y remitir a la Aseguradora los formularios de Solicitud Individual en tiempo y forma.
- c. Remitir a la Aseguradora, la correspondiente denuncia de siniestro en tiempo y forma; conforme lo establecido en el Artículo 46 de la Ley de Seguros.
- d. Comunicar mensual y regularmente a la Aseguradora, las altas y bajas de los Asegurados y las bases para efectuar el cálculo de las primas y capitales asegurados, con la siguiente información: fecha de nacimiento, nombre y apellido, número de documento o CUIL y capital asegurado.
- e. Hacer saber a la Aseguradora cualquier cambio de denominación o domicilio.
- f. Entregar al Asegurado el Certificado Individual.
- g. Comunicar al solicitante el rechazo de su solicitud individual comunicado previamente por la Aseguradora.
- h. Proporcionar a la Aseguradora toda información que ésta le requiera para posibilitar la ejecución del contrato del seguro.
- i. Entregar a los Asegurados los certificados suplementarios oportunamente emitidos por la Aseguradora con las modificaciones que afecten el alcance de la cobertura brindada.

Artículo 17 - Finalización de las Coberturas Individuales

La cobertura individual de cada Asegurado finalizará en los siguientes casos:

- a. Por renuncia del Asegurado a continuar con el seguro.
- b. Por fallecimiento del Asegurado.
- c. Por dejar de pertenecer el Asegurado al grupo regido por el Tomador.
- d. Por caducidad o rescisión de la póliza, por parte del Tomador.
- e. Por falta de pago de premios de acuerdo con lo establecido en el Artículo 11 de estas Condiciones Generales Comunes.
- f. Cuando el Asegurado cumpla la Edad Máxima de Permanencia establecida en las Condiciones Particulares. La continuidad de cobro de prima correspondiente a ese Asegurado, luego del arribo a tal edad máxima, se considerará como prórroga de vigencia hasta finalizado el período de riesgo cubierto amparado por dicha prima.
- g. Por ocurrir un siniestro amparado por una cláusula adicional de la póliza, en caso de haberla contratado, que otorgue una cobertura sustitutiva de la cobertura básica de fallecimiento, siempre que el capital asegurado de dicha cobertura sea igual al de fallecimiento.

Tanto la renuncia a que se refiere el punto a), como el retiro del grupo previsto en el punto c), deberán ser comunicados por medio fehaciente a la Aseguradora por intermedio del Tomador, dentro de los TREINTA (30) días corridos desde la fecha en la cual se produjeran dichos eventos.

En todos los casos, la rescisión de los Certificados Individuales operará al término del mes por el cual se hubieren descontado primas, y se devolverá la prima no ganada, si la hubiere, correspondiente a los Certificados Individuales rescindidos.

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

Artículo 18 - Rescisión de esta Póliza

Sin perjuicio de las demás causales de rescisión y caducidad ya previstas, esta póliza podrá ser rescindida por el Tomador en cualquier momento después del primer año de vigencia del seguro, previo aviso por escrito con una anticipación no menor a TREINTA (30) días.

Por su parte, la Aseguradora podrá optar por no renovar la póliza al vencimiento de cada aniversario, mediante aviso por escrito con una anticipación no menor a TREINTA (30) días, conforme lo estipulado en el Artículo 5° de estas Condiciones Generales Comunes.

Artículo 19 - Duplicado de Póliza y de Certificados

Si en caso de robo, pérdida, destrucción o cualquier otra causa esta póliza dejara de hallarse en poder del Tomador, o cualquier Certificado Individual en poder del Asegurado, los interesados podrán obtener un duplicado en sustitución del original. Las modificaciones o suplementos que se incluyan en el duplicado, a pedido del

Tomador o del Asegurado, serán los únicos válidos.

El Tomador y los Asegurados tienen derecho a que se les entregue copia de las declaraciones efectuadas con motivo de este contrato y de la póliza y/o de los Certificados Individuales sin costo alguno.

Artículo 20 - Impuestos, Tasas y Contribuciones

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

Artículo 21 - Facultades del Productor o Agente

El productor o agente de seguros, cualquiera sea su vinculación con la Aseguradora, autorizado por ésta para la intermediación, sólo está facultado con respecto a las operaciones en las cuales interviene para:

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

Artículo 22 - Prescripción

Las acciones fundadas en el presente contrato prescriben en el plazo de un año, computado desde que la correspondiente obligación es exigible. El plazo de prescripción para el beneficiario se computa desde que conoce la existencia del beneficio, pero en ningún caso excederá de tres años desde el siniestro.

Los actos del procedimiento establecido por la ley o el contrato para la liquidación del daño interrumpen la prescripción para el cobro de la prima y de la indemnización.

Artículo 23 - Jurisdicción

Toda controversia judicial que se plantee con relación al presente contrato, será dirimida ante los Tribunales ordinarios competentes de la jurisdicción del lugar de emisión de la póliza o del domicilio del Asegurado en los casos en que la póliza y/o el Certificado Individual hayan sido emitidos en una jurisdicción distinta a la de su domicilio.

Artículo 24 - Domicilio

El domicilio en el que las partes deben efectuar las denuncias y declaraciones previstas en la Ley de Seguros o en el presente contrato es el último declarado.

(La entidad podrá especificar en este artículo los canales de remisión de información, tales como correos electrónicos, página web, etc, habilitados para efectuar cualquier declaración prevista en la póliza.)

V - COL - 1.1 – CONDICIONES GENERALES ESPECÍFICAS SEGURO DE VIDA PARA GRUPOS DE EMPLEADOS

Artículo 1º - Personas Asegurables

Se consideran "Asegurables" a todos los dependientes permanentes del Tomador que a la fecha de emisión de esta póliza se encontraren en servicio activo y posean la antigüedad mínima ininterrumpida en relación de dependencia estipulada en las Condiciones Particulares.

Se entiende por servicio activo el desempeño normal de las tareas al servicio del Tomador por parte de los dependientes que, en la fecha de emisión de la póliza, figuren en la lista de personal activo, cumplan con la jornada laboral completa y perciban habitualmente los haberes. A tales efectos, se considerará jornada laboral completa el desarrollo de la prestación de servicios mínimos de treinta (30) horas semanales, salvo pacto en contrario.

A los efectos del presente seguro serán asimilados a los dependientes permanentes del Tomador los dueños únicos y/o socios y/o directores del Tomador, siempre que se dediquen efectivamente a la empresa en un tiempo no menor a treinta (30) horas semanales. En tal caso, les serán aplicables todas las disposiciones que para ingreso o reingreso de los dependientes se establece en el presente artículo.

Todo asegurable que desee incorporarse a esta póliza deberá solicitarlo por escrito en los formularios de Solicitud Individual que a este efecto proporciona la Aseguradora. La solicitud deberá formularla dentro de un plazo de treinta (30) días corridos, a contar desde la fecha en que sea asegurable.

Los asegurables que soliciten su incorporación a esta póliza después de transcurrido el plazo indicado en el párrafo anterior, como asimismo los que vuelvan a solicitar su incorporación al seguro después de haber rescindido la cobertura, deberán presentar pruebas de asegurabilidad satisfactorias para la Aseguradora a través del cuestionario de salud provisto por la misma y/o requisitos médicos adicionales a cargo de la Aseguradora, en el caso que la misma exija a tales efectos el cumplimiento de pruebas de asegurabilidad.

Aquellos que a la iniciación del seguro no se encontraren en servicio activo, se considerarán asegurables después de que haya transcurrido el plazo definido en las Condiciones Particulares, desde la fecha de reincorporación al servicio activo, y siempre que cumplan con las restantes condiciones para ser asegurables.

Toda Solicitud Individual recibida por el Tomador deberá ser remitida por este a la Aseguradora dentro del plazo de tres (3) días hábiles de recibida la misma.

La Aseguradora se reserva el derecho de resolver en cada caso si el solicitante es asegurable y podrá rechazar su solicitud.

Se determina un plazo de treinta (30) días corridos desde la recepción de la Solicitud Individual por parte de la Aseguradora, para que ésta se expida sobre la aceptación del asegurable. En caso de silencio por parte de la

misma la solicitud individual se considerará aceptada.

El Tomador deberá suministrar junto con la información requerida en el artículo 19° inciso d) de las Condiciones Generales Comunes, toda información necesaria para el cálculo de la suma asegurada y la fecha de ingreso laboral del Asegurado.

Artículo 2° - Finalización de las Coberturas Individuales

La cobertura individual de cada Asegurado finalizará en los siguientes casos:

- a) Por renuncia del Asegurado a continuar con el seguro.
- b) Por fallecimiento del Asegurado.
- c) Por finalización de la relación laboral con el Tomador por cualquier causa.
- d) Por caducidad o rescisión de la póliza.
- e) Por falta de pago de primas de acuerdo con lo establecido en el artículo 14° de las Condiciones Generales Comunes.
- f) Cuando el Asegurado cumpla la Edad Máxima de Permanencia establecida en las Condiciones Particulares. La continuidad de cobro de prima correspondiente a ese Asegurado, luego del arribo a tal edad máxima, se considerará como prórroga de vigencia hasta finalizado el período de riesgo cubierto amparado por dicha prima.
- g) Por ocurrir un siniestro amparado por una cláusula adicional de la póliza, en caso de haberla contratado, que otorgue una cobertura sustitutiva de la cobertura básica de fallecimiento.

Tanto la renuncia a que se refiere el punto a), como la finalización de la relación laboral prevista en el punto c), deberán ser comunicadas por medio fehaciente a la Aseguradora por intermedio del Tomador dentro de los treinta (30) días corridos desde la fecha en la cual se produjeron dichos eventos.

En todos los casos, la rescisión de los Certificados Individuales operará al término del mes por el cual se hubieren descontado primas, y se devolverá la prima no ganada, si la hubiere, correspondiente a los Certificados Individuales rescindidos.

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

V - COL - 1.1.1 – CONDICIONES GENERALES ESPECÍFICAS SEGURO DE VIDA PARA GRUPOS DE EMPLEADOS - LEY DE CONTRATO DE TRABAJO

Artículo 1° - Riesgos Cubiertos

Contrariamente a lo estipulado en el Artículo 2° de las Condiciones Generales Comunes, la presente póliza cubre el riesgo de fallecimiento y de invalidez total y permanente de cada Asegurado durante la vigencia del respectivo Certificado Individual en relación a las obligaciones legales del Tomador que surgen de la Ley de Contrato de Trabajo ante la muerte o la invalidez total y permanente de sus dependientes.

Cobertura de Muerte: La Aseguradora concederá el beneficio de esta cobertura, de conformidad con lo dispuesto por el Artículo 248 de la Ley de Contrato de Trabajo, si algún Asegurado falleciera encontrándose al servicio del Tomador durante la vigencia del Certificado Individual del Asegurado.

Cobertura de Invalidez Total y Permanente: La Aseguradora concederá al Asegurado el beneficio que acuerda la presente cláusula cuando el mismo se encuentre en un estado de invalidez total y permanente, como consecuencia de enfermedad o accidente, que no le permita continuar desempeñando sus tareas habituales a órdenes de su empleador u otras adecuadas a su capacidad residual, produciéndose en consecuencia la terminación del Contrato de Trabajo en los términos del Artículo 212 de la Ley de Contrato de Trabajo, siempre que dicho estado de invalidez se hubiese iniciado durante la vigencia de la presente cláusula en el Certificado Individual.

En las denuncias de invalidez, la Aseguradora procederá a su reconocimiento de acuerdo con las constancias médicas y demás elementos mencionados en el Artículo 6°, siempre que sean demostrativos del estado de invalidez total y permanente.

El inicio del estado de invalidez se computará:

- En caso de enfermedad, a partir de la fecha que los médicos dictaminen como fecha de inicio de la invalidez. En caso de no poder dictaminarse la misma, se computará desde la fecha de denuncia del siniestro.
- En caso de accidente, a partir de la fecha de ocurrencia del mismo.

Artículo 2° - Riesgos no Cubiertos

La Aseguradora no pagará la indemnización cuando el fallecimiento de un Asegurado se produjera como consecuencia de los Riesgos no Cubiertos establecidos en el Artículo 3° de las Condiciones Generales Comunes.

En caso de invalidez, la Aseguradora no pagará la indemnización cuando la misma se produjera como consecuencia de los Riesgos no Cubiertos establecidos en el Anexo de Condiciones Particulares.

Artículo 3° - Capitales Individuales Asegurados

Complementando lo establecido en el Artículo 7° de las Condiciones Generales Comunes, se establece que la suma con que estará cubierto cada Asegurado por la Cobertura Básica de Fallecimiento será determinada considerando el equivalente al múltiplo de medio sueldo por cada año de antigüedad o fracción mayor de TRES (3) meses en el empleo (Artículo 248 de la Ley de Contrato de Trabajo, modificado por Ley 24.013, sus modificatorias y complementarias).

En caso de comprobarse la invalidez, se abonará una indemnización equivalente al múltiplo de un sueldo por cada año de antigüedad o fracción mayor a TRES (3) meses en el empleo (Artículos 245 y 254 de la Ley de Contrato

de Trabajo, modificado por Ley 24.013, sus modificatorias y complementarias).

Las sumas aseguradas se ajustarán en cada caso sujeto a la información que el Tomador suministre por escrito a la Aseguradora en forma mensual, de conformidad con el inciso d) del Artículo 16 de las Condiciones Generales Comunes, pero en ningún caso superará el Capital Asegurado Máximo indicado en las Condiciones Particulares. Las modificaciones de capitales sobre cada vida y de las primas correspondientes entrarán en vigor a partir del primer día del mes siguiente a aquél en que llegue a poder de la Aseguradora la información. No obstante, los ajustes de capitales asegurados debidos a aumentos de remuneraciones resueltos por Convenciones Colectivas de Trabajo o normas de carácter legal que tengan efecto retroactivo, se efectuarán con retroactividad de conformidad con el convenio colectivo y/o norma que resulte aplicable.

En caso que correspondiera una modificación en el cálculo del Capital Asegurado en virtud de un cambio en el procedimiento previsto en la Ley de Contrato de Trabajo, dicha modificación comenzará a regir a partir del primer vencimiento del premio inmediato siguiente a la fecha de publicación de la norma que modifique tal procedimiento, o de la fecha de su inicio de vigencia, la que resulte posterior.

Artículo 4° - Beneficiario en Primer Término

Complementando lo establecido en el Artículo 14 de las Condiciones Generales Comunes, se deja expresa constancia que se instituye como beneficiario en primer término al Tomador por el monto de la indemnización que surja de la Ley de Contrato de Trabajo. En caso de existir un excedente, el mismo será abonado al Asegurado o a los Derechohabientes, según el caso.

La Aseguradora efectuará el pago de la indemnización al Tomador, una vez recibidas las constancias de haber puesto en conocimiento al Asegurado o a sus Derechohabientes según corresponda, acerca del beneficio al que tienen derecho según lo previsto en el párrafo anterior.

Una vez abonado dicho importe, la Aseguradora quedará liberada de sus obligaciones, asumiendo el Tomador la total responsabilidad por el pago que deba efectuarse al Asegurado o a sus Derechohabientes, según corresponda.

Queda expresamente convenido que en ningún caso la Aseguradora será obligada a abonar al Tomador o al Asegurado, una suma mayor al Capital Asegurado pactado para cada Asegurado en las Condiciones Particulares y en el respectivo Certificado Individual. Si el Capital Asegurado pactado no alcanzara a cubrir la suma que, conforme a las normas legales o convencionales el Tomador deba abonar al Asegurado o a sus Derechohabientes, dicho excedente se encontrará a exclusivo cargo del Tomador.

Artículo 5° - Pago de los Premios

Complementando lo establecido en el Artículo 9° de las Condiciones Generales Comunes, se deja expresa constancia que el pago de los premios del presente seguro se encuentra a cargo exclusivo del Tomador.

Artículo 6° - Comprobación de la Invalidez

Corresponde al Tomador, Asegurado o su representante:

- a. Denunciar la existencia de la invalidez conforme el plazo definido en Condiciones Particulares y Certificado Individual, el cual nunca será inferior a los TRES (3) días, contados desde la ocurrencia del siniestro, o desde que el denunciante conozca la existencia del beneficio, lo que fuera posterior, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.
- b. Presentar las constancias médicas y/o testimoniales de su comienzo y causas.
- c. Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta DOS (2) exámenes médicos por facultativos designados por la Aseguradora y con gastos a cargo de ésta.

Artículo 7º - Plazo de Prueba de la Invalidez

La Aseguradora dentro de los QUINCE (15) días de recibida la denuncia y/o las constancias a las que se refiere el artículo anterior contados desde la fecha que sea posterior, deberá comunicar al Asegurado y al Tomador, la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. Si las comprobaciones a las que se refiere el Artículo 6º no resultaran concluyentes en cuanto al carácter total y permanente de la invalidez, la Aseguradora podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor a TRES (3) meses, a fin de confirmar el diagnóstico.

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

El Tomador deberá seguir abonando las primas correspondientes al período de comprobación del diagnóstico. Confirmado el mismo, la Aseguradora reembolsará las extraprimas de esta Cláusula Adicional abonadas durante el plazo de comprobación.

Artículo 8º - Valuación por Peritos

Si en la apreciación de la Invalidez Total y Permanente surgieran divergencias entre las partes, las mismas serán definidas por DOS (2) médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los OCHO (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 TREINTA (30) días y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de QUINCE (15) días.

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

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

V - COL - 1.2 – CONDICIONES GENERALES ESPECÍFICAS SEGURO DE VIDA PARA GRUPOS

ABIERTOS

Artículo 1º - Personas Asegurables

Se consideran “Asegurables”, a todas las personas humanas, cuya relación con el Tomador resulte preexistente a su incorporación a este seguro, que se encuentren relacionadas entre sí por un interés distinto al de contratar el presente seguro.

Todo asegurable que desee incorporarse a esta póliza deberá solicitarlo por escrito en los formularios de Solicitud Individual que a este efecto proporciona la Aseguradora. La solicitud deberá formularla dentro del plazo de (30) días corridos, a contar desde la fecha en que sea asegurable.

Los asegurables que soliciten su incorporación a esta póliza después de transcurrido el plazo indicado en el párrafo anterior, como asimismo los que vuelvan a solicitar su incorporación al seguro después de haber rescindido la cobertura, deberán presentar pruebas de asegurabilidad satisfactorias para la Aseguradora a través del cuestionario de salud provisto por la misma y/o requisitos médicos adicionales a cargo de la Aseguradora, en el caso que la misma exija a tales efectos el cumplimiento de pruebas de asegurabilidad.

Toda Solicitud Individual recibida por el Tomador deberá ser remitida por este a la Aseguradora dentro del plazo de tres (3) días hábiles de recibida la misma.

La Aseguradora se reserva el derecho de resolver en cada caso si el solicitante es asegurable y podrá rechazar su solicitud.

Se determina un plazo de treinta (30) días corridos desde la recepción de la Solicitud Individual por parte de la Aseguradora, para que ésta se expida sobre la aceptación del asegurable. En caso de silencio por parte de la misma la solicitud individual se considerará aceptada.

Artículo 2º - Finalización de las Coberturas Individuales

La cobertura individual de cada Asegurado finalizará en los siguientes casos:

- a) Por renuncia del Asegurado a continuar con el seguro.
- b) Por fallecimiento del Asegurado.
- c) Por dejar de pertenecer el Asegurado al grupo regido por el Tomador.
- d) Por caducidad o rescisión de la póliza.
- e) Por falta de pago de primas de acuerdo con lo establecido en el artículo 14º de las Condiciones Generales Comunes.
- f) Cuando el Asegurado cumpla la Edad Máxima de Permanencia establecida en las Condiciones Particulares. La continuidad de cobro de prima correspondiente a ese Asegurado, luego del arribo a tal edad máxima, se considerará como prórroga de vigencia hasta finalizado el período de riesgo cubierto amparado por

dicha prima.

g) Por ocurrir un siniestro amparado por una cláusula adicional de la póliza, en caso de haberla contratado, que otorgue una cobertura sustitutiva de la cobertura básica de fallecimiento.

Tanto la renuncia a que se refiere el punto a), como el retiro del grupo previsto en el punto c), deberán ser comunicadas por medio fehaciente a la Aseguradora por intermedio del Tomador dentro de los treinta (30) días corridos desde la fecha en la cual se produjeron dichos eventos.

En todos los casos, la rescisión de los Certificados Individuales operará al término del mes por el cual se hubieren descontado primas, y se devolverá la prima no ganada, si la hubiere, correspondiente a los Certificados Individuales rescindidos.

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

V - COL - 1.2.1 – CONDICIONES GENERALES ESPECÍFICAS SEGURO DE VIDA PARA GRUPOS ABIERTOS – CONTINUIDAD DE ESTUDIOS

Artículo 1º - Capitales Individuales Asegurados

Complementando lo establecido en el Artículo 7º de las Condiciones Generales Comunes, se establece que la suma asegurada con que estará cubierto cada Asegurado por la Cobertura Básica de Fallecimiento se indicará en las Condiciones Particulares y Certificado Individual, y será determinada según informe del Tomador, considerando, el importe necesario para cubrir las cuotas mensuales y matrículas anuales del tiempo que resta hasta la finalización de los estudios o del nivel de enseñanza pactado con el Tomador.

Las sumas aseguradas se ajustarán en cada caso sujeto a la información que el Tomador suministre por escrito a la Aseguradora en forma mensual, de conformidad con el inciso d) del Artículo 16 de las Condiciones Generales Comunes, pero en ningún caso superará el Capital Asegurado Máximo indicado en las Condiciones Particulares. Las modificaciones de capitales sobre cada vida y de las primas correspondientes entrarán en vigor a partir del primer día del mes siguiente a aquél en que la Aseguradora tome conocimiento de dicha modificación.

Cuando el Establecimiento Educativo regido por el Tomador lo hubiera previsto, podrá incorporar a la póliza la Cláusula Adicional de Invalidez Total y Permanente - Liquidación del Capital Asegurado.

Artículo 2º - Beneficiario

Complementando lo establecido en el Artículo 14 de las Condiciones Generales Comunes, se deja expresa constancia que se instituye como beneficiario al Tomador, tanto de la Cobertura Básica por Fallecimiento como de la Cláusula Adicional de Invalidez Total y Permanente - Liquidación del Capital Asegurado, siempre y cuando figure la inclusión de esta última en las Condiciones Particulares y Certificado Individual.

Si el beneficio se abonara en un único pago, el alumno deberá tener garantizado el pago de las cuotas mensuales y matrículas anuales del tiempo que resta hasta la finalización de los estudios o del nivel de estudio pactado con el Tomador en Condiciones Particulares.

NOTA: A los efectos de esta cobertura, se consideran "Asegurables", a todas las personas que fueran padres, madres, encargados o tutores legales de los alumnos que concurran al Establecimiento Educativo regido por el Tomador.

Será requisito que se encuentren registrados en el Establecimiento Educativo como responsables del pago de la respectiva cuota escolar.

Cuando dos personas tengan a su cargo el pago de las cuotas, podrán ser asegurados ambos en proporción a la participación que cada uno tenga sobre las mismas.

V - COL - 2.1 – CLÁUSULA ADICIONAL DE CARENCIA

La presente cláusula procederá siempre y cuando figure su inclusión en las Condiciones Particulares y Certificado Individual de Incorporación diferenciándose para cada una de las cláusulas contratadas según corresponda.

La Aseguradora no pagará la indemnización cuando el evento indemnizable de un Asegurado se produjere dentro del período de carencia indicado en el Certificado Individual, durante el cual el Asegurado está obligado al pago de las primas a contar desde la fecha de vigencia inicial de dicho Certificado.

El período de carencia no será aplicable en caso de accidente. Se entenderá por "accidente" a todo hecho externo, violento, fortuito e independiente de la voluntad del Asegurado.

El período de carencia deberá cumplirse cada vez que el Asegurado ingrese al seguro, independientemente de que dicho Asegurado lo hubiese cumplido en un ingreso anterior. Asimismo, dicho período se aplicará respecto de cualquier incremento de capital asegurado que tenga lugar, excepto en el caso de incrementos masivos para todo el grupo asegurado.

Nota: La carencia prevista en esta Cláusula no podrá aplicarse cuando la Aseguradora solicite pruebas de asegurabilidad (declaración de salud o exámenes médicos), ni podrá ser aplicada conjuntamente con la Cláusula Adicional de Carencia por Enfermedades Preexistentes para Fallecimiento, Sepelio e Invalidez.

La presente cláusula podrá ser contratada y aplicada a todos los Asegurados Familiares, cuando ellos se encuentren asegurados bajo la póliza, sin que ella resulte necesariamente aplicable al Asegurado Titular.

V - COL - 2.2 - CLÁUSULA ADICIONAL DE CARENCIA POR ENFERMEDADES PREEXISTENTES

PARA FALLECIMIENTO, SEPELIO E INVALIDEZ

La presente cláusula procederá siempre y cuando figure su inclusión en las Condiciones Particulares y Certificado Individual de Incorporación diferenciándose para cada una de las cláusulas contratadas según corresponda.

La Aseguradora no pagará la indemnización cuando el fallecimiento o invalidez de un Asegurado se produjere como consecuencia de una enfermedad preexistente.

Por enfermedad preexistente se entiende a toda enfermedad que padeciera el Asegurado durante los primeros meses de vigencia del Certificado Individual, diagnosticada con anterioridad a su incorporación al seguro, y que fuera la causa directa del fallecimiento o invalidez.

El plazo de carencia para enfermedades preexistentes será el establecido en el Certificado Individual, no pudiendo exceder los DOCE (12) meses, período en el cual corresponderá el pago de primas, a contar desde la fecha de vigencia inicial de dicho Certificado.

El período de carencia por enfermedades preexistentes deberá cumplirse cada vez que el Asegurado ingrese al seguro, independientemente de que dicho Asegurado lo hubiese cumplido en un ingreso anterior. Asimismo, dicho período se aplicará respecto de cualquier incremento de capital asegurado que tenga lugar, excepto en el caso de incrementos masivos para todo el grupo asegurado.

Nota: La carencia por enfermedades preexistentes no podrá aplicarse cuando la Aseguradora solicite pruebas de asegurabilidad (declaración de salud o exámenes médicos), ni podrá ser aplicada conjuntamente con la Cláusula Adicional de Carencia.

La presente cláusula podrá ser contratada y aplicada a todos los Asegurados Familiares, cuando ellos se encuentren asegurados bajo la póliza, sin que ella resulte necesariamente aplicable al Asegurado Titular.

V - COL - 3.1 – CLÁUSULA ADICIONAL DE OPCIÓN PARA JUBILADOS Y/O RETIRADOS (Aplicable a los Seguros de Vida Colectivo para Grupos de Empleados) (Prolongación de la Cobertura)

El Asegurado Titular que en el futuro se jubile y/o retire, siempre que haya estado asegurado en el grupo por el término mínimo anterior a la jubilación y/o retiro estipulado en las Condiciones Particulares, podrá continuar en el seguro manteniendo las coberturas definidas en el Certificado Individual, si lo solicita por lo menos con TREINTA (30) días de anticipación al último día que vaya a prestar servicios para el Tomador, sin exigirse para ello el cumplimiento de nuevos requisitos de asegurabilidad.

Dicha continuidad en las coberturas sólo procederá hasta la fecha en que el Asegurado cumpla la edad máxima de permanencia estipulada en Condiciones Particulares para cada una de las coberturas contratadas, la cual no podrá superar los OCHENTA (80) años.

El capital asegurado de cada una de las coberturas contratadas resultará de aplicar el porcentaje que obra en Condiciones Particulares sobre el capital asegurado al momento de la jubilación y/o retiro.

Las primas correspondientes a cada Asegurado, se determinarán a partir de la tasa de prima media calculada teniendo en cuenta tanto a los asegurados activos como pasivos sin discriminación por rangos de edades heterogéneos.

V - COL - 3.2 – CLÁUSULA ADICIONAL DE OPCIÓN PARA JUBILADOS Y/O RETIRADOS
(Aplicable a los Seguros de Vida Colectivo para Grupos de Empleados) (Conversión a un Seguro de Vida Individual)

El Asegurado Titular que en el futuro se jubile y/o retire, siempre que haya estado asegurado en el grupo por el término mínimo anterior a la jubilación y/o retiro estipulado en las Condiciones Particulares, podrá convertir su cobertura a un Seguro Individual que la Aseguradora posea autorizado, si lo solicita por lo menos con TREINTA (30) días de anticipación al último día que vaya a prestar servicios para el Tomador, sin exigirse para ello el cumplimiento de nuevos requisitos de asegurabilidad.

El capital asegurado resultará de aplicar el porcentaje que obra en Condiciones Particulares sobre el capital asegurado al momento de la jubilación y/o retiro.

V - COL - 4.1 – CLÁUSULA ADICIONAL – CÓNYUGE Y/O CONVIVIENTE

Artículo 1º - Riesgo Cubierto

Durante la vigencia de esta cláusula en el Certificado Individual del Asegurado Titular, la Aseguradora concederá al Cónyuge o Conviviente (Artículo 509 del Código Civil y Comercial de la Nación) del Asegurado Titular las coberturas que se encuentren indicadas en dicho Certificado.

Artículo 2º - Riesgos no Cubiertos

La Aseguradora no pagará la indemnización cuando siniestro padecido por el Cónyuge/Conviviente Asegurado se produjera como consecuencia de los Riesgos no Cubiertos establecidos en las respectivas coberturas.

Artículo 3º - Forma y Plazo para Solicitar el Seguro

El Asegurado Titular que desee incorporar a su Cónyuge/Conviviente a esta póliza deberá solicitarlo por escrito en los formularios de Solicitud Individual que a este efecto proporciona la Aseguradora. La solicitud deberá formularla dentro del plazo de TREINTA (30) días corridos, a contar desde la fecha en que sea asegurable.

Los Cónyuges/Convivientes asegurables que soliciten su incorporación a esta póliza después de transcurrido el plazo indicado en el párrafo anterior, como asimismo los que vuelvan a solicitar su incorporación al seguro después de haber rescindido la cobertura, deberán presentar pruebas de asegurabilidad satisfactorias para la Aseguradora a través del cuestionario de salud provisto por la misma y/o requisitos médicos adicionales a cargo de la Aseguradora, en el caso que la misma exija a tales efectos el cumplimiento de pruebas de asegurabilidad.

Toda Solicitud Individual recibida por el Tomador deberá ser remitida por este a la Aseguradora dentro del plazo de TRES (3) días hábiles de recibida la misma.

La Aseguradora se reserva el derecho de resolver en cada caso si el solicitante es asegurable y podrá rechazar su solicitud.

Se determina un plazo de TREINTA (30) días corridos desde la recepción de la Solicitud Individual por parte de la Aseguradora, para que ésta se expida sobre la aceptación del Cónyuge/Conviviente asegurable. En caso de silencio por parte de la misma la solicitud individual se considerará aceptada.

Artículo 4° - Capitales Asegurados

El capital asegurado por cada una de las coberturas brindadas al Cónyuge/Conviviente Asegurado será el establecido en el Certificado Individual, no pudiendo exceder el previsto para el Asegurado Titular.

Artículo 5° - Beneficiarios

El Cónyuge/Conviviente Asegurado podrá designar al beneficiario o beneficiarios, aplicándose lo establecido en el Artículo 14 de las Condiciones Generales Comunes.

Artículo 6° - Finalización de la Cobertura

La cobertura que esta cláusula otorga finalizará en la fecha en que se verifique alguno de los eventos previstos en el Artículo 17 de las Condiciones Generales Comunes o en los siguientes casos:

- a. Por fallecimiento del Cónyuge/Conviviente Asegurado.
- b. Cuando el Cónyuge/Conviviente Asegurado cumpla la Edad Máxima de Permanencia definida en las Condiciones Particulares. La continuidad de cobro de prima correspondiente a ese Cónyuge/Conviviente Asegurado, luego del arribo a tal edad máxima, se considerará como prórroga de vigencia hasta finalizado el período de riesgo cubierto amparado por dicha prima.
- c. Por la renuncia del Cónyuge/Conviviente asegurado a continuar en el seguro.
- d. Cuando quede sin efecto el matrimonio del Asegurado Titular con el Cónyuge Asegurado por cualquier causa (nulidad, divorcio) o cuando cese la convivencia con el Conviviente.
- e. Cuando finalice la cobertura del Asegurado Titular por cualquier motivo.
- f. Por solicitud de cancelación de la cobertura del Cónyuge/Conviviente Asegurado por el Asegurado Titular.

Tanto la renuncia a que se refieren los puntos c) y f), como la pérdida del vínculo prevista en el punto d), deberán

ser comunicadas por escrito a la Aseguradora por intermedio del Tomador dentro de los TREINTA (30) días corridos desde la fecha en la cual se produjeran dichos eventos.

En todos los casos, la rescisión de la cobertura operará al término del mes por el cual se hubieren descontado primas, y se devolverá la prima no ganada, si la hubiere, correspondiente a la cobertura rescindida.

NOTA: Al momento de suscripción la Aseguradora deberá prever que el Cónyuge/Conviviente no podrá contar con más coberturas o una cobertura más amplia que el Asegurado Titular. Asimismo las coberturas mencionadas deberán ser seleccionadas por el Asegurado Titular en la correspondiente solicitud.

Es condición indispensable que el Cónyuge/Conviviente cubierto por la presente cláusula, se encuentre amparado por la cobertura de fallecimiento.

NOTA SUSCRIPCION: Se consideran “Asegurables”, a los Cónyuges o Convivientes de los Asegurados Titulares, que reúnan los requisitos de asegurabilidad exigidos por la Aseguradora, y que no excedan la Edad Máxima de Ingreso que se indique en Condiciones Particulares, con exclusión de aquellos que estuvieran comprendidos en el seguro como integrantes del grupo regido por el Tomador.

Los Cónyuges serán asegurables a partir del día de la celebración del matrimonio.

Los Convivientes serán asegurables cuando hubieran convivido durante por lo menos DOS (2) años inmediatamente anteriores a la fecha de incorporación a esta cobertura (Artículo 510 inciso e) del Código Civil y Comercial de la Nación).

V - COL - 4.2 – CLÁUSULA ADICIONAL – CÓNYUGE Y/O CONVIVIENTE VIUDO – BENEFICIO ADICIONAL

Artículo 1º - Riesgo Cubierto

Durante la vigencia de esta cláusula en el Certificado Individual del Asegurado Titular, la Aseguradora concederá al Cónyuge o Conviviente (Artículo 509 del Código Civil y Comercial de la Nación) del Asegurado Titular en forma automática y sin pago ulterior de primas, un seguro de vida individual temporario por el término de DOCE (12) meses, para cubrir su riesgo de fallecimiento, cuando se produzca el fallecimiento del Asegurado Titular como consecuencia de un evento cubierto bajo la Cobertura Básica de la póliza y siempre que ocurra dentro de la vigencia de esta Cláusula Adicional en el Certificado Individual del Asegurado. Esta cobertura comenzará el día de la fecha de fallecimiento del Asegurado Titular.

Artículo 2º - Riesgos no Cubiertos

La Aseguradora no otorgará el beneficio previsto en esta cláusula cuando el fallecimiento del Asegurado Titular se produjera como consecuencia de los Riesgos no Cubiertos establecidos en el Artículo 3° de las Condiciones Generales Comunes.

Artículo 3° - Capitales Asegurados

El Capital Asegurado por el que será cubierto el Cónyuge/Conviviente viudo, se encontrará determinado en el Certificado Individual, no pudiendo exceder la suma asegurada prevista para el Asegurado Titular.

Artículo 4° - Carácter del Beneficio

El beneficio de esta cláusula es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la póliza y, en consecuencia, la Aseguradora no hará por tal concepto, deducción alguna de la suma asegurada a pagarse por cualquiera de ellos.

Artículo 5° - Beneficiarios

Los beneficiarios de esta cobertura serán los designados bajo la “Cláusula Adicional de Cónyuge y/o Conviviente”. Todo Asegurado podrá modificar, en cualquier momento, el beneficiario o los beneficiarios por él designados, conforme lo estipulado en el Artículo 14° de las Condiciones Generales Comunes.

En aquellos casos en los que el beneficiario originalmente designado por el Cónyuge/Conviviente fuera el Asegurado Titular fallecido, el mismo deberá definir nuevamente sus beneficiarios.

Artículo 6° - Finalización de la Cobertura

La cobertura que esta cláusula otorga finalizará en la fecha en que por cualquier causa quede sin efecto la Cobertura Básica de fallecimiento del Cónyuge/Conviviente.

Asimismo, la cobertura que esta cláusula otorga finalizará en la fecha en que se verifique alguno de los eventos previstos en el Artículo 17 de las Condiciones Generales Comunes o en los siguientes casos:

- a. Por fallecimiento del Cónyuge/Conviviente Asegurado.
- b. Cuando el Cónyuge/Conviviente Asegurado cumpla la Edad Máxima de Permanencia definida en las Condiciones Particulares para la presente cláusula adicional. La continuidad de cobro de prima correspondiente a ese Cónyuge/Conviviente Asegurado, luego del arribo a tal edad máxima, se considerará como prórroga de vigencia hasta finalizado el período de riesgo cubierto amparado por dicha prima.
- c. Por la renuncia del Cónyuge/Conviviente Asegurado a continuar en el seguro.
- d. Cuando quede sin efecto el matrimonio del Asegurado Titular con el Cónyuge Asegurado por cualquier causa (nulidad, divorcio) o cuando cese la convivencia con el Conviviente.
- e. Cuando finalice la cobertura del Asegurado Titular por cualquier motivo.

f. Por solicitud de cancelación de la cobertura del Cónyuge/Conviviente Asegurado por el Asegurado Titular.

Tanto la renuncia a que se refieren los puntos c) y f), como la pérdida del vínculo prevista en el punto d), deberán ser comunicadas por escrito a la Aseguradora por intermedio del Tomador dentro de los TREINTA (30) días corridos desde la fecha en la cual se produjeran dichos eventos.

En todos los casos, la rescisión de la cobertura operará al término del mes por el cual se hubieren descontado primas, y se devolverá la prima no ganada, si la hubiere, correspondiente a la Cobertura rescindida.

NOTA: Esta Cobertura resulta de aplicación únicamente a los cónyuges y/o convivientes de los Asegurados Titulares, que hubiesen sido incorporados al Seguro Colectivo bajo la “Cláusula Adicional de Cónyuge y/o Conviviente”.

NOTA SUSCRIPCION: Se consideran “Asegurables”, a los cónyuges o convivientes de los Asegurados Titulares, que reúnan los requisitos de asegurabilidad exigidos por la Aseguradora, y que no excedan la Edad Máxima de Ingreso que se indique en Condiciones Particulares, con exclusión de aquellos que estuvieran comprendidos en el seguro como integrantes del grupo regido por el Tomador.

Los cónyuges serán asegurables a partir del día de la celebración del matrimonio.

Los convivientes serán asegurables cuando hubieran convivido durante por lo menos DOS (2) años inmediatamente anteriores a la fecha de incorporación a esta cobertura (Artículo 510 inciso e) del Código Civil y Comercial de la Nación), con exclusión de aquellos que estuvieran comprendidos en el seguro como integrantes del grupo regido por el Tomador.

V - COL - 4.3 – CLÁUSULA ADICIONAL – HIJOS

Artículo 1º - Riesgo Cubierto

Durante la vigencia de esta cláusula en el Certificado Individual del Asegurado Titular, la Aseguradora concederá a los Hijos mayores de CATORCE (14) años del mismo, las coberturas que se encuentren indicadas en dicho Certificado.

Artículo 2º - Riesgos no Cubiertos

La Aseguradora no pagará la indemnización cuando el siniestro padecido por el Hijo Asegurado se produjera como consecuencia de los Riesgos no Cubiertos establecidos en las respectivas coberturas.

Artículo 3° - Forma y Plazo para Solicitar el Seguro

El Asegurado Titular que desee incorporar a sus Hijos a esta póliza deberá solicitarlo por escrito en los formularios de Solicitud Individual que a este efecto proporciona la Aseguradora. La solicitud deberá formularla dentro del plazo TREINTA (30) días corridos, a contar desde la fecha en que sea asegurable.

Los Hijos asegurables que soliciten su incorporación a esta póliza después de transcurrido el plazo indicado en el párrafo anterior, como asimismo los que vuelvan a solicitar su incorporación al seguro después de haber rescindido la cobertura, deberán presentar pruebas de asegurabilidad satisfactorias para la Aseguradora a través del cuestionario de salud provisto por la misma y/o requisitos médicos adicionales a cargo de la Aseguradora, en el caso que la misma exija a tales efectos el cumplimiento de pruebas de asegurabilidad.

Toda Solicitud Individual recibida por el Tomador deberá ser remitida por este a la Aseguradora dentro del plazo de TRES (3) días hábiles de recibida la misma.

La Aseguradora se reserva el derecho de resolver en cada caso si el solicitante es asegurable y podrá rechazar su solicitud.

Se determina un plazo de TREINTA (30) días corridos desde la recepción de la Solicitud Individual por parte de la Aseguradora, para que ésta se expida sobre la aceptación del Hijo asegurable. En caso de silencio por parte de la misma la solicitud individual se considerará aceptada.

Artículo 4° - Capitales Asegurados

El capital asegurado con que está cubierto cada Hijo Asegurado será el establecido en el Certificado Individual, no pudiendo exceder el previsto para el Asegurado Titular.

Artículo 5° - Beneficiarios

Los Hijos Asegurados menores de edad, mayores de CATORCE (14) años, no podrán efectuar designación de beneficiarios. En caso de muerte, el beneficio se abonará al padre y/o a la madre en ejercicio de la patria potestad, previa manifestación por parte de éstos de la inexistencia de personas con mejor derecho hereditario.

Los Hijos Asegurados mayores de edad podrán designar al beneficiario o beneficiarios, aplicándose lo establecido en el Artículo 11 de las Condiciones Generales Comunes.

Artículo 6° - Finalización de la Cobertura de cada Hijo

La cobertura que esta cláusula otorga finalizará en la fecha en que se verifique alguno de los eventos previstos en el Artículo 17 de las Condiciones Generales Comunes o en los siguientes casos:

- a. Por fallecimiento del Hijo Asegurado.
- b. Al cumplir el Hijo Asegurado la Edad Máxima de Permanencia establecida en las Condiciones Particulares. La continuidad de cobro de prima correspondiente a ese Hijo Asegurado, luego del arribo a tal edad máxima, se considerará como prórroga de vigencia hasta finalizado el período de riesgo cubierto amparado por dicha prima.
- c. Por la renuncia del Hijo Asegurado a continuar en el seguro.
- d. Cuando finalice la cobertura del Asegurado Titular por cualquier motivo.
- e. Por solicitud de cancelación de la cobertura del Hijo por el Asegurado Titular.

La renuncia a que se refieren los puntos c) y e) deberá ser comunicada por escrito a la Aseguradora por intermedio del Tomador dentro de los TREINTA (30) días corridos desde la fecha en la cual se produjera dicho evento.

En todos los casos, la rescisión de la cobertura operará al término del mes por el cual se hubieren descontado primas, y se devolverá la prima no ganada, si la hubiere, correspondiente a la cobertura rescindida.

NOTA: Para el caso en que dos Asegurados Titulares puedan incorporar como Hijos a la o las mismas personas, dicha inclusión deberá ser efectuada únicamente por un Asegurado Titular.

Será requisito indispensable para la inclusión en el seguro de los Hijos, que el Asegurado Titular declare ante el Tomador la identidad de los mismos y será responsable de su actualización en cada oportunidad en que se produzcan modificaciones en la composición de los mismos.

V - COL - 4.4 – CLÁUSULA ADICIONAL – HIJO PÓSTUMO – BENEFICIO ADICIONAL

Artículo 1º - Riesgo Cubierto

La Aseguradora concederá el beneficio que acuerda la presente cláusula, a la Cónyuge o Conviviente (Artículo 509 del Código Civil y Comercial de la Nación) del Asegurado Titular, si dentro de los TRESCIENTOS (300) días posteriores al fallecimiento de este último tuviera lugar el nacimiento con vida de un Hijo de ambos, siempre y cuando la Cónyuge/Conviviente estuviera embarazada al momento del fallecimiento del Asegurado Titular.

Artículo 2º - Riesgos no Cubiertos

La Aseguradora no pagará la indemnización cuando el fallecimiento del Asegurado Titular se produjera como consecuencia de los Riesgos no Cubiertos establecidos en el Artículo 3º de las Condiciones Generales Comunes.

Artículo 3º - Beneficio

El pago del beneficio se realizará al Cónyuge/Conviviente dentro de los QUINCE (15) días de notificado el nacimiento o de recibidas las constancias y pruebas requeridas por la Aseguradora, lo que ocurra con posterioridad. El capital asegurado que corresponde abonar será el indicado en el Certificado Individual, independientemente del número de hijos que nazcan.

Artículo 4° - Carácter del Beneficio

El beneficio de esta Cláusula es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la póliza y, en consecuencia, la Aseguradora no hará por tal concepto, deducción alguna de la suma asegurada a pagarse por cualquiera de ellos.

Artículo 5° - Comprobación de la Cobertura

Corresponde al Beneficiario o Tomador:

- a) Denunciar el nacimiento conforme el plazo definido en Condiciones Particulares y Certificado Individual, el cual nunca podrá ser inferior a los TRES (3) días, contados desde la ocurrencia del mismo, o desde que el denunciante conozca la existencia del beneficio, lo que fuera posterior, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.
- b) Suministrar pruebas del nacimiento con vida, mediante la presentación del correspondiente certificado.
- c) Facilitar cualquier comprobación o aclaración, con gastos a cargo de la Aseguradora.

Artículo 6° - Finalización de la Cobertura

La cobertura que esta cláusula otorga terminará en la fecha en que se verifique alguno de los eventos previstos en el Artículo 17 de las Condiciones Generales Comunes o en los siguientes casos:

- a) Por fallecimiento del Cónyuge/Conviviente.
- b) Por nacimiento del Hijo Póstumo.
- c) Al cumplir la Cónyuge/Conviviente los CINCUENTA (50) años de edad.
- d) Cuando finalice la cobertura del Asegurado Titular por cualquier motivo.
- e) Por solicitud de cancelación de esta cobertura por el Asegurado Titular.

La renuncia a que se refiere el punto c) deberá ser comunicada por escrito a la Aseguradora por el Asegurado Titular dentro de los TREINTA (30) días corridos desde la fecha en la cual se produjeran dichos eventos.

En todos los casos, la rescisión de la cobertura operará al término del mes por el cual se hubieren descontado primas, y se devolverá la prima no ganada, si la hubiere, correspondiente a la cobertura rescindida.

NOTA SUSCRIPCIÓN: Se entenderá por Conviviente a quien hubiera convivido durante por lo menos DOS (2) años inmediatamente anteriores a la fecha de incorporación a esta cobertura (Artículo 510 inciso e) del Código Civil y Comercial de la Nación), con exclusión de aquellos que estuvieran comprendidos en el seguro como integrantes del grupo regido por el Tomador.

V - COL - 5.1 – CLÁUSULA ADICIONAL – SEPELIO – REINTEGRO DE GASTOS – BENEFICIO ADICIONAL

Artículo 1º - Riesgo Cubierto

La Aseguradora concederá el beneficio que acuerda la presente cláusula cuando el Asegurado fallezca durante la vigencia de la presente cláusula en el Certificado Individual.

Artículo 2º - Riesgos no Cubiertos

La Aseguradora no pagará la indemnización cuando el fallecimiento de un Asegurado se produjera como consecuencia de los Riesgos no Cubiertos establecidos en el Artículo 3º de las Condiciones Generales Comunes.

Artículo 3º - Beneficio

La Aseguradora, comprobado el fallecimiento, se obliga a reembolsar a la persona que acredite haber efectuado los gastos derivados del servicio de sepelio hasta la concurrencia de la Suma Máxima Asegurada que se indica en el Certificado Individual. Dicha Suma Asegurada deberá fijarse en función del Servicio de sepelio/inhumación y/o cremación solicitado.

El pago del beneficio se realizará dentro de los QUINCE (15) días de recibidas las constancias y pruebas requeridas por la Aseguradora, establecidas en el Artículo 5º.

El capital individual asegurado será uniforme para todos los integrantes del grupo.

Los capitales individuales asegurados podrán ser modificados por la Aseguradora durante la vigencia de la póliza, si el precio del servicio de sepelio pactado varía en razón de mayores costos de los elementos que lo componen, previa notificación a los asegurados, con una anticipación de TREINTA (30) días, de los nuevos capitales asegurados y aceptación por parte de los mismos y/o el Tomador.

Artículo 4º - Carácter del Beneficio

El beneficio de esta Cláusula es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la póliza y, en

consecuencia, la Aseguradora no hará por tal concepto, deducción alguna de la suma asegurada a pagarse por cualquiera de ellos.

Artículo 5° - Comprobación de la Cobertura

Corresponde al Tomador, Parientes, Personas allegadas o Herederos Legales, según corresponda:

- a) Denunciar la ocurrencia del fallecimiento conforme el plazo definido en Condiciones Particulares y Certificado Individual, el cual nunca será inferior a los TRES (3) días, contados desde la ocurrencia del mismo, o desde que el denunciante conozca la existencia del beneficio, lo que fuera posterior, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.
- b) Presentar certificado de defunción original o copia certificada del mismo, y comprobante original de los gastos realizados por el Sepelio.
- c) Facilitar cualquier comprobación o aclaración, con gastos a cargo de la Aseguradora.

Si un Asegurado falleciera en circunstancias en que nadie se hiciera cargo del sepelio, la Aseguradora, si fuera notificada de ello, se hará cargo de los gastos que demande el sepelio hasta la concurrencia de la suma asegurada máxima.

Artículo 6° - Finalización de la Cobertura

La cobertura que esta cláusula otorga terminará en la fecha en que se verifique alguno de los eventos previstos en el Artículo 17 de las Condiciones Generales Comunes o en los siguientes casos:

- a. Cuando el Asegurado cumpla la Edad Máxima de Permanencia establecida en las Condiciones Particulares para la presente cláusula adicional. La continuidad de cobro de prima correspondiente a ese Asegurado, luego del arribo a tal edad máxima, se considerará como prórroga de vigencia hasta finalizado el período de riesgo cubierto amparado por dicha prima.
- b. Por la renuncia a continuar asegurado por la presente cláusula.
- c. Al caducar o rescindirse la presente cláusula adicional.

La renuncia a que se refiere el punto b), deberá ser comunicada por escrito a la Aseguradora por intermedio del Tomador dentro de los TREINTA (30) días corridos desde la fecha en la cual se produjera dicho evento.

En todos los casos, la rescisión de la cobertura operará al término del mes por el cual se hubieren descontado primas, y se devolverá la prima no ganada, si la hubiere, correspondiente a la cobertura rescindida.

NOTA: Podrán ser asegurados los Hijos o menores a cargo del Asegurado Titular y/o su Cónyuge/Conviviente, menores de CATORCE (14) años de edad. Únicamente podrán ser incluidos por el Asegurado Titular.

Será requisito indispensable para la inclusión en el seguro, que el Asegurado Titular declare ante el Tomador la identidad de los hijos o menores a cargo, y será responsable de su actualización en cada oportunidad en que se produzcan modificaciones.

V - COL - 5.2 – CLÁUSULA ADICIONAL – SEPelio – PRESTACIONAL – BENEFICIO ADICIONAL

Artículo 1° - Riesgo Cubierto

La Aseguradora concederá el beneficio que acuerda la presente cláusula cuando el Asegurado fallezca durante la vigencia de la presente cláusula en el Certificado Individual.

Artículo 2° - Riesgos no Cubiertos

La Aseguradora no pagará la indemnización cuando el fallecimiento de un Asegurado se produjera como consecuencia de los Riesgos no Cubiertos establecidos en el Artículo 3° de las Condiciones Generales Comunes.

Artículo 3° - Beneficio

La Aseguradora, comprobado el fallecimiento, se obliga a brindar el servicio de sepelio, hasta la concurrencia de la Suma Asegurada Máxima contratada, realizado en cualquier punto del país por alguna de las Empresas de Servicios Fúnebres detalladas en la nómina que forma parte integrante de la presente póliza, a cuyos efectos se tendrán en cuenta las siguientes condiciones:

- Ante el fallecimiento de una persona asegurada es carga del Tomador, de los Parientes, de las Personas más allegadas o de los Herederos Legales, solicitar la prestación del servicio de sepelio en alguna de las Empresas de Servicios Fúnebres que figuran en la nómina de prestadores adjunta a la presente póliza o en sus actualizaciones futuras. Es obligación de la Aseguradora, a través del Tomador, mantener informados a los Asegurados de las modificaciones producidas en la nómina de empresas prestadoras del servicio fúnebre.
- En caso que el servicio se efectuara con una empresa que no figura en la nómina de prestadoras, se perderá el derecho a reclamo bajo esta cláusula, salvo en los casos específicamente contemplados en el Artículo 5° de la presente cláusula adicional.
- A los efectos de la obtención de los servicios necesarios para inhumar al Asegurado fallecido, el Tomador, los Parientes, Personas más allegadas o los Herederos Legales, actuarán ante las Empresas de Servicios Fúnebres a título personal, solicitando la prestación del servicio que, como máximo, se ajuste hasta la concurrencia del Capital Asegurado que figure en el Certificado Individual.
- En caso de que un Asegurado falleciera en circunstancias tales que nadie se hiciera cargo de su sepelio, este seguro obrará de modo tal que, puesta la Aseguradora en conocimiento de dicha circunstancia, por

intermedio de alguna de las Empresas de Servicios Fúnebres cercana al lugar del deceso, se hará cargo de los gastos de inhumación hasta la concurrencia de la Suma Asegurada establecida en el Certificado Individual, informando tal situación al Tomador.

El capital individual asegurado, que represente el límite de la prestación del servicio de sepelio para cada Asegurado, será uniforme para todos los integrantes del grupo.

Los capitales individuales asegurados podrán ser modificados por la Aseguradora durante la vigencia de la póliza, si el precio del servicio de sepelio pactado varía en razón de mayores costos de los elementos que lo componen, previa notificación a los asegurados, con una anticipación de TREINTA (30) días, de los nuevos capitales asegurados y aceptación por parte de los mismos y/o Tomador.

Artículo 4º - Carácter del Beneficio

El beneficio de esta cláusula es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la póliza y, en consecuencia, la Aseguradora no hará por tal concepto, deducción alguna de la suma asegurada a pagarse por cualquiera de ellos.

Artículo 5º - Indemnización en Efectivo

Contrariamente a lo estipulado en el Artículo 3º, la Aseguradora abonará como máximo la suma individual asegurada a la persona que haya pagado el servicio de sepelio únicamente cuando:

- No pudiera lograrse la prestación directa del servicio de sepelio por alguna de las empresas de servicios fúnebres que figuran en la nómina adjunta a la presente póliza y a los Certificados Individuales o en sus actualizaciones futuras; por causas no imputables al solicitante; o
- La inhumación se efectuase sin intervención de alguna de las empresas adheridas por ocurrir el fallecimiento en el extranjero o en lugares dentro del país en los que en un radio de TREINTA (30) kilómetros no surja de la nómina una empresa de servicios fúnebres.

Artículo 6º - Comprobación de la Cobertura

Corresponde al Tomador, Parientes, Personas allegadas o Herederos Legales, según corresponda:

- a. Denunciar la ocurrencia del fallecimiento conforme el plazo definido en Condiciones Particulares y Certificado Individual.
- b. Facilitar cualquier comprobación o aclaración, con gastos a cargo de la Aseguradora.
- c. En los casos previstos en el Artículo 5º, adicionalmente deberá presentar el comprobante original de los gastos realizados por el Sepelio.

Artículo 7° - Finalización de la Cobertura

La cobertura que esta cláusula otorga terminará en la fecha en que se verifique alguno de los eventos previstos en el Artículo 17 de las Condiciones Generales Comunes o en los siguientes casos:

- a. Cuando el Asegurado cumpla la Edad Máxima de Permanencia establecida en las Condiciones Particulares para la presente cláusula adicional. La continuidad de cobro de prima correspondiente a ese Asegurado, luego del arribo a tal edad máxima, se considerará como prórroga de vigencia hasta finalizado el período de riesgo cubierto amparado por dicha prima.
- b. Por la renuncia a continuar asegurado por la presente cláusula.
- c. Al caducar o rescindirse la presente cláusula adicional.

La renuncia a que se refiere el punto b), deberá ser comunicada por medio fehaciente a la Aseguradora por intermedio del Tomador dentro de los TREINTA (30) días corridos desde la fecha en la cual se produjera dicho evento.

En todos los casos, la rescisión de la cobertura operará al término del mes por el cual se hubieren descontado primas, y se devolverá la prima no ganada, si la hubiere, correspondiente a la cobertura rescindida.

NOTA: Podrán ser asegurados los Hijos o menores a cargo del Asegurado Titular y/o su Cónyuge/Conviviente, menores de CATORCE (14) años de edad. Únicamente podrán ser incluidos por el Asegurado Titular.

Será requisito indispensable para la inclusión en el seguro, que el Asegurado Titular declare ante el Tomador la identidad de los hijos o menores a cargo, y será responsable de su actualización en cada oportunidad en que se produzcan modificaciones.

NOTA: En caso de contratación de la presente cláusula, deberá entregar la nómina de Empresas de Servicios Fúnebres junto con las Condiciones Particulares y/o Certificado Individual.

V - COL - 6.1 – CLÁUSULA ADICIONAL – MUERTE ACCIDENTAL – COBERTURA ADICIONAL

Artículo 1° - Riesgo Cubierto

La Aseguradora concederá el beneficio que acuerda la presente cláusula cuando el Asegurado fallezca como consecuencia de lesiones corporales producidas directa y exclusivamente por un accidente, experimentadas dentro de los CIENTO OCHENTA (180) días del accidente, siempre que este ocurra durante la vigencia de la presente cláusula en el Certificado Individual. Se entenderá por “accidente” a todo hecho externo, violento, fortuito e independiente de la voluntad del Asegurado.

Se excluyen expresamente los casos que sean consecuencia de enfermedades o infecciones de cualquier naturaleza.

Artículo 2° - Riesgos no Cubiertos

La Aseguradora no pagará el beneficio cuando el fallecimiento por accidente se produjera como consecuencia de los Riesgos no Cubiertos establecidos en el Anexo de Condiciones Particulares.

Artículo 3° - Beneficio

La Aseguradora, comprobado el accidente, abonará a los beneficiarios designados, la suma asegurada vigente a la fecha de ocurrencia del accidente, para la presente Cláusula Adicional indicada en el Certificado Individual.

El pago del beneficio se realizará dentro de los QUINCE (15) días de denunciado el fallecimiento o de recibidas las constancias y pruebas requeridas por la Aseguradora, establecidas en el Artículo 5°, lo que ocurra con posterioridad.

Artículo 4° - Carácter del Beneficio

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

Artículo 5° - Comprobación del Accidente

Corresponde al Beneficiario o Tomador:

- a) Denunciar la ocurrencia del accidente conforme el plazo definido en Condiciones Particulares y Certificado Individual, el cual nunca será inferior a los TRES (3) días, contados desde la ocurrencia del mismo, o desde que el denunciante conozca la existencia del beneficio, lo que fuera posterior, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.
- b) Entregar copia legalizada de la partida de defunción.
- c) Presentar las constancias médicas y/o testimoniales; como así también las pruebas del accidente.
- d) Facilitar cualquier comprobación o aclaración, con gastos a cargo de la Aseguradora.

Artículo 6° - Valuación por Peritos

Si en la apreciación del evento surgieran divergencias entre las partes, las mismas serán definidas por DOS (2) médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los OCHO (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 TREINTA (30) días y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de QUINCE (15) días.

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

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

Artículo 7º - Finalización de la Cobertura

La cobertura que esta cláusula otorga terminará en la fecha en que se verifique alguno de los eventos previstos en el Artículo 17 de las Condiciones Generales Comunes o en los siguientes casos:

- a) Cuando el Asegurado cumpla la Edad Máxima de Permanencia establecida en las Condiciones Particulares para la presente cláusula adicional. La continuidad de cobro de prima correspondiente a ese Asegurado, luego del arribo a tal edad máxima, se considerará como prórroga de vigencia hasta finalizado el período de riesgo cubierto amparado por dicha prima.
- b) Por la renuncia a continuar asegurado por la presente cláusula.
- c) Al caducar o rescindirse la presente cláusula adicional.

La renuncia a que se refiere el punto b), deberá ser comunicada por medio fehaciente a la Aseguradora por intermedio del Tomador dentro de los TREINTA (30) días corridos desde la fecha en la cual se produjera dicho evento.

En todos los casos, la rescisión de la cobertura operará al término del mes por el cual se hubieren descontado primas, y se devolverá la prima no ganada, si la hubiere, correspondiente a la cobertura rescindida.

V - COL - 6.2 – CLÁUSULA ADICIONAL – MUERTE Y/O PÉRDIDAS PARCIALES POR ACCIDENTE (Cobertura de Pérdidas Parciales Definidas en Condiciones Particulares) – BENEFICIO ADICIONAL

Artículo 1º - Riesgo Cubierto

La Aseguradora concederá al Asegurado el beneficio que acuerda la presente cláusula cuando el mismo fallezca o sufra las pérdidas definidas en las Condiciones Particulares y Certificado Individual, a consecuencia de lesiones corporales producidas directa y exclusivamente por un accidente, experimentadas dentro de los CIENTO OCHENTA (180) días de sufrido el accidente, siempre que este ocurra durante la vigencia de la presente cláusula en el Certificado Individual. Se entenderá por accidente a todo hecho externo, violento, fortuito e independiente

de la voluntad del Asegurado.

Se excluyen expresamente los casos que sean consecuencia de enfermedades o infecciones de cualquier naturaleza.

Artículo 2° - Riesgos no Cubiertos

La Aseguradora no pagará el beneficio cuando el accidente se produjera como consecuencia de los Riesgos no Cubiertos establecidos en el Anexo de Condiciones Particulares.

Artículo 3° - Beneficio

En caso que el Asegurado se encuentre cubierto por el riesgo de fallecimiento, la Aseguradora, comprobado el fallecimiento por accidente, abonará a los beneficiarios designados el CIEN POR CIENTO (100%) del capital asegurado de la presente cláusula indicado en el Certificado Individual.

Si el Asegurado se encuentra cubierto por alguna de las pérdidas por accidente definidas en las Condiciones Particulares y en el Certificado Individual y ocurriera un accidente en el cual sufra una pérdida indemnizable, la Aseguradora abonará el porcentaje del capital asegurado estipulado en las mismas.

En caso de varias pérdidas en uno o más accidentes amparados por esta Cláusula Adicional, la Aseguradora abonará la indemnización que corresponda a la suma de los respectivos porcentajes, hasta el límite del Capital Asegurado. Cuando esa suma sea del OCHENTA POR CIENTO (80%) o más, se pagará la indemnización máxima prevista por esta cláusula (CIEN POR CIENTO -100%- del capital asegurado).

Si las consecuencias de un accidente ya indemnizado se agravaran y, durante el transcurso de los DOCE (12) meses siguientes a la fecha del accidente, ocasionaran otra u otras pérdidas o la muerte, la Aseguradora pagará cualquier diferencia que pudiera corresponder hasta alcanzar el monto del capital asegurado máximo establecido para esta cláusula.

El pago del beneficio se realizará dentro de los QUINCE (15) días de notificado el accidente o de recibidas las constancias y pruebas requeridas por la Aseguradora, lo que ocurra con posterioridad.

Artículo 4° - Carácter del Beneficio

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

Artículo 5° - Comprobación del Accidente

Corresponde al Asegurado, Beneficiario o Tomador:

- a) Denunciar la ocurrencia del accidente conforme el plazo definido en Condiciones Particulares y Certificado Individual, el cual nunca será inferior a los TRES (3) días, contados desde la ocurrencia del mismo, o desde que el denunciante conozca la existencia del beneficio, lo que fuera posterior, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.
- b) Presentar las constancias médicas y/o testimoniales, como así también las pruebas del accidente.
- c) Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta DOS (2) exámenes médicos por facultativos designados por la Aseguradora y con gastos a cargo de ésta.
- d) Adoptar todas las medidas posibles conducentes a disminuir las consecuencias del accidente.

La Aseguradora se reserva el derecho de gestionar la exhumación del cadáver y practicar la autopsia en presencia de unos de sus facultativos, con gastos a cargo de la misma.

Artículo 6° - Valuación por Peritos

Si en la apreciación del evento surgieran divergencias entre las partes, las mismas serán definidas por DOS (2) médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los OCHO (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 TREINTA (30) días y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de QUINCE (15) días.

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

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

Artículo 7° - Finalización de la Cobertura

La cobertura que esta cláusula otorga terminará en la fecha en que se verifique alguno de los eventos previstos en el Artículo 17 de las Condiciones Generales Comunes o en los siguientes casos:

- a) Cuando el Asegurado cumpla la Edad Máxima de Permanencia establecida en las Condiciones Particulares para la presente cláusula adicional. La continuidad de cobro de prima correspondiente a ese Asegurado, luego del arribo a tal edad máxima, se considerará como prórroga de vigencia hasta finalizado el período de riesgo cubierto amparado por dicha prima.
- b) Por la renuncia a continuar asegurado por la presente cláusula.
- c) Al caducar o rescindirse la presente cláusula adicional.

d) Por el pago de la totalidad del beneficio que acuerda la presente cláusula adicional.

La renuncia a que se refiere el punto b), deberá ser comunicada por medio fehaciente a la Aseguradora por intermedio del Tomador dentro de los TREINTA (30) días corridos desde la fecha en la cual se produjera dicho evento.

En todos los casos, la rescisión de la cobertura operará al término del mes por el cual se hubieren descontado primas, y se devolverá la prima no ganada, si la hubiere, correspondiente a la cobertura rescindida.

V - COL - 6.3 – CLÁUSULA ADICIONAL – MUERTE ACCIDENTAL SIMULTÁNEA DEL ASEGURADO Y SU CÓNYUGE Y/O CONVIVIENTE – BENEFICIO ADICIONAL

Artículo 1º - Riesgo Cubierto

La Aseguradora concederá el beneficio que acuerda la presente cláusula cuando el Asegurado Titular y su Cónyuge/Conviviente Asegurado por esta póliza, fallezcan como consecuencia de lesiones corporales producidas directa y exclusivamente por un accidente, experimentadas dentro de los CIENTO OCHENTA (180) días del accidente, siempre que este ocurra durante la vigencia de la presente cláusula en el Certificado Individual. Se entenderá por accidente a todo hecho externo, violento, fortuito e independiente de la voluntad del Asegurado.

Se excluyen expresamente los casos que sean consecuencia de enfermedades o infecciones de cualquier naturaleza.

Artículo 2º - Riesgos no Cubiertos

La Aseguradora no pagará el beneficio cuando el fallecimiento por accidente se produjera como consecuencia de los Riesgos no Cubiertos establecidos en el Anexo de Condiciones Particulares.

Artículo 3º - Beneficio

La Aseguradora, comprobado el accidente, abonará a los beneficiarios designados, la suma asegurada vigente a la fecha de ocurrencia del accidente, para la presente Cláusula Adicional indicada en el Certificado Individual.

El pago del beneficio se realizará dentro de los QUINCE (15) días de denunciado el fallecimiento o de recibidas las constancias y pruebas requeridas por la Aseguradora, establecidas en el Artículo 5º, lo que ocurra con posterioridad.

Artículo 4º - Carácter del Beneficio

La indemnización por accidente es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la póliza y, en

consecuencia, la Aseguradora no hará por tal concepto, deducción alguna de la suma asegurada a pagarse por cualquiera de ellos.

Artículo 5° - Comprobación del Accidente

Corresponde al Beneficiario o Tomador:

- a) Denunciar la ocurrencia del accidente conforme el plazo definido en Condiciones Particulares y Certificado Individual, el cual nunca será inferior a los TRES (3) días, contados desde la ocurrencia del mismo, o desde que el denunciante conozca la existencia del beneficio, lo que fuera posterior, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.
- b) Entregar copia legalizada de las partidas de defunción.
- c) Presentar las constancias médicas y/o testimoniales; como así también las pruebas del accidente.
- d) Facilitar cualquier comprobación o aclaración, con gastos a cargo de la Aseguradora.

La Aseguradora se reserva el derecho de gestionar la exhumación de los cadáveres y practicar la autopsia en presencia de unos de sus facultativos, con gastos a cargo de la misma.

Artículo 6° - Finalización de la Cobertura

La cobertura que esta cláusula otorga terminará en la fecha en que se verifique alguno de los eventos previstos en el Artículo 17 de las Condiciones Generales Comunes o en los siguientes casos:

- a) Cuando el Asegurado cumpla la Edad Máxima de Permanencia establecida en las Condiciones Particulares para la presente cláusula adicional. La continuidad de cobro de prima correspondiente a ese Asegurado, luego del arribo a tal edad máxima, se considerará como prórroga de vigencia hasta finalizado el período de riesgo cubierto amparado por dicha prima.
- b) Por la renuncia a continuar asegurado por la presente cláusula;
- c) Al caducar o rescindirse la presente cláusula adicional;

La renuncia a que se refiere el punto b), deberá ser comunicada por medio fehaciente a la Aseguradora por intermedio del Tomador dentro de los TREINTA (30) días corridos desde la fecha en la cual se produjera dicho evento.

En todos los casos, la rescisión de la cobertura operará al término del mes por el cual se hubieren descontado primas, y se devolverá la prima no ganada, si la hubiere, correspondiente a la cobertura rescindida.

V - COL - 7.1 – CLÁUSULA ADICIONAL – INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE: LIQUIDACIÓN DEL CAPITAL ASEGURADO –BENEFICIO SUSTITUTIVO

Artículo 1º - Riesgo Cubierto

La Aseguradora concederá al Asegurado el beneficio que acuerda la presente cláusula cuando el mismo se encuentre en un estado de invalidez total y permanente, como consecuencia de enfermedad o accidente, y dicho estado no le permita desempeñar por cuenta propia o en relación de dependencia cualquier actividad remunerativa, siempre que tal estado haya continuado ininterrumpidamente como mínimo por el plazo de espera indicado en Condiciones Particulares, y se hubiese iniciado durante la vigencia de la presente cláusula en el Certificado Individual.

El plazo de espera señalado en el párrafo anterior se computará:

- En caso de enfermedad, a partir de la fecha que los médicos dictaminen como fecha de inicio de la invalidez. En caso de no poder dictaminarse la misma, el plazo se computará desde la fecha de denuncia del siniestro.
- En caso de accidente, a partir de la fecha de ocurrencia del mismo.

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

Se excluyen expresamente los casos que afecten al Asegurado en forma parcial o temporal.

Sin perjuicio de otras causas, la Aseguradora podrá reconocer como invalidez total y permanente las definidas en las Condiciones Particulares.

Artículo 2º - Riesgos no Cubiertos

La Aseguradora no pagará el beneficio cuando la invalidez se produjera como consecuencia de los Riesgos no Cubiertos establecidos en el Anexo de Condiciones Particulares.

Artículo 3º - Beneficio

La Aseguradora, comprobada la invalidez, abonará al Asegurado una indemnización igual al capital asegurado definido en el Certificado Individual, dentro del plazo estipulado en el Artículo 49 segundo párrafo de la Ley de Seguros.

Artículo 4º - Carácter del Beneficio

El beneficio acordado por invalidez es sustitutivo del capital asegurado que debiera liquidarse en caso de muerte del Asegurado, de modo que con el pago al que se refiere el artículo anterior, la Aseguradora queda liberada de

cualquier obligación con respecto a dicho Asegurado, salvo las obligaciones pendientes a la fecha del siniestro.

Si el monto abonado por invalidez resultara inferior a la suma asegurada por muerte, dicha liberación será parcial por un importe igual al capital liquidado por invalidez permanente.

Artículo 5° - Comprobación de la Invalidez

Corresponde al Tomador, Asegurado o su representante:

- a) Denunciar la existencia de la invalidez conforme el plazo definido en Condiciones Particulares y Certificado Individual, el cual nunca será inferior a los TRES (3) días, contados desde la ocurrencia del mismo, o desde que el denunciante conozca la existencia del beneficio, lo que fuera posterior, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.
- b) Presentar las constancias médicas y/o testimoniales de su comienzo y causas.
- c) Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta DOS (2) exámenes médicos por facultativos designados por la Aseguradora y con gastos a cargo de ésta.

Artículo 6° - Plazo de Prueba

La Aseguradora dentro de los QUINCE (15) días de recibida la denuncia y/o las constancias a las que se refiere el artículo anterior contados desde la fecha que sea posterior, deberá comunicar al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. Si las comprobaciones a las que se refiere el Artículo 5° no resultaran concluyentes en cuanto al carácter total y permanente de la invalidez, la Aseguradora podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor a TRES (3) meses, a fin de confirmar el diagnóstico.

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

El Asegurado deberá seguir abonando las primas correspondientes al período de comprobación del diagnóstico. Confirmado el mismo, la Aseguradora reembolsará las extraprimas de esta Cláusula Adicional abonadas durante el plazo de comprobación.

Artículo 7° - Valuación por Peritos

Si en la apreciación del evento surgieran divergencias entre las partes, las mismas serán definidas por DOS (2) médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los OCHO (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 TREINTA (30) días y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de QUINCE (15) días.

Si una de las partes omitiera designar médico dentro del octavo día de requerido por la otra, o si el tercer

facultativo no fuera electo en el plazo establecido en el primer párrafo, la parte más diligente previa intimación a la otra, procederá a su designación.

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

Artículo 8° - Finalización de la Cobertura

La cobertura que esta cláusula otorga terminará en la fecha en que se verifique alguno de los eventos previstos en el Artículo 17 de las Condiciones Generales Comunes o en los siguientes casos:

- a) Cuando el Asegurado cumpla la Edad Máxima de Permanencia establecida en las Condiciones Particulares para la presente cláusula. La continuidad de cobro de prima correspondiente a ese Asegurado, luego del arribo a tal edad máxima, se considerará como prórroga de vigencia hasta finalizado el período de riesgo cubierto amparado por dicha prima.
- b) Por la renuncia a continuar asegurado por la presente cláusula.
- c) Al caducar o rescindir la presente cláusula adicional.
- d) Por el pago del beneficio que acuerda la presente cláusula adicional.

La renuncia a que se refiere el punto b), deberá ser comunicada por medio fehaciente a la Aseguradora por intermedio del Tomador dentro de los TREINTA (30) días corridos desde la fecha en la cual se produjera dicho evento.

En todos los casos, la rescisión de la cobertura operará al término del mes por el cual se hubieren descontado primas, y se devolverá la prima no ganada, si la hubiere, correspondiente a la cobertura rescindida.

NOTA: Las causales definidas taxativamente en Condiciones Particulares eximirán de comprobación para determinar la invalidez total y permanente.

V - COL - 7.2 – CLÁUSULA ADICIONAL – INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE: LIQUIDACIÓN DEL CAPITAL ASEGURADO – BENEFICIO SUSTITUTIVO

Artículo 1° - Riesgo Cubierto

La Aseguradora concederá al Asegurado el beneficio que acuerda la presente cláusula cuando el mismo se encuentre en un estado de invalidez total y permanente, como consecuencia de accidente, y dicho estado no le permita desempeñar por cuenta propia o en relación de dependencia cualquier actividad remunerativa, siempre que tal estado haya continuado ininterrumpidamente como mínimo por el plazo de espera indicado en

Condiciones Particulares, y se hubiese iniciado durante la vigencia de la presente cláusula en el Certificado Individual.

Se excluyen expresamente los casos que afecten al Asegurado en forma parcial o temporal y aquellas que sean consecuencia de enfermedades o infecciones de cualquier naturaleza.

Se entenderá por “accidente” a todo hecho externo, violento, fortuito e independiente de la voluntad del Asegurado.

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

Artículo 2º - Riesgos no Cubiertos

La Aseguradora no pagará el beneficio cuando la invalidez se produjera como consecuencia de los Riesgos no Cubiertos establecidos en el Anexo de Condiciones Particulares.

Artículo 3º - Beneficio

La Aseguradora, comprobada la invalidez, abonará al Asegurado una indemnización igual al capital asegurado definido en el Certificado Individual, dentro del plazo estipulado en el Artículo 49 segundo párrafo de la Ley de Seguros.

Artículo 4º - Carácter del Beneficio

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

Si el monto abonado por invalidez resultara inferior a la suma asegurada por muerte, dicha liberación será parcial por un importe igual al capital liquidado por invalidez permanente.

Artículo 5º - Comprobación de la Invalidez

Corresponde al Tomador, Asegurado o su representante:

a) Denunciar la ocurrencia del accidente y la existencia de la invalidez conforme el plazo definido en Condiciones Particulares y Certificado Individual, el cual nunca será inferior a los TRES (3) días, contados desde la ocurrencia del mismo, o desde que el denunciante conozca la existencia del beneficio, lo que fuera posterior, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.

- b) Presentar las constancias médicas y/o testimoniales de su comienzo y causas; como así también las constancias y pruebas del accidente que le diera origen;
- c) Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta DOS (2) exámenes médicos por facultativos designados por la Aseguradora y con gastos a cargo de ésta.
- d) Adoptar todas las medidas posibles conducentes a disminuir las consecuencias del accidente.

Artículo 6° - Plazo de Prueba

La Aseguradora dentro de los QUINCE (15) días de recibida la denuncia y/o las constancias a las que se refiere el artículo anterior contados desde la fecha que sea posterior, deberá comunicar al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. Si las comprobaciones a las que se refiere el Artículo 5° no resultaran concluyentes en cuanto al carácter total y permanente de la invalidez, la Aseguradora podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor a TRES (3) meses, a fin de confirmar el diagnóstico.

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

El Asegurado deberá seguir abonando las primas correspondientes al período de comprobación del diagnóstico. Confirmado el mismo, la Aseguradora reembolsará las extraprimas de esta Cláusula Adicional abonadas durante el plazo de comprobación.

Artículo 7° - Valuación por Peritos

Si en la apreciación del evento surgieran divergencias entre las partes, las mismas serán definidas por DOS (2) médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los OCHO (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 TREINTA (30) días y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de QUINCE (15) días.

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

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

Artículo 8° - Finalización de la Cobertura

La cobertura que esta cláusula otorga terminará en la fecha en que se verifique alguno de los eventos previstos en

el Artículo 17 de las Condiciones Generales Comunes o en los siguientes casos:

- a) Cuando el Asegurado cumpla la Edad Máxima de Permanencia establecida en las Condiciones Particulares para la presente cláusula adicional. La continuidad de cobro de prima correspondiente a ese Asegurado, luego del arribo a tal edad máxima, se considerará como prórroga de vigencia hasta finalizado el período de riesgo cubierto amparado por dicha prima.
- b) Por la renuncia a continuar asegurado por la presente cláusula.
- c) Al caducar o rescindirse la presente cláusula adicional.
- d) Por el pago del beneficio que acuerda la presente cláusula adicional.

La renuncia a que se refiere el punto b), deberá ser comunicada por medio fehaciente a la Aseguradora por intermedio del Tomador dentro de los TREINTA (30) días corridos desde la fecha en la cual se produjera dicho evento.

En todos los casos, la rescisión de la cobertura operará al término del mes por el cual se hubieren descontado primas, y se devolverá la prima no ganada, si la hubiere, correspondiente a la cobertura rescindida.

V - COL - 7.3 – CLÁUSULA ADICIONAL – INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE PROFESIONAL: LIQUIDACIÓN DEL CAPITAL ASEGURADO – BENEFICIO SUSTITUTIVO

Artículo 1º - Riesgo Cubierto

La Aseguradora concederá al Asegurado el beneficio que acuerda la presente cláusula cuando el mismo se encuentre en un estado de invalidez total y permanente, como consecuencia de enfermedad o accidente, y dicho estado no le permita desempeñar por cuenta propia o en relación de dependencia su actividad remunerativa habitual, siempre que tal estado haya continuado ininterrumpidamente como mínimo por el plazo de espera indicado en Condiciones Particulares, y se hubiese iniciado durante la vigencia de la presente cláusula en el Certificado Individual.

El plazo de espera señalado en el párrafo anterior se computará:

- En caso de enfermedad, a partir de la fecha que los médicos dictaminen como fecha de inicio de la invalidez. En caso de no poder dictaminarse la misma, el plazo se computará desde la fecha de denuncia del siniestro.
- En caso de accidente, a partir de la fecha de ocurrencia del mismo.

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

Se excluyen expresamente los casos que afecten al Asegurado en forma parcial o temporal.

Artículo 2° - Riesgos no Cubiertos

La Aseguradora no pagará el beneficio cuando la invalidez se produjera como consecuencia de los Riesgos no Cubiertos establecidos en el Anexo de Condiciones Particulares.

Artículo 3° - Beneficio

La Aseguradora, comprobada la invalidez, abonará al Asegurado una indemnización igual al capital asegurado definido en el Certificado Individual, dentro del plazo estipulado en el Artículo 49 segundo párrafo de la Ley de Seguros.

Artículo 4° - Carácter del Beneficio

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

Si el monto abonado por invalidez resultara inferior a la suma asegurada por muerte, dicha liberación será parcial por un importe igual al capital liquidado por invalidez permanente.

Artículo 5° - Comprobación de la Invalidez

Corresponde al Tomador, Asegurado o su representante:

- a) Denunciar la existencia de la invalidez conforme el plazo definido en Condiciones Particulares y Certificado Individual, el cual nunca será inferior a los TRES (3) días, contados desde la ocurrencia del mismo, o desde que el denunciante conozca la existencia del beneficio, lo que fuera posterior, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.
- b) Presentar las constancias médicas y/o testimoniales de su comienzo y causas.
- c) Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta DOS (2) exámenes médicos por facultativos designados por la Aseguradora y con gastos a cargo de ésta.

Artículo 6° - Plazo de Prueba

La Aseguradora dentro de los QUINCE (15) días de recibida la denuncia y/o las constancias a las que se refiere el artículo anterior contados desde la fecha que sea posterior, deberá comunicar al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. Si las comprobaciones a las que se refiere el Artículo 5° no resultaran concluyentes en cuanto al carácter total y permanente de la invalidez, la Aseguradora podrá ampliar

el plazo de prueba por un término no mayor a TRES (3) meses, a fin de confirmar el diagnóstico.

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

El Asegurado deberá seguir abonando las primas correspondientes al período de comprobación del diagnóstico. Confirmado el mismo, la Aseguradora reembolsará las extraprimas de esta Cláusula Adicional abonadas durante el plazo de comprobación.

Artículo 7º - Valuación por Peritos

Si en la apreciación del evento surgieran divergencias entre las partes, las mismas serán definidas por DOS (2) médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los OCHO (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 TREINTA (30) días y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de QUINCE (15) días.

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

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

Artículo 8º - Finalización de la Cobertura

La cobertura que esta cláusula otorga terminará en la fecha en que se verifique alguno de los eventos previstos en el Artículo 17 de las Condiciones Generales Comunes o en los siguientes casos:

- a) Cuando el Asegurado cumpla la Edad Máxima de Permanencia establecida en las Condiciones Particulares para la presente cláusula adicional. La continuidad de cobro de prima correspondiente a ese Asegurado, luego del arribo a tal edad máxima, se considerará como prórroga de vigencia hasta finalizado el período de riesgo cubierto amparado por dicha prima.
- b) Por la renuncia a continuar asegurado por la presente cláusula.
- c) Al caducar o rescindirse la presente cláusula adicional.
- d) Por el pago del beneficio que acuerda la presente cláusula adicional.

La renuncia a que se refiere el punto b), deberá ser comunicada por medio fehaciente a la Aseguradora por intermedio del Tomador dentro de los TREINTA (30) días corridos desde la fecha en la cual se produjera dicho evento.

En todos los casos, la rescisión de la cobertura operará al término del mes por el cual se hubieren descontado primas, y se devolverá la prima no ganada, si la hubiere, correspondiente a la cobertura rescindida.

V - COL - 7.4 – CLÁUSULA ADICIONAL DE INVALIDEZ FÍSICA TOTAL, PERMANENTE E IRREVERSIBLE –TAXATIVA (Invalideces Definidas en Condiciones Particulares) – BENEFICIO SUSTITUTIVO

Artículo 1º - Riesgo Cubierto

La Aseguradora concederá al Asegurado el beneficio que acuerda la presente cláusula cuando el mismo se encuentre en un estado de invalidez física total, permanente e irreversible, no pasible de ser revertido por tratamientos médicos y/o quirúrgicos como consecuencia de enfermedad o accidente, definido taxativamente en las Condiciones Particulares y Certificado Individual, y dicho estado no le permita desempeñar por cuenta propia o en relación de dependencia cualquier actividad remunerativa, siempre que tal estado haya continuado ininterrumpidamente como mínimo por el plazo de espera indicado en Condiciones Particulares, y se hubiese iniciado durante la vigencia de la presente cláusula en el Certificado Individual.

El plazo de espera señalado en el párrafo anterior se computará:

- En caso de enfermedad, a partir de la fecha que los médicos dictaminen como fecha de inicio de la invalidez física total, permanente e irreversible. En caso de no poder dictaminarse la misma, el plazo se computará desde la fecha de denuncia del siniestro.
- En caso de accidente, a partir de la fecha de ocurrencia del mismo.

En las denuncias de invalidez, la Aseguradora procederá a su reconocimiento de acuerdo con las constancias médicas y demás elementos mencionados en el Artículo 6º, siempre que sean razonablemente demostrativos del estado de invalidez física total, permanente e irreversible.

Se excluyen expresamente los casos que afecten al Asegurado en forma parcial o temporal.

Artículo 2º - Riesgos no Cubiertos

La Aseguradora no pagará el beneficio cuando la invalidez se produjera como consecuencia de los Riesgos no Cubiertos establecidos en el Anexo de Condiciones Particulares.

Artículo 3º - Beneficio

La Aseguradora, comprobada la invalidez física total, permanente e irreversible, abonará al Asegurado una indemnización igual al capital asegurado definido en el Certificado Individual, dentro del plazo estipulado en el Artículo 49 segundo párrafo de la Ley de Seguros.

Artículo 4º - Carácter del Beneficio

El beneficio acordado por invalidez física total, permanente e irreversible es sustitutivo del capital asegurado que debiera liquidarse en caso de muerte del Asegurado, de modo que con el pago al que se refiere el artículo anterior, la Aseguradora queda liberado de cualquier obligación con respecto a dicho Asegurado, salvo las obligaciones pendientes a la fecha del siniestro.

Si el monto abonado por invalidez resultara inferior a la suma asegurada por muerte, dicha liberación será parcial por un importe igual al capital liquidado por invalidez permanente.

Artículo 5º - Determinación de la Invalidez a través de Invalideces Parciales

Si el Asegurado padeciera distintas invalideces físicas, permanentes e irreversibles, sólo se considerará que el Asegurado padece una invalidez física total, permanente e irreversible, cuando la sumatoria de estas invalideces supere el SESENTA Y SEIS POR CIENTO (66%) de la capacidad física del Asegurado y siempre y cuando una de las discapacidades represente como mínimo un CUARENTA POR CIENTO (40%) de la invalidez total. A los efectos de distinguir las distintas invalideces físicas permanentes, la Aseguradora se basará en el Baremo Médico indicado en las Condiciones Particulares.

La determinación del estado de invalidez será obtenida del siguiente modo:

- a) Se realizará una evaluación cuantitativa de los porcentajes correspondientes a cada una de las invalideces físicas permanentes e irreversibles padecidas por el Asegurado, en función de las pruebas, diagnósticos y demás estudios efectuados al asegurado.
- b) Una vez obtenidos los porcentajes de todas las invalideces se procederá al ordenamiento decreciente de los mismos.
- c) Al CIEN POR CIENTO (100%) de la capacidad física se restará el porcentaje de la invalidez parcial, que del ordenamiento establecido en el inciso b) precedente, resulte ser la mayor, obteniendo la capacidad física remanente.
- d) Al porcentaje de capacidad física remanente obtenido en el inciso c) precedente, se aplicará el porcentaje correspondiente a la segunda invalidez parcial y el cálculo resultante establecerá el porcentaje que será restado a dicha capacidad, obteniendo de este modo una nueva capacidad física remanente. El mismo criterio se practicará en forma sucesiva a las demás invalideces parciales que pudieran presentarse.
- e) El porcentaje de invalidez del asegurado, surgirá de restar a la capacidad total mencionada en el inciso c) (CIEN POR CIENTO -100 %-), la última capacidad física remanente obtenida.

Artículo 6º - Comprobación de la Invalidez Física Total, Permanente e Irreversible

Corresponde al Tomador, Asegurado o su representante:

- a) Denunciar la existencia de la invalidez física total, permanente e irreversible conforme el plazo definido en Condiciones Particulares y Certificado Individual, el cual nunca será inferior a los TRES (3) días, contados desde la ocurrencia del mismo, o desde que el denunciante conozca la existencia del beneficio, lo que fuere posterior, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.
- b) Presentar las constancias médicas y/o testimoniales de su comienzo y causas;
- c) Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta DOS (2) exámenes médicos por facultativos designados por la Aseguradora y con gastos a cargo de ésta.

Artículo 7° - Plazo de Prueba

La Aseguradora dentro de los QUINCE (15) días de recibida la denuncia y/o las constancias a las que se refiere el artículo anterior contados desde la fecha que sea posterior, deberá comunicar al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. Si las comprobaciones a que se refiere el Artículo 6° no resultaran concluyentes en cuanto al carácter total, permanente e irreversible de la invalidez, la Aseguradora podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor a TRES (3) meses, a fin de confirmar el diagnóstico.

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

El Asegurado deberá seguir abonando las primas correspondientes al período de comprobación del diagnóstico. Confirmado el mismo, la Aseguradora reembolsará las extraprimas de esta Cláusula Adicional abonadas durante el plazo de comprobación.

Artículo 8° - Valuación por Peritos

Si en la apreciación del evento surgieran divergencias entre las partes, las mismas serán definidas por DOS (2) médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los OCHO (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 TREINTA (30) días y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de QUINCE (15) días.

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

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

Artículo 9° - Finalización de la Cobertura

La cobertura que esta cláusula otorga terminará en la fecha en que se verifique alguno de los eventos previstos en el Artículo 17° de las Condiciones Generales Comunes o en los siguientes casos:

- a) Cuando el Asegurado cumpla la Edad Máxima de Permanencia establecida en las Condiciones Particulares para la presente cláusula adicional. La continuidad de cobro de prima correspondiente a ese Asegurado, luego del arribo a tal edad máxima, se considerará como prórroga de vigencia hasta finalizado el período de riesgo cubierto amparado por dicha prima.
- b) Por la renuncia a continuar asegurado por la presente cláusula;
- c) Al caducar o rescindir la presente cláusula adicional;
- d) Por el pago del beneficio que acuerda la presente cláusula adicional.

La renuncia a que se refiere el punto b), deberá ser comunicada por medio fehaciente a la Aseguradora por intermedio del Tomador dentro de los TREINTA (30) días corridos desde la fecha en la cual se produjera dicho evento.

En todos los casos, la rescisión de la cobertura operará al término del mes por el cual se hubieren descontado primas, y se devolverá la prima no ganada, si la hubiere, correspondiente a la cobertura rescindida.

NOTA: Será requisito excluyente para acceder al beneficio previsto por la presente cobertura que una de las discapacidades represente como mínimo un CUARENTA POR CIENTO (40%) de la invalidez total.

V - COL - 8.1 – CLÁUSULA ADICIONAL – INVALIDEZ TEMPORARIA – BENEFICIO ADICIONAL

Artículo 1° - Riesgo Cubierto

La Aseguradora concederá al Asegurado el beneficio que acuerda la presente cláusula cuando el mismo se encuentre en un estado de invalidez temporal, como consecuencia de enfermedad o accidente, y dicho estado no le permita desempeñar por cuenta propia o en relación de dependencia su actividad habitual remunerativa, siempre que tal estado haya continuado ininterrumpidamente como mínimo por el plazo de espera indicado en Condiciones Particulares, y se hubiese iniciado durante la vigencia de la presente cláusula en el Certificado Individual.

El plazo de espera señalado en el párrafo anterior se computará:

- En caso de enfermedad, a partir de la fecha que los médicos dictaminen como fecha de inicio de la invalidez. En caso de no poder dictaminarse la misma, el plazo se computará desde la fecha de denuncia del siniestro.
- En caso de accidente, a partir de la fecha de ocurrencia del mismo.

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

Artículo 2º - Riesgos no Cubiertos

La Aseguradora no pagará el beneficio cuando la invalidez se produjera como consecuencia de los Riesgos no Cubiertos establecidos en el Anexo de Condiciones Particulares.

Artículo 3º - Beneficio

La Aseguradora, comprobada la invalidez, abonará la suma asegurada para la presente cláusula indicada en el Certificado Individual, dentro del plazo estipulado en el Artículo 49 segundo párrafo de la Ley de Seguros.

Artículo 4º - Carácter del Beneficio

El beneficio acordado por invalidez es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la póliza y, en consecuencia la Aseguradora no hará por tal concepto deducción alguna de la suma asegurada a pagarse por cualquiera de ellos.

Artículo 5º - Comprobación de la Invalidez

Corresponde al Tomador, Asegurado o su representante:

- a) Denunciar la existencia de la invalidez conforme el plazo definido en Condiciones Particulares y Certificado Individual, el cual nunca será inferior a los TRES (3) días, contados desde la ocurrencia del mismo, o desde que el denunciante conozca la existencia del beneficio, lo que fuera posterior, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.
- b) Presentar las constancias médicas y/o testimoniales de su comienzo y causas;
- c) Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta DOS (2) exámenes médicos por facultativos designados por la Aseguradora y con gastos a cargo de ésta.

Artículo 6º - Plazo de Prueba

La Aseguradora dentro de los QUINCE (15) días de recibida la denuncia y/o las constancias a las que se refiere el artículo anterior, contados desde la fecha que sea posterior, deberá comunicar al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. Si las comprobaciones a las que se refiere el Artículo 5º no resultaran concluyentes en cuanto al carácter de la invalidez, la Aseguradora podrá ampliar el plazo de prueba

por un término no mayor a TRES (3) meses, a fin de confirmar el diagnóstico.

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

El Asegurado deberá seguir abonando las primas correspondientes al período de comprobación del diagnóstico. Confirmado el mismo, la Aseguradora reembolsará las extraprimas de esta Cláusula Adicional abonadas durante el plazo de comprobación.

Artículo 7º - Valuación por Peritos

Si en la apreciación del evento surgieran divergencias entre las partes, las mismas serán definidas por DOS (2) médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los OCHO (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 TREINTA (30) días y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de QUINCE (15) días.

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

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

Artículo 8º - Finalización de la Cobertura

La cobertura que esta cláusula otorga terminará en la fecha en que se verifique alguno de los eventos previstos en el Artículo 17 de las Condiciones Generales Comunes o en los siguientes casos:

- a) Cuando el Asegurado cumpla la Edad Máxima de Permanencia establecida en las Condiciones Particulares para la presente cláusula adicional. La continuidad de cobro de prima correspondiente a ese Asegurado, luego del arribo a tal edad máxima, se considerará como prórroga de vigencia hasta finalizado el período de riesgo cubierto amparado por dicha prima.
- b) Por la renuncia a continuar asegurado por la presente cláusula.
- c) Al caducar o rescindirse la presente cláusula adicional.
- d) Por el pago del beneficio que acuerda la presente cláusula adicional.

La renuncia a que se refiere el punto b), deberá ser comunicada por medio fehaciente a la Aseguradora por intermedio del Tomador dentro de los TREINTA (30) días corridos desde la fecha en la cual se produjera dicho evento.

En todos los casos, la rescisión de la cobertura operará al término del mes por el cual se hubieren descontado primas, y se devolverá la prima no ganada, si la hubiere, correspondiente a la cobertura rescindida.

V - COL - 8.2 – CLÁUSULA ADICIONAL – INVALIDEZ TEMPORARIA POR ACCIDENTE – BENEFICIO ADICIONAL

Artículo 1º - Riesgo Cubierto

La Aseguradora concederá al Asegurado el beneficio que acuerda la presente cláusula cuando el mismo se encuentre en un estado de invalidez temporal, como consecuencia de accidente, y dicho estado no le permita desempeñar por cuenta propia o en relación de dependencia su actividad habitual remunerativa, siempre que tal estado haya continuado ininterrumpidamente como mínimo por el plazo de espera indicado en Condiciones Particulares, y se hubiese iniciado durante la vigencia de la presente cláusula en el Certificado Individual.

Se entenderá por “accidente” a todo hecho externo, violento, fortuito e independiente de la voluntad del Asegurado.

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

Artículo 2º - Riesgos no Cubiertos

La Aseguradora no pagará el beneficio cuando la invalidez se produjera como consecuencia de los Riesgos no Cubiertos establecidos en el Anexo de Condiciones Particulares.

Artículo 3º - Beneficio

La Aseguradora, comprobada la invalidez, abonará la suma asegurada para la presente cláusula indicada en el Certificado Individual, dentro del plazo estipulado en el Artículo 49 segundo párrafo de la Ley de Seguros.

Artículo 4º - Carácter del Beneficio

El beneficio acordado por invalidez es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la póliza y, en consecuencia la Aseguradora no hará por tal concepto deducción alguna de la suma asegurada a pagarse por cualquiera de ellos.

Artículo 5º - Comprobación de la Invalidez

Corresponde al Tomador, Asegurado o su representante:

- a) Denunciar la existencia de la invalidez conforme el plazo definido en Condiciones Particulares y Certificado Individual, el cual nunca será inferior a los TRES (3) días, contados desde la ocurrencia del mismo, o desde que el denunciante conozca la existencia del beneficio, lo que fuera posterior, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.
- b) Presentar las constancias médicas y/o testimoniales de su comienzo y causas; como así también las constancias y pruebas del accidente que le diera origen.
- c) Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta DOS (2) exámenes médicos por facultativos designados por la Aseguradora y con gastos a cargo de ésta.
- d) Adoptar todas las medidas posibles conducentes a disminuir las consecuencias del accidente.

Artículo 6° - Plazo de Prueba

La Aseguradora dentro de los QUINCE (15) días de recibida la denuncia y/o las constancias a las que se refiere el artículo anterior, contados desde la fecha que sea posterior, deberá comunicar al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. Si las comprobaciones a las que se refiere el Artículo 5° no resultaran concluyentes en cuanto al carácter de la invalidez, la Aseguradora podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor a TRES (3) meses, a fin de confirmar el diagnóstico.

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

El Asegurado deberá seguir abonando las primas correspondientes al período de comprobación del diagnóstico. Confirmado el mismo, la Aseguradora reembolsará las extraprimas de esta Cláusula Adicional abonadas durante el plazo de comprobación.

Artículo 7° - Valuación por Peritos

Si en la apreciación del evento surgieran divergencias entre las partes, las mismas serán definidas por DOS (2) médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los OCHO (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 TREINTA (30) días y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de QUINCE (15) días.

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

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

honorarios y gastos del tercer médico serán pagados en partes iguales por cada una de las partes.

Artículo 8° - Finalización de la Cobertura

La cobertura que esta cláusula otorga terminará en la fecha en que se verifique alguno de los eventos previstos en el Artículo 17 de las Condiciones Generales Comunes o en los siguientes casos:

- a) Cuando el Asegurado cumpla la Edad Máxima de Permanencia establecida en las Condiciones Particulares para la presente cláusula adicional. La continuidad de cobro de prima correspondiente a ese Asegurado, luego del arribo a tal edad máxima, se considerará como prórroga de vigencia hasta finalizado el período de riesgo cubierto amparado por dicha prima.
- b) Por la renuncia a continuar asegurado por la presente cláusula.
- c) Al caducar o rescindir la presente cláusula adicional.
- d) Por el pago del beneficio que acuerda la presente cláusula adicional.

La renuncia a que se refiere el punto b), deberá ser comunicada por medio fehaciente a la Aseguradora por intermedio del Tomador dentro de los TREINTA (30) días corridos desde la fecha en la cual se produjera dicho evento.

En todos los casos, la rescisión de la cobertura operará al término del mes por el cual se hubieren descontado primas, y se devolverá la prima no ganada, si la hubiere, correspondiente a la cobertura rescindida.

V - COL - 8.3 – CLÁUSULA ADICIONAL – INVALIDEZ TEMPORARIA – COBERTURA RETROACTIVA CON PAGO EN CUOTAS – BENEFICIO ADICIONAL

Artículo 1° - Riesgo Cubierto

La Aseguradora concederá al Asegurado el beneficio que acuerda la presente cláusula cuando el mismo se encuentre en un estado de invalidez temporal, como consecuencia de enfermedad o accidente, y dicho estado no le permita desempeñar por cuenta propia o en relación de dependencia su actividad habitual remunerativa, siempre que tal estado haya continuado ininterrumpidamente como mínimo por el plazo de espera indicado en Condiciones Particulares, y se hubiese iniciado durante la vigencia de la presente cláusula en el Certificado Individual.

El plazo de espera señalado en el párrafo anterior se computará:

- En caso de enfermedad, a partir de la fecha que los médicos dictaminen como fecha de inicio de la invalidez. En caso de no poder dictaminarse la misma, el plazo se computará desde la fecha de denuncia del siniestro.

- En caso de accidente, a partir de la fecha de ocurrencia del mismo.

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

Artículo 2º - Riesgos no Cubiertos

La Aseguradora no pagará el beneficio cuando la invalidez se produjera como consecuencia de los Riesgos no Cubiertos establecidos en el Anexo de Condiciones Particulares.

Artículo 3º - Beneficio

La Aseguradora, comprobada la invalidez, abonará al Asegurado una cuota periódica cuyo importe se indica en el Certificado Individual por cada período completo que transcurra mientras subsista la invalidez transitoria. La cuota se comenzará a abonar una vez superado el Período de Espera y sujeto al valor máximo fijado por la “Cantidad Máxima de Cuotas Cubiertas Anuales”, estipulados ambos en el Certificado Individual.

Las cuotas devengadas durante el período de espera, se abonarán conjuntamente con la primera cuota devengada luego de dicho período, dentro del plazo estipulado en el Artículo 49 segundo párrafo de la Ley de Seguros.

Se define como “Cantidad Máxima de Cuotas Cubiertas Anuales” a la cantidad máxima de cuotas a la que el Asegurado tendrá derecho por cada año de vigencia de la cobertura para todos los eventos ocurridos en ese período.

El beneficio acordado por esta cláusula es recurrente y acumulativo hasta alcanzar la cantidad máxima de cuotas cubiertas anuales.

En cada nueva invalidez temporal del Asegurado, se computará nuevamente el período de espera. El período de espera se computará una única vez en los casos en que la invalidez temporal sea producto de un mismo hecho generador.

Artículo 4º - Carácter del Beneficio

El beneficio acordado por invalidez es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la póliza y, en consecuencia la Aseguradora no hará por tal concepto deducción alguna de la suma asegurada a pagarse por cualquiera de ellos.

Artículo 5º - Comprobación de la Invalidez

Corresponde al Tomador, Asegurado o su representante:

- a) Denunciar la existencia de la invalidez conforme el plazo definido en Condiciones Particulares y Certificado Individual, el cual nunca será inferior a los TRES (3) días, contados desde la ocurrencia del mismo, o desde que el denunciante conozca la existencia del beneficio, lo que fuera posterior, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.
- b) Presentar las constancias médicas y/o testimoniales de su comienzo y causas;
- c) Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta DOS (2) exámenes médicos por facultativos designados por la Aseguradora y con gastos a cargo de ésta.

Artículo 6° - Plazo de Prueba

La Aseguradora dentro de los QUINCE (15) días de recibida la denuncia y/o las constancias a las que se refiere el artículo anterior, contados desde la fecha que sea posterior, deberá comunicar al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. Si las comprobaciones a las que se refiere el Artículo 5° no resultaran concluyentes en cuanto al carácter de la invalidez, la Aseguradora podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor a TRES (3) meses, a fin de confirmar el diagnóstico.

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

El Asegurado deberá seguir abonando las primas correspondientes al período de comprobación del diagnóstico. Confirmado el mismo, la Aseguradora reembolsará las extraprimas de esta Cláusula Adicional abonadas durante el plazo de comprobación.

Artículo 7° - Valuación por Peritos

Si en la apreciación del evento surgieran divergencias entre las partes, las mismas serán definidas por DOS (2) médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los OCHO (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 TREINTA (30) días y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de QUINCE (15) días.

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

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

Artículo 8° - Continuidad de la Invalidez - Pago en Cuotas

No obstante haberse reconocido la invalidez del Asegurado al acordarse el beneficio correspondiente, este sólo continuará mientras subsista ese estado y la Aseguradora podrá exigir en cualquier momento, pero no más de una vez por mes, las pruebas que estime necesarias respecto de la persistencia de la invalidez, incluso UN (1) examen médico por uno de sus facultativos con gastos a su cargo.

Si estas pruebas no pudieran realizarse dentro de los TREINTA (30) días de haberlas pedido en forma, salvo que se acredite caso fortuito o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia, o si el Asegurado dificultara su verificación o se hubiera recuperado de la invalidez, la Aseguradora suspenderá desde ese momento el pago de las cuotas.

Si el Asegurado fuera dado de alta de la invalidez temporaria que lo afectaba, la cobertura de la presente cláusula se reducirá a la diferencia entre la cantidad de cuotas máximas por vigencia cubiertas y la cantidad de cuotas abonadas bajo esta cláusula.

Artículo 9º - Finalización de la Cobertura

La cobertura que esta cláusula otorga terminará en la fecha en que se verifique alguno de los eventos previstos en el Artículo 17 de las Condiciones Generales Comunes o en los siguientes casos:

- a) Cuando el Asegurado cumpla la Edad Máxima de Permanencia establecida en las Condiciones Particulares para la presente cláusula adicional. La continuidad de cobro de prima correspondiente a ese Asegurado, luego del arribo a tal edad máxima, se considerará como prórroga de vigencia hasta finalizado el período de riesgo cubierto amparado por dicha prima.
- b) Por la renuncia a continuar asegurado por la presente cláusula.
- c) Al caducar o rescindir la presente cláusula adicional.
- d) A partir de haberse efectuado pagos en virtud de esta cláusula adicional que alcancen el valor máximo del beneficio. Sin perjuicio de la presente causal de finalización de cobertura, la misma podrá ser contratada nuevamente, previo consentimiento de la Aseguradora.

La renuncia a que se refiere el punto b), deberá ser comunicada por medio fehaciente a la Aseguradora por intermedio del Tomador dentro de los TREINTA (30) días corridos desde la fecha en la cual se produjera dicho evento.

En todos los casos, la rescisión de la cobertura operará al término del mes por el cual se hubieren descontado primas, y se devolverá la prima no ganada, si la hubiere, correspondiente a la cobertura rescindida.

V - COL - 8.4 – CLÁUSULA ADICIONAL – INVALIDEZ TEMPORARIA – COBERTURA NO RETROACTIVA CON PAGO PERIÓDICO EN CUOTAS – BENEFICIO ADICIONAL

Artículo 1º - Riesgo Cubierto

La Aseguradora concederá al Asegurado el beneficio que acuerda la presente cláusula cuando el mismo se encuentre en un estado de invalidez temporal, como consecuencia de enfermedad o accidente, y dicho estado no le permita desempeñar por cuenta propia o en relación de dependencia su actividad habitual remunerativa, siempre que tal estado haya continuado ininterrumpidamente como mínimo por el plazo de espera indicado en Condiciones Particulares, y se hubiese iniciado durante la vigencia de la presente cláusula en el Certificado Individual.

El plazo de espera señalado en el párrafo anterior se computará:

- En caso de enfermedad, a partir de la fecha que los médicos dictaminen como fecha de inicio de la invalidez. En caso de no poder dictaminarse la misma, el plazo se computará desde la fecha de denuncia del siniestro.
- En caso de accidente, a partir de la fecha de ocurrencia del mismo.

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

Artículo 2º - Riesgos no Cubiertos

La Aseguradora no pagará el beneficio cuando la invalidez se produjera como consecuencia de los Riesgos no Cubiertos establecidos en el Anexo de Condiciones Particulares.

Artículo 3º - Beneficio

La Aseguradora, comprobada la invalidez, abonará al Asegurado una cuota periódica cuyo importe se indica en el Certificado Individual por cada período completo que transcurra mientras subsista la invalidez transitoria. La cuota se comenzará a abonar una vez superado el Período de Espera, dentro del plazo estipulado en el Artículo 49 segundo párrafo de la Ley de Seguros, y sujeto al valor máximo fijado por la “Cantidad Máxima de Cuotas Cubiertas Anuales”, estipulados ambos en el Certificado Individual.

Se define como “Cantidad Máxima de Cuotas Cubiertas Anuales” a la cantidad máxima de cuotas a la que el Asegurado tendrá derecho por cada año de vigencia de la cobertura para todos los eventos ocurridos en ese período.

El beneficio acordado por esta cláusula es recurrente y acumulativo hasta alcanzar la cantidad máxima de cuotas cubiertas anuales.

En cada nueva invalidez temporal del Asegurado, se computará nuevamente el período de espera. El período de espera se computará una única vez en los casos en que la invalidez temporal sea producto de un mismo hecho generador.

Artículo 4° - Carácter del Beneficio

El beneficio acordado por invalidez es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la póliza y, en consecuencia la Aseguradora no hará por tal concepto deducción alguna de la suma asegurada a pagarse por cualquiera de ellos.

Artículo 5° - Comprobación de la Invalidez

Corresponde al Tomador, Asegurado o su representante:

- a) Denunciar la existencia de la invalidez conforme el plazo definido en Condiciones Particulares y Certificado Individual, el cual nunca será inferior a los TRES (3) días, contados desde la ocurrencia del mismo, o desde que el denunciante conozca la existencia del beneficio, lo que fuera posterior, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.
- b) Presentar las constancias médicas y/o testimoniales de su comienzo y causas;
- c) Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta DOS (2) exámenes médicos por facultativos designados por la Aseguradora y con gastos a cargo de ésta.

Artículo 6° - Plazo de Prueba

La Aseguradora dentro de los QUINCE (15) días de recibida la denuncia y/o las constancias a las que se refiere el artículo anterior, contados desde la fecha que sea posterior, deberá comunicar al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. Si las comprobaciones a las que se refiere el Artículo 5° no resultaran concluyentes en cuanto al carácter de la invalidez, la Aseguradora podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor a TRES (3) meses, a fin de confirmar el diagnóstico.

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

El Asegurado deberá seguir abonando las primas correspondientes al período de comprobación del diagnóstico. Confirmado el mismo, la Aseguradora reembolsará las extraprimas de esta Cláusula Adicional abonadas durante el plazo de comprobación.

Artículo 7° - Valuación por Peritos

Si en la apreciación del evento surgieran divergencias entre las partes, las mismas serán definidas por DOS (2) médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los OCHO (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 TREINTA (30) días y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de QUINCE (15) días.

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

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

Artículo 8° - Continuidad de la Invalidez - Pago en Cuotas

No obstante haberse reconocido la invalidez del Asegurado al acordarse el beneficio correspondiente, este sólo continuará mientras subsista ese estado y la Aseguradora podrá exigir en cualquier momento, pero no más de una vez por mes, las pruebas que estime necesarias respecto de la persistencia de la invalidez, incluso UN (1) examen médico por uno de sus facultativos con gastos a su cargo.

Si estas pruebas no pudieran realizarse dentro de los TREINTA (30) días de haberlas pedido en forma, salvo que se acredite caso fortuito o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia, o si el Asegurado dificultara su verificación o se hubiera recuperado de la invalidez, la Aseguradora suspenderá desde ese momento el pago de las cuotas.

Si el Asegurado fuera dado de alta de la invalidez temporaria que lo afectaba, la cobertura de la presente cláusula se reducirá a la diferencia entre la cantidad de cuotas máximas por vigencia cubiertas y la cantidad de cuotas abonadas bajo esta cláusula.

Artículo 9° - Finalización de la Cobertura

La cobertura que esta cláusula otorga terminará en la fecha en que se verifique alguno de los eventos previstos en el Artículo 17 de las Condiciones Generales Comunes o en los siguientes casos:

- a) Cuando el Asegurado cumpla la Edad Máxima de Permanencia establecida en las Condiciones Particulares para la presente cláusula adicional. La continuidad de cobro de prima correspondiente a ese Asegurado, luego del arribo a tal edad máxima, se considerará como prórroga de vigencia hasta finalizado el período de riesgo cubierto amparado por dicha prima.
- b) Por la renuncia a continuar asegurado por la presente cláusula.
- c) Al caducar o rescindir la presente cláusula adicional.
- d) A partir de haberse efectuado pagos en virtud de esta cláusula adicional que alcancen el valor máximo del beneficio. Sin perjuicio de la presente causal de finalización de cobertura, la misma podrá ser contratada nuevamente, previo consentimiento de la Aseguradora.

La renuncia a que se refiere el punto b), deberá ser comunicada por medio fehaciente a la Aseguradora por intermedio del Tomador dentro de los TREINTA (30) días corridos desde la fecha en la cual se produjera dicho evento.

En todos los casos, la rescisión de la cobertura operará al término del mes por el cual se hubieren descontado primas, y se devolverá la prima no ganada, si la hubiere, correspondiente a la cobertura rescindida.

V - COL - 8.5 – CLÁUSULA ADICIONAL – INVALIDEZ TEMPORARIA POR ACCIDENTE – COBERTURA RETROACTIVA CON PAGO PERIÓDICO EN CUOTAS – BENEFICIO ADICIONAL

Artículo 1° - Riesgo Cubierto

La Aseguradora concederá al Asegurado el beneficio que acuerda la presente cláusula cuando el mismo se encuentre en un estado de invalidez temporal, como consecuencia de accidente, y dicho estado no le permita desempeñar por cuenta propia o en relación de dependencia su actividad habitual remunerativa, siempre que tal estado haya continuado ininterrumpidamente como mínimo por el plazo de espera indicado en Condiciones Particulares, y se hubiese iniciado durante la vigencia de la presente cláusula en el Certificado Individual.

Se entenderá por “accidente” a todo hecho externo, violento, fortuito e independiente de la voluntad del Asegurado.

En las denuncias de invalidez, la Aseguradora procederá a su reconocimiento de acuerdo con las constancias médicas y demás elementos mencionados en el Artículo 5°, siempre que sean razonablemente demostrativos del estado de invalidez temporal.

Artículo 2° - Riesgos no Cubiertos

La Aseguradora no pagará el beneficio cuando la invalidez se produjera como consecuencia de los Riesgos no Cubiertos establecidos en el Anexo de Condiciones Particulares.

Artículo 3° - Beneficio

La Aseguradora, comprobada la invalidez, abonará al Asegurado una cuota periódica cuyo importe se indica en el Certificado Individual por cada período completo que transcurra mientras subsista la invalidez transitoria. La cuota se comenzará a abonar una vez superado el Período de Espera y sujeto al valor máximo fijado por la “Cantidad Máxima de Cuotas Cubiertas Anuales”, estipulados ambos en el Certificado Individual.

Las cuotas devengadas durante el período de espera, se abonarán conjuntamente con la primera cuota devengada luego de dicho período, dentro del plazo estipulado en el Artículo 49 segundo párrafo de la Ley de Seguros.

Se define como “Cantidad Máxima de Cuotas Cubiertas Anuales” a la cantidad máxima de cuotas a la que el Asegurado tendrá derecho por cada año de vigencia de la cobertura para todos los eventos ocurridos en ese período.

El beneficio acordado por esta cláusula es recurrente y acumulativo hasta alcanzar la cantidad máxima de cuotas

cubiertas anuales.

En cada nueva invalidez temporal del Asegurado, se computará nuevamente el período de espera. El período de espera se computará una única vez en los casos en que la invalidez temporal sea producto de un mismo hecho generador.

Artículo 4° - Carácter del Beneficio

El beneficio acordado por invalidez es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la póliza y, en consecuencia la Aseguradora no hará por tal concepto deducción alguna de la suma asegurada a pagarse por cualquiera de ellos.

Artículo 5° - Comprobación de la Invalidez

Corresponde al Tomador, Asegurado o su representante:

- a) Denunciar la existencia de la invalidez conforme el plazo definido en Condiciones Particulares y Certificado Individual, el cual nunca será inferior a los TRES (3) días, contados desde la ocurrencia del mismo, o desde que el denunciante conozca la existencia del beneficio, lo que fuera posterior, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.
- b) Presentar las constancias médicas y/o testimoniales de su comienzo y causas;
- c) Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta DOS (2) exámenes médicos por facultativos designados por la Aseguradora y con gastos a cargo de ésta.
- d) Adoptar todas las medidas posibles conducentes a disminuir las consecuencias del accidente.

Artículo 6° - Plazo de Prueba

La Aseguradora dentro de los QUINCE (15) días de recibida la denuncia y/o las constancias a las que se refiere el artículo anterior, contados desde la fecha que sea posterior, deberá comunicar al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. Si las comprobaciones a las que se refiere el Artículo 5° no resultaran concluyentes en cuanto al carácter de la invalidez, la Aseguradora podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor a TRES (3) meses, a fin de confirmar el diagnóstico.

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

El Asegurado deberá seguir abonando las primas correspondientes al período de comprobación del diagnóstico. Confirmado el mismo, la Aseguradora reembolsará las extraprimas de esta Cláusula Adicional abonadas durante el plazo de comprobación.

Artículo 7° - Valuación por Peritos

Si en la apreciación del evento surgieran divergencias entre las partes, las mismas serán definidas por DOS (2) médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los OCHO (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 TREINTA (30) días y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de QUINCE (15) días.

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

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

Artículo 8° - Continuidad de la Invalidez - Pago en Cuotas

No obstante haberse reconocido la invalidez del Asegurado al acordarse el beneficio correspondiente, este sólo continuará mientras subsista ese estado y la Aseguradora podrá exigir en cualquier momento, pero no más de una vez por mes, las pruebas que estime necesarias respecto de la persistencia de la invalidez, incluso UN (1) examen médico por uno de sus facultativos con gastos a su cargo.

Si estas pruebas no pudieran realizarse dentro de los TREINTA (30) días de haberlas pedido en forma, salvo que se acredite caso fortuito o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia, o si el Asegurado dificultara su verificación o se hubiera recuperado de la invalidez, la Aseguradora suspenderá desde ese momento el pago de las cuotas.

Si el Asegurado fuera dado de alta de la invalidez temporaria que lo afectaba, la cobertura de la presente cláusula se reducirá a la diferencia entre la cantidad de cuotas máximas por vigencia cubiertas y la cantidad de cuotas abonadas bajo esta cláusula.

Artículo 9° - Finalización de la Cobertura

La cobertura que esta cláusula otorga terminará en la fecha en que se verifique alguno de los eventos previstos en el Artículo 17 de las Condiciones Generales Comunes o en los siguientes casos:

- a) Cuando el Asegurado cumpla la Edad Máxima de Permanencia establecida en las Condiciones Particulares para la presente cláusula adicional. La continuidad de cobro de prima correspondiente a ese Asegurado, luego del arribo a tal edad máxima, se considerará como prórroga de vigencia hasta finalizado el período de riesgo cubierto amparado por dicha prima.
- b) Por la renuncia a continuar asegurado por la presente cláusula.

c) Al caducar o rescindirse la presente cláusula adicional.

d) A partir de haberse efectuado pagos en virtud de esta cláusula adicional que alcancen el valor máximo del beneficio. Sin perjuicio de la presente causal de finalización de cobertura, la misma podrá ser contratada nuevamente, previo consentimiento de la Aseguradora.

La renuncia a que se refiere el punto b), deberá ser comunicada por medio fehaciente a la Aseguradora por intermedio del Tomador dentro de los TREINTA (30) días corridos desde la fecha en la cual se produjera dicho evento.

En todos los casos, la rescisión de la cobertura operará al término del mes por el cual se hubieren descontado primas, y se devolverá la prima no ganada, si la hubiere, correspondiente a la cobertura rescindida.

**V - COL - 8.6 – CLÁUSULA ADICIONAL – INVALIDEZ TEMPORARIA POR ACCIDENTE -
COBERTURA NO RETROACTIVA CON PAGO PERIÓDICO EN CUOTAS – BENEFICIO
ADICIONAL**

Artículo 1º - Riesgo Cubierto

La Aseguradora concederá al Asegurado el beneficio que acuerda la presente cláusula cuando el mismo se encuentre en un estado de invalidez temporal, como consecuencia de accidente, y dicho estado no le permita desempeñar por cuenta propia o en relación de dependencia su actividad habitual remunerativa, siempre que tal estado haya continuado ininterrumpidamente como mínimo por el plazo de espera indicado en Condiciones Particulares, y se hubiese iniciado durante la vigencia de la presente cláusula en el Certificado Individual.

Se entenderá por “accidente” a todo hecho externo, violento, fortuito e independiente de la voluntad del Asegurado.

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

Artículo 2º - Riesgos no Cubiertos

La Aseguradora no pagará el beneficio cuando la invalidez se produjera como consecuencia de los Riesgos no Cubiertos establecidos en el Anexo de Condiciones Particulares.

Artículo 3º - Beneficio

La Aseguradora, comprobada la invalidez, abonará al Asegurado una cuota periódica cuyo importe se indica en el Certificado Individual por cada período completo que transcurra mientras subsista la invalidez transitoria. La

cuota se comenzará a abonar una vez superado el Período de Espera, dentro del plazo estipulado en el Artículo 49 segundo párrafo de la Ley de Seguros, y sujeto al valor máximo fijado por la “Cantidad Máxima de Cuotas Cubiertas Anuales”, estipulados ambos en el Certificado Individual.

Se define como “Cantidad Máxima de Cuotas Cubiertas Anuales” a la cantidad máxima de cuotas a la que el Asegurado tendrá derecho por cada año de vigencia de la cobertura para todos los eventos ocurridos en ese período.

El beneficio acordado por esta cláusula es recurrente y acumulativo hasta alcanzar la cantidad máxima de cuotas cubiertas anuales.

En cada nueva invalidez temporal del Asegurado, se computará nuevamente el período de espera. El período de espera se computará una única vez en los casos en que la invalidez temporal sea producto de un mismo hecho generador.

Artículo 4º - Carácter del Beneficio

El beneficio acordado por invalidez es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la póliza y, en consecuencia la Aseguradora no hará por tal concepto deducción alguna de la suma asegurada a pagarse por cualquiera de ellos.

Artículo 5º - Comprobación de la Invalidez

Corresponde al Tomador, Asegurado o su representante:

- a) Denunciar la existencia de la invalidez conforme el plazo definido en Condiciones Particulares y Certificado Individual, el cual nunca será inferior a los TRES (3) días, contados desde la ocurrencia del mismo, o desde que el denunciante conozca la existencia del beneficio, lo que fuera posterior, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.
- b) Presentar las constancias médicas y/o testimoniales de su comienzo y causas;
- c) Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta DOS (2) exámenes médicos por facultativos designados por la Aseguradora y con gastos a cargo de ésta.
- d) Adoptar todas las medidas posibles conducentes a disminuir las consecuencias del accidente.

Artículo 6º - Plazo de Prueba

La Aseguradora dentro de los QUINCE (15) días de recibida la denuncia y/o las constancias a las que se refiere el artículo anterior, contados desde la fecha que sea posterior, deberá comunicar al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. Si las comprobaciones a las que se refiere el Artículo 5º no resultaran concluyentes en cuanto al carácter de la invalidez, la Aseguradora podrá ampliar el plazo de prueba

por un término no mayor a TRES (3) meses, a fin de confirmar el diagnóstico.

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

El Asegurado deberá seguir abonando las primas correspondientes al período de comprobación del diagnóstico. Confirmado el mismo, la Aseguradora reembolsará las extraprimas de esta Cláusula Adicional abonadas durante el plazo de comprobación.

Artículo 7º - Valuación por Peritos

Si en la apreciación del evento surgieran divergencias entre las partes, las mismas serán definidas por DOS (2) médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los OCHO (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 TREINTA (30) días y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de QUINCE (15) días.

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

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

Artículo 8º - Continuidad de la Invalidez - Pago en Cuotas

No obstante haberse reconocido la invalidez del Asegurado al acordarse el beneficio correspondiente, este sólo continuará mientras subsista ese estado y la Aseguradora podrá exigir en cualquier momento, pero no más de una vez por mes, las pruebas que estime necesarias respecto de la persistencia de la invalidez, incluso UN (1) examen médico por uno de sus facultativos con gastos a su cargo.

Si estas pruebas no pudieran realizarse dentro de los TREINTA (30) días de haberlas pedido en forma, salvo que se acredite caso fortuito o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia, o si el Asegurado dificultara su verificación o se hubiera recuperado de la invalidez, la Aseguradora suspenderá desde ese momento el pago de las cuotas.

Si el Asegurado fuera dado de alta de la invalidez temporaria que lo afectaba, la cobertura de la presente cláusula se reducirá a la diferencia entre la cantidad de cuotas máximas por vigencia cubiertas y la cantidad de cuotas abonadas bajo esta cláusula.

Artículo 9º - Finalización de la Cobertura

La cobertura que esta cláusula otorga terminará en la fecha en que se verifique alguno de los eventos previstos en el Artículo 17 de las Condiciones Generales Comunes de la Cobertura Básica o en los siguientes casos:

- a) Cuando el Asegurado cumpla la Edad Máxima de Permanencia establecida en las Condiciones Particulares para la presente cláusula adicional. La continuidad de cobro de prima correspondiente a ese Asegurado, luego del arribo a tal edad máxima, se considerará como prórroga de vigencia hasta finalizado el período de riesgo cubierto amparado por dicha prima.
- b) Por la renuncia a continuar asegurado por la presente cláusula.
- c) Al caducar o rescindir la presente cláusula adicional.
- d) A partir de haberse efectuado pagos en virtud de esta cláusula adicional que alcancen el valor máximo del beneficio. Sin perjuicio de la presente causal de finalización de cobertura, la misma podrá ser contratada nuevamente, previo consentimiento de la Aseguradora.

La renuncia a que se refiere el punto b), deberá ser comunicada por medio fehaciente a la Aseguradora por intermedio del Tomador dentro de los TREINTA (30) días corridos desde la fecha en la cual se produjera dicho evento.

En todos los casos, la rescisión de la cobertura operará al término del mes por el cual se hubieren descontado primas, y se devolverá la prima no ganada, si la hubiere, correspondiente a la cobertura rescindida.

V - COL - 9.1 – CLÁUSULA ADICIONAL – TRASPLANTE DE ÓRGANOS – BENEFICIO ADICIONAL

Artículo 1º - Riesgo Cubierto

La Aseguradora concederá al Asegurado el beneficio que acuerda la presente cláusula cuando al mismo le haya sido diagnosticada la necesidad de realizarse uno de los Trasplantes definidos en el Certificado Individual, siempre que este ocurra durante la vigencia de la presente cláusula en el Certificado Individual.

Artículo 2º - Riesgos no Cubiertos

La Aseguradora no pagará el beneficio cuando la necesidad del trasplante de un Asegurado se produjera como consecuencia de los Riesgos no Cubiertos establecidos en el Anexo de Condiciones Particulares.

Artículo 3º - Beneficio

La Aseguradora, comprobado el diagnóstico de Trasplante, abonará al Asegurado, la suma asegurada estipulada en el Certificado Individual.

El pago del beneficio se realizará dentro de los QUINCE (15) días de notificado el diagnóstico o de recibidas las constancias y pruebas requeridas por la Aseguradora, establecidas en el Artículo 6º, lo que ocurra con posterioridad.

Artículo 4º - Carácter del Beneficio

El beneficio acordado por el diagnóstico de trasplante es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la póliza y, en consecuencia, la Aseguradora no hará por tal concepto, deducción alguna de la suma asegurada a pagarse por cualquiera de ellos.

Artículo 5º - Requisitos

El beneficio previsto en el Artículo 3º de la presente cláusula regirá para el trasplante de órgano siempre que se cumplan las siguientes condiciones:

1. Que la patología que afecte al órgano a trasplantar sea de carácter irreversible y total.
2. Que el trasplante de órgano sea el único recurso terapéutico para la recuperación de su función.

Para cualquier solicitud de indemnización por trasplante indicado en el presente contrato es condición ineludible e indispensable haberlo comunicado previamente al I.N.C.U.C.A.I. o cualquier otro organismo que en el futuro lo reemplace. Es indispensable, asimismo, que se cumplan en todas sus partes las disposiciones de la Ley de Trasplantes de Órganos y Materiales Anatómicos.

Artículo 6º - Comprobación de la Necesidad de Trasplante

Corresponde al Tomador, Asegurado o su representante:

- a) Denunciar cualquier diagnóstico de trasplante conforme el plazo definido en Condiciones Particulares y Certificado Individual, el cual nunca será inferior a los TRES (3) días, contados desde la ocurrencia del mismo, o desde que el denunciante conozca la existencia del beneficio, lo que fuera posterior, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.
- b) Presentar las constancias médicas y/o testimoniales de su comienzo y causas;
- c) Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta DOS (2) exámenes médicos por facultativos designados por la Aseguradora y con gastos a cargo de ésta.

Artículo 7º - Plazo de Prueba

La Aseguradora dentro de los QUINCE (15) días de recibida la denuncia y/o las constancias a las que se refiere el artículo anterior contados desde la fecha que sea posterior, deberá comunicar al Asegurado la aceptación,

postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. Si las comprobaciones a que se refiere el Artículo 6º no resultaran concluyentes en cuanto a la necesidad de la realización del trasplante, la Aseguradora podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor a TREINTA (30) días, a fin de confirmar el diagnóstico.

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

El Asegurado deberá seguir abonando las primas correspondientes al período de comprobación del diagnóstico. Confirmado el mismo, la Aseguradora reembolsará las extraprimas de esta Cláusula Adicional abonadas durante el plazo de comprobación.

Artículo 8º - Valuación por Peritos

Si en la apreciación del evento surgieran divergencias entre las partes, las mismas serán definidas por DOS (2) médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los OCHO (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 TREINTA (30) días y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de QUINCE (15) días.

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

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

Artículo 9º - Finalización de la Cobertura

La cobertura que esta cláusula otorga terminará en la fecha en que se verifique alguno de los eventos previstos en el Artículo 17 de las Condiciones Generales Comunes o en los siguientes casos:

- a) Cuando el Asegurado cumpla la Edad Máxima de Permanencia estipulada en las Condiciones Particulares para la presente cláusula adicional. La continuidad de cobro de prima correspondiente a ese Asegurado, luego del arribo a tal edad máxima, se considerará como prórroga de vigencia hasta finalizado el período de riesgo cubierto amparado por dicha prima.
- b) Por la renuncia a continuar asegurado por la presente cláusula.
- c) Al caducar o rescindirse la presente cláusula adicional.

La renuncia a que se refiere el punto b), deberá ser comunicada por medio fehaciente a la Aseguradora por intermedio del Tomador dentro de los TREINTA (30) días corridos desde la fecha en la cual se produjera dicho evento.

En todos los casos, la rescisión de la cobertura operará al término del mes por el cual se hubieren descontado primas, y se devolverá la prima no ganada, si la hubiere, correspondiente a la cobertura rescindida.

V - COL - 9.2 – CLÁUSULA ADICIONAL – DIAGNÓSTICO DE CÁNCER – BENEFICIO ADICIONAL

Artículo 1° - Riesgo Cubierto

La Aseguradora concederá al Asegurado el beneficio que acuerda la presente cláusula cuando al mismo le haya sido diagnosticado Cáncer, siempre que este ocurra durante la vigencia de la presente cláusula en el Certificado Individual.

Se entenderá por Cáncer a la presencia de un tumor maligno caracterizado por el crecimiento y expansión incontrolables de células malignas, con invasión y destrucción del tejido normal.

Artículo 2° - Riesgos no Cubiertos

La Aseguradora no pagará la indemnización cuando el diagnóstico de cáncer sea consecuencia de los Riesgos no Cubiertos establecidos en el Anexo de Condiciones Particulares.

Artículo 3° - Beneficio

La Aseguradora, comprobado el diagnóstico de cáncer, abonará al Asegurado el beneficio estipulado en el Certificado Individual.

El pago del beneficio se realizará dentro de los QUINCE (15) días de notificado el diagnóstico de cáncer o de recibidas las constancias y pruebas requeridas por la Aseguradora, establecidas en el Artículo 5°, lo que ocurra con posterioridad.

Artículo 4° - Carácter del Beneficio

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

Artículo 5° - Comprobación del Diagnóstico de Cáncer

Corresponde al Tomador, Asegurado o su representante:

- a) Denunciar cualquier diagnóstico de cáncer conforme el plazo definido en Condiciones Particulares y Certificado Individual, el cual nunca será inferior a los TRES (3) días, contados desde la ocurrencia del mismo, o desde que el denunciante conozca la existencia del beneficio, lo que fuera posterior, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.
- b) Presentar las constancias médicas y/o testimoniales de su comienzo y causas.
- c) Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta DOS (2) exámenes médicos por facultativos designados por la Aseguradora y con gastos a cargo de ésta.

Artículo 6° - Plazo de Prueba

La Aseguradora dentro de los QUINCE (15) días de recibida la denuncia y/o las constancias a las que se refiere el artículo anterior, contados desde la fecha que sea posterior, deberá comunicar al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. Si las comprobaciones a las que se refiere el Artículo 5° no resultaran concluyentes en cuanto al diagnóstico de cáncer, la Aseguradora podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor a TREINTA (30) días, a fin de confirmar el diagnóstico.

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

El Asegurado deberá seguir abonando las primas correspondientes al período de comprobación del diagnóstico. Confirmado el diagnóstico de cáncer, la Aseguradora reembolsará las extraprimas de esta Cláusula Adicional abonadas durante el plazo de comprobación.

Artículo 7° - Valuación por Peritos

Si en la apreciación del evento surgieran divergencias entre las partes, las mismas serán definidas por DOS (2) médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los OCHO (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 TREINTA (30) días y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de QUINCE (15) días.

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

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

Artículo 8° - Finalización de la Cobertura

La cobertura que esta cláusula otorga terminará en la fecha en que se verifique alguno de los eventos previstos en el Artículo 17 de las Condiciones Generales Comunes o en los siguientes casos:

- a) Cuando el Asegurado cumpla la Edad Máxima de Permanencia establecida en las Condiciones Particulares para la presente cláusula adicional. La continuidad de cobro de prima correspondiente a ese Asegurado, luego del arribo a tal edad máxima, se considerará como prórroga de vigencia hasta finalizado el período de riesgo cubierto amparado por dicha prima.
- b) Por la renuncia a continuar asegurado por la presente cláusula.
- c) Al caducar o rescindir la presente cláusula adicional.
- d) Por el pago del beneficio que acuerda la presente cláusula adicional.

La renuncia a que se refiere el punto b), deberá ser comunicada por medio fehaciente a la Aseguradora por intermedio del Tomador dentro de los TREINTA (30) días corridos desde la fecha en la cual se produjera dicho evento.

En todos los casos, la rescisión de la cobertura operará al término del mes por el cual se hubieren descontado primas, y se devolverá la prima no ganada, si la hubiere, correspondiente a la cobertura rescindida.

V - COL - 9.3 – CLÁUSULA ADICIONAL – ANTICIPO DE BENEFICIO POR ENFERMEDADES TERMINALES – BENEFICIO COMPLEMENTARIO

Artículo 1º - Riesgo Cubierto

La Aseguradora concederá al Asegurado el beneficio que acuerda la presente cláusula cuando al mismo le haya sido diagnosticada una Enfermedad Terminal, siempre que el diagnóstico ocurra durante la vigencia de la presente cláusula en el Certificado Individual.

Se entenderá por Enfermedad Terminal aquella condición médica para la cual el médico pronostique una expectativa de vida menor a DOCE (12) meses.

Artículo 2º - Riesgos no Cubiertos

La Aseguradora no pagará la indemnización cuando la enfermedad terminal sea consecuencia de los Riesgos no Cubiertos establecidos en el Anexo de Condiciones Particulares.

Artículo 3º - Beneficios

La Aseguradora, comprobada la enfermedad terminal, abonará al Asegurado el beneficio estipulado en el Certificado Individual, el cual estará definido como un porcentaje del Capital Asegurado por la Cobertura Básica

de Fallecimiento. Dicho porcentaje no podrá ser superior al CIEN POR CIENTO (100%).

El pago del beneficio se realizará dentro de los QUINCE (15) días de notificado el diagnóstico de la enfermedad terminal o de recibidas las constancias y pruebas requeridas por la Aseguradora, establecidas en el Artículo 5º, lo que ocurra con posterioridad.

Una vez comprobada la enfermedad terminal cubierta por esta cláusula, el capital asegurado de la Cobertura Básica no podrá incrementarse por ninguna causa, ni aún en caso de incrementos masivos para todo el resto del grupo.

Artículo 4º - Carácter del Beneficio

El beneficio acordado por esta cláusula constituye un anticipo de la indemnización que debiera liquidarse en caso de muerte del Asegurado.

A partir del pago del beneficio de esta cláusula, el Asegurado sólo quedará amparado por la Cobertura Básica de Fallecimiento.

El Capital Asegurado estipulado en el Certificado Individual para la Cobertura Básica se reducirá, como consecuencia de la aplicación de esta cláusula, conforme el monto anticipado, a partir de la fecha de la puesta a disposición del beneficio aquí previsto. En igual proporción se reducirán las primas a pagar por la Cobertura Básica desde la puesta a disposición del importe anticipado.

Artículo 5º - Comprobación de la Enfermedad Terminal

Corresponde al Tomador, Asegurado o su representante:

- a) Denunciar la existencia de la enfermedad terminal conforme el plazo definido en Condiciones Particulares y Certificado Individual, el cual nunca será inferior a los TRES (3) días, contados desde la ocurrencia del mismo, o desde que el denunciante conozca la existencia del beneficio, lo que fuera posterior, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.
- b) Proveer pruebas satisfactorias de que la expectativa de vida del Asegurado es de DOCE (12) meses o menos desde el día del diagnóstico.
- c) Presentar las constancias médicas y/o testimoniales de su comienzo y causas;
- d) Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta DOS (2) exámenes médicos por facultativos designados por la Aseguradora y con gastos a cargo de ésta.

Artículo 6º - Plazo de Prueba

La Aseguradora dentro de los QUINCE (15) días de recibida la denuncia y/o las constancias a las que se refiere el artículo anterior, contados desde la fecha que sea posterior, deberá comunicar al Asegurado la aceptación,

postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. Si las comprobaciones a las que se refiere el Artículo 5° no resultaran concluyentes en cuanto al carácter de la enfermedad terminal, la Aseguradora podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor a TREINTA (30) días, a fin de confirmar el diagnóstico.

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

El Asegurado deberá seguir abonando las primas correspondientes al período de comprobación de la enfermedad. Confirmada la enfermedad terminal, la Aseguradora reembolsará las extraprimas de esta Cláusula Adicional abonadas durante el plazo de comprobación.

Artículo 7° - Valuación por Peritos

Si en la apreciación del evento surgieran divergencias entre las partes, las mismas serán definidas por DOS (2) médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los OCHO (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 TREINTA (30) días y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de QUINCE (15) días.

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

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

Artículo 8° - Finalización de la Cobertura

La cobertura que esta cláusula otorga terminará en la fecha en que se verifique alguno de los eventos previstos en el Artículo 17 de las Condiciones Generales Comunes o en los siguientes casos:

- a) Cuando el Asegurado cumpla la Edad Máxima de Permanencia establecida en las Condiciones Particulares para la presente cláusula adicional. La continuidad de cobro de prima correspondiente a ese Asegurado, luego del arribo a tal edad máxima, se considerará como prórroga de vigencia hasta finalizado el período de riesgo cubierto amparado por dicha prima.
- b) Por la renuncia a continuar asegurado por la presente cláusula.
- c) Al caducar o rescindirse la presente cláusula adicional.
- d) Por el pago del beneficio que acuerda la presente cláusula adicional.

La renuncia a que se refiere el punto b), deberá ser comunicada por medio fehaciente a la Aseguradora por

intermedio del Tomador dentro de los TREINTA (30) días corridos desde la fecha en la cual se produjera dicho evento.

En todos los casos, la rescisión de la cobertura operará al término del mes por el cual se hubieren descontado primas, y se devolverá la prima no ganada, si la hubiere, correspondiente a la cobertura rescindida.

V - COL - 9.4 - CLÁUSULA ADICIONAL - ENFERMEDADES GRAVES – BENEFICIO ADICIONAL

Artículo 1º - Riesgo Cubierto

La Aseguradora concederá al Asegurado el beneficio que acuerda la presente cláusula cuando al mismo le haya sido diagnosticada una Enfermedad Grave definida en el Certificado Individual, siempre que el diagnóstico ocurra durante la vigencia de la presente cláusula en el Certificado Individual.

Artículo 2º - Riesgos no Cubiertos

La Aseguradora no pagará la indemnización cuando la enfermedad grave sea consecuencia de los Riesgos no Cubiertos establecidos en el Anexo de Condiciones Particulares.

Artículo 3º - Beneficios

La Aseguradora, comprobado el diagnóstico de la enfermedad grave, abonará al Asegurado la suma asegurada estipulada en el Certificado Individual.

El pago del beneficio se realizará dentro de los QUINCE (15) días de notificado el diagnóstico de la enfermedad grave o de recibidas las constancias y pruebas requeridas por la Aseguradora, establecidas en el Artículo 5º, lo que ocurra con posterioridad.

Artículo 4º - Carácter del Beneficio

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

El beneficio previsto en esta cláusula se pagará una sola vez aunque la misma u otras enfermedades cubiertas se manifiesten con posterioridad. Abonada la suma asegurada que concede esta cláusula, la misma cesará y no podrá volverse a otorgar en las futuras renovaciones.

Artículo 5° - Comprobación de la Enfermedad Grave

Corresponde al Tomador, Asegurado o su representante:

- a) Denunciar la existencia de la enfermedad grave, conforme el plazo definido en Condiciones Particulares y Certificado Individual, el cual nunca será inferior a los TRES (3) días, contados desde la ocurrencia del mismo, o desde que el denunciante conozca la existencia del beneficio, lo que fuera posterior, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.
- b) Presentar las constancias médicas y/o testimoniales de su comienzo y causas;
- c) Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta DOS (2) exámenes médicos por facultativos designados por la Aseguradora y con gastos a cargo de ésta.

Artículo 6° - Plazo de Prueba

La Aseguradora dentro de los QUINCE (15) días de recibida la denuncia y/o las constancias a las que se refiere el artículo anterior, contados desde la fecha que sea posterior, deberá comunicar al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. Si las comprobaciones a las que se refiere el Artículo 5° no resultaran concluyentes en cuanto al carácter de la enfermedad grave, la Aseguradora podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor a TRES (3) meses, a fin de confirmar el diagnóstico.

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

El Asegurado deberá seguir abonando las primas correspondientes al período de comprobación de la enfermedad. Confirmada la enfermedad grave, la Aseguradora reembolsará las extraprimas de esta Cláusula Adicional abonadas durante el plazo de comprobación.

Artículo 7° - Valuación por Peritos

Si en la apreciación del evento surgieran divergencias entre las partes, las mismas serán definidas por DOS (2) médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los OCHO (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 TREINTA (30) días y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de QUINCE (15) días.

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

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

Artículo 8° - Finalización de la Cobertura

La cobertura que esta cláusula otorga terminará en la fecha en que se verifique alguno de los eventos previstos en el Artículo 17 de las Condiciones Generales Comunes o en los siguientes casos:

- a) Cuando el Asegurado cumpla la Edad Máxima de Permanencia establecida en las Condiciones Particulares para la presente cláusula adicional. La continuidad de cobro de prima correspondiente a ese Asegurado, luego del arribo a tal edad máxima, se considerará como prórroga de vigencia hasta finalizado el período de riesgo cubierto amparado por dicha prima.
- b) Por la renuncia a continuar asegurado por la presente cláusula.
- c) Al caducar o rescindir la presente cláusula adicional.
- d) Por el pago del beneficio que acuerda la presente cláusula adicional.

La renuncia a que se refiere el punto b), deberá ser comunicada por medio fehaciente a la Aseguradora por intermedio del Tomador dentro de los TREINTA (30) días corridos desde la fecha en la cual se produjera dicho evento.

En todos los casos, la rescisión de la cobertura operará al término del mes por el cual se hubieren descontado primas, y se devolverá la prima no ganada, si la hubiere, correspondiente a la cobertura rescindida.

V - COL - 9.5 - CLÁUSULA ADICIONAL – ANTICIPO DEL BENEFICIO POR ENFERMEDADES GRAVES – BENEFICIO COMPLEMENTARIO

Artículo 1° - Riesgo Cubierto

La Aseguradora concederá al Asegurado el beneficio que acuerda la presente cláusula cuando al mismo le haya sido diagnosticada una Enfermedad Grave definida en el Certificado Individual, siempre que el diagnóstico ocurra durante la vigencia de la presente cláusula en el Certificado Individual.

Artículo 2° - Riesgos no Cubiertos

La Aseguradora no pagará la indemnización cuando la enfermedad grave sea consecuencia de los Riesgos no Cubiertos establecidos en el Anexo de Condiciones Particulares.

Artículo 3° - Beneficios

La Aseguradora, comprobado el diagnóstico de la enfermedad grave, abonará al Asegurado el beneficio

estipulado en el Certificado Individual, el cual estará definido como un porcentaje del Capital Asegurado por la Cobertura Básica de Fallecimiento. Dicho porcentaje no podrá ser superior al CIEN POR CIENTO (100%).

El pago del beneficio se realizará dentro de los QUINCE (15) días de notificado el diagnóstico de la enfermedad grave o de recibidas las constancias y pruebas requeridas por la Aseguradora, establecidas en el Artículo 5°, lo que ocurra con posterioridad.

Una vez comprobada la enfermedad grave cubierta por esta cláusula, el capital asegurado de la Cobertura Básica no podrá incrementarse por ninguna causa, ni aún en caso de incrementos masivos para todo el resto del grupo.

Artículo 4° - Carácter del Beneficio

El beneficio acordado por esta cláusula constituye un anticipo de la indemnización que debiera liquidarse en caso de muerte del Asegurado.

A partir del pago del beneficio de esta cláusula, el Asegurado sólo quedará amparado por la Cobertura Básica de Fallecimiento.

El Capital Asegurado estipulado en el Certificado Individual para la Cobertura Básica se reducirá, como consecuencia de la aplicación de esta cláusula, conforme el monto anticipado, a partir de la fecha de la puesta a disposición del beneficio aquí previsto. En igual proporción se reducirán las primas a pagar por la Cobertura Básica desde la puesta a disposición del importe anticipado.

Artículo 5° - Comprobación de la Enfermedad Grave

Corresponde al Tomador, Asegurado o su representante:

- a) Denunciar la existencia de la enfermedad grave, conforme el plazo definido en Condiciones Particulares y Certificado Individual, el cual nunca será inferior a los TRES (3) días, contados desde la ocurrencia del mismo, o desde que el denunciante conozca la existencia del beneficio, lo que fuera posterior, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.
- b) Presentar las constancias médicas y/o testimoniales de su comienzo y causas;
- c) Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta DOS (2) exámenes médicos por facultativos designados por la Aseguradora y con gastos a cargo de ésta.

Artículo 6° - Plazo de Prueba

La Aseguradora dentro de los QUINCE (15) días de recibida la denuncia y/o las constancias a las que se refiere el artículo anterior, contados desde la fecha que sea posterior, deberá comunicar al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. Si las comprobaciones a las que se refiere el Artículo 5° no resultaran concluyentes en cuanto al carácter de la enfermedad grave, la Aseguradora podrá ampliar el plazo

de prueba por un término no mayor a TRES (3) meses, a fin de confirmar el diagnóstico.

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

El Asegurado deberá seguir abonando las primas correspondientes al período de comprobación de la enfermedad. Confirmada la enfermedad grave, la Aseguradora reembolsará las extraprimas de esta Cláusula Adicional abonadas durante el plazo de comprobación.

Artículo 7º - Valuación por Peritos

Si en la apreciación del evento surgieran divergencias entre las partes, las mismas serán definidas por DOS (2) médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los OCHO (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 TREINTA (30) días y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de QUINCE (15) días.

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

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

Artículo 8º - Finalización de la Cobertura

La cobertura que esta cláusula otorga terminará en la fecha en que se verifique alguno de los eventos previstos en el Artículo 17 de las Condiciones Generales Comunes o en los siguientes casos:

- a) Cuando el Asegurado cumpla la Edad Máxima de Permanencia establecida en las Condiciones Particulares para la presente cláusula adicional. La continuidad de cobro de prima correspondiente a ese Asegurado, luego del arribo a tal edad máxima, se considerará como prórroga de vigencia hasta finalizado el período de riesgo cubierto amparado por dicha prima.
- b) Por la renuncia a continuar asegurado por la presente cláusula.
- c) Al caducar o rescindirse la presente cláusula adicional.
- d) Por el pago del beneficio que acuerda la presente cláusula adicional.

La renuncia a que se refiere el punto b), deberá ser comunicada por medio fehaciente a la Aseguradora por intermedio del Tomador dentro de los TREINTA (30) días corridos desde la fecha en la cual se produjera dicho evento.

En todos los casos, la rescisión de la cobertura operará al término del mes por el cual se hubieren descontado primas, y se devolverá la prima no ganada, si la hubiere, correspondiente a la cobertura rescindida.

V - COL - 9.6 – CLÁUSULA ADICIONAL – RENTA DIARIA POR INTERNACIÓN – COBERTURA RETROACTIVA – BENEFICIO ADICIONAL

Artículo 1° - Riesgos Cubiertos

La Aseguradora concederá al Asegurado el beneficio que acuerda la presente cláusula cuando el mismo, por indicación de un médico, sea sometido a una internación en un Establecimiento Asistencial, que reúna las características definidas en esta Cláusula Adicional, siempre que ésta ocurra durante la vigencia de la presente cláusula en el Certificado Individual.

Artículo 2° - Riesgos no Cubiertos

La Aseguradora no pagará la indemnización cuando la internación se produjera como consecuencia de los Riesgos no Cubiertos establecidos en el Anexo de Condiciones Particulares.

Artículo 3° - Beneficio

La Aseguradora, recibidas las constancias de internación, abonará al Asegurado por cada día que hubiera estado internado, la renta diaria indicada en el Certificado Individual. Dicha renta podrá estar diferenciada en función a la sala de internación cubierta, la cual estará definida en las Condiciones Particulares y Certificado Individual.

La renta diaria se comenzará a abonar desde el primer día de internación cuando la misma supere la cantidad de días completos y consecutivos establecidos como Período de Espera y sujeto al valor máximo fijado por el “Plazo Máximo de Cobertura Anual”, estipulados ambos en el Certificado Individual.

Se define como “Plazo Máximo de Cobertura Anual” a la cantidad máxima de días por internación a la que el Asegurado tendrá derecho por cada año de vigencia de la cobertura para todos los eventos ocurridos en ese período.

Se entiende por “Día de Internación” a todo período de VEINTICUATRO (24) horas que comprende la estadía durante la noche en un establecimiento asistencial.

La internación podrá tener lugar en varios establecimientos asistenciales en forma alternada, mientras la misma no sea interrumpida. En el caso de internaciones sucesivas a causa de un mismo accidente, afección o enfermedad, separadas por intervalos menores de UN (1) año, cada período de internación será considerado como continuación del anterior a efectos de computar el período de espera.

El pago del beneficio se realizará dentro de los QUINCE (15) días de notificada la internación o de recibidas las

constancias y pruebas requeridas por la Aseguradora, establecidas en el Artículo 6º, lo que ocurra con posterioridad. Si una vez abonado el beneficio recién expuesto, el Asegurado continuara internado, los pagos subsiguientes serán abonados mensualmente, excepto en aquellos casos que la internación cesara antes de cumplirse la mensualidad.

Artículo 4º - Carácter del Beneficio

La indemnización por internación acordada por esta cláusula es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la póliza y, en consecuencia, la Aseguradora no hará por tal concepto, deducción alguna de la suma asegurada a pagarse por cualquiera de ellos.

Artículo 5º - Establecimiento Asistencial

Se entenderá por Establecimiento Asistencial al establecimiento público o privado legalmente autorizado para el tratamiento médico de enfermedades o lesiones corporales, provisto con facilidades para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas. Dicho establecimiento deberá estar atendido por un Médico durante las VEINTICUATRO (24) horas del día y los tratamientos que se ofrezcan en él deberán ser realizados por el personal médico calificado y en donde sólo deberán admitirse personas enfermas o lesionadas.

Artículo 6º - Comprobación de la Internación

Corresponde al Tomador, Asegurado o su representante:

- a) Denunciar cualquier internación en un establecimiento asistencial conforme el plazo definido en Condiciones Particulares y Certificado Individual, el cual nunca será inferior a los TRES (3) días, contados desde la ocurrencia del mismo, o desde que el denunciante conozca la existencia del beneficio, lo que fuera posterior, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.
- b) Presentar las constancias médicas y/o testimoniales de su comienzo y causas;
- c) Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta DOS (2) exámenes médicos por facultativos designados por la Aseguradora y con gastos a cargo de ésta.

Artículo 7º - Plazo de Prueba

La Aseguradora dentro de los QUINCE (15) días de recibida la denuncia y/o las constancias a las que se refiere el Artículo anterior contados desde la fecha que sea posterior, deberá comunicar al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. Si las comprobaciones a que se refiere el Artículo 6º no resultaran concluyentes en cuanto al carácter de la internación, la Aseguradora podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor a TREINTA (30) días, a fin de confirmar el diagnóstico.

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

El Asegurado deberá seguir abonando las primas correspondientes al período de comprobación. Confirmado el diagnóstico, la Aseguradora reembolsará las extraprimas de esta Cláusula Adicional abonadas durante el plazo de comprobación.

Artículo 8º - Valuación por Peritos

Si en la apreciación del evento surgieran divergencias entre las partes, las mismas serán definidas por DOS (2) médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los OCHO (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 TREINTA (30) días y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de QUINCE (15) días.

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

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

Artículo 9º - Finalización de la Cobertura

La cobertura que esta cláusula otorga terminará en la fecha en que se verifique alguno de los eventos previstos en el Artículo 17 de las Condiciones Generales Comunes o en los siguientes casos:

- a) Cuando el Asegurado cumpla la Edad Máxima de Permanencia establecida en las Condiciones Particulares para la presente cláusula adicional. La continuidad de cobro de prima correspondiente a ese Asegurado, luego del arribo a tal edad máxima, se considerará como prórroga de vigencia hasta finalizado el período de riesgo cubierto amparado por dicha prima.
- b) Por la renuncia a continuar asegurado por la presente cláusula.
- c) Al caducar o rescindirse la presente cláusula adicional.
- d) A partir de haberse efectuado pagos en virtud de esta cláusula adicional que alcancen el valor máximo del beneficio. Sin perjuicio de la presente causal de finalización de cobertura, la misma podrá ser contratada nuevamente, previo consentimiento de la Aseguradora.

La renuncia a que se refiere el punto b), deberá ser comunicada por medio fehaciente a la Aseguradora por intermedio del Tomador dentro de los TREINTA (30) días corridos desde la fecha en la cual se produjera dicho evento.

En todos los casos, la rescisión de la cobertura operará al término del mes por el cual se hubieren descontado primas, y se devolverá la prima no ganada, si la hubiere, correspondiente a la cobertura rescindida.

V - COL - 9.7 – CLÁUSULA ADICIONAL – RENTA DIARIA POR INTERNACIÓN – POR ACCIDENTE – COBERTURA RETROACTIVA – BENEFICIO ADICIONAL

Artículo 1º - Riesgos Cubiertos

La Aseguradora concederá al Asegurado el beneficio que acuerda la presente cláusula cuando el mismo, por indicación de un médico, sea sometido a una internación, a consecuencia de un accidente, en un Establecimiento Asistencial que reúna las características definidas en esta Cláusula Adicional, siempre que ésta ocurra durante la vigencia de la presente cláusula en el Certificado Individual.

Se entenderá por “accidente” a todo hecho externo, violento, fortuito e independiente de la voluntad del Asegurado.

Artículo 2º - Riesgos no Cubiertos

La Aseguradora no pagará la indemnización cuando la internación se produjera como consecuencia de los Riesgos no Cubiertos establecidos en el Anexo de Condiciones Particulares.

Artículo 3º - Beneficio

La Aseguradora, recibidas las constancias de internación, abonará al Asegurado por cada día que hubiera estado internado, la renta diaria indicada en el Certificado Individual. Dicha renta podrá estar diferenciada en función a la sala de internación cubierta, la cual estará definida en las Condiciones Particulares y Certificado Individual.

La renta diaria se comenzará a abonar desde el primer día de internación cuando la misma supere la cantidad de días completos y consecutivos establecidos como Período de Espera y sujeto al valor máximo fijado por el “Plazo Máximo de Cobertura Anual”, estipulados ambos en el Certificado Individual.

Se define como “Plazo Máximo de Cobertura Anual” a la cantidad máxima de días por internación a la que el Asegurado tendrá derecho por cada año de vigencia de la cobertura para todos los eventos ocurridos en ese período.

Se entiende por “Día de Internación” a todo período de VEINTICUATRO (24) horas que comprende la estadía durante la noche en un establecimiento asistencial.

La internación podrá tener lugar en varios establecimientos asistenciales en forma alternada, mientras la misma no sea interrumpida. En el caso de internaciones sucesivas a causa de un mismo accidente, afección o enfermedad, separadas por intervalos menores de UN (1) año, cada período de internación será considerado como

continuación del anterior a efectos de computar el período de espera.

El pago del beneficio se realizará dentro de los QUINCE (15) días de notificada la internación o de recibidas las constancias y pruebas requeridas por la Aseguradora, establecidas en el Artículo 6º, lo que ocurra con posterioridad. Si una vez abonado el beneficio recién expuesto, el Asegurado continuara internado, los pagos subsiguientes serán abonados mensualmente, excepto en aquellos casos que la internación cesara antes de cumplirse la mensualidad

Artículo 4º - Carácter del Beneficio

La indemnización por internación acordada por esta cláusula es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la póliza y, en consecuencia, la Aseguradora no hará por tal concepto, deducción alguna de la suma asegurada a pagarse por cualquiera de ellos.

Artículo 5º - Establecimiento Asistencial

Se entenderá por Establecimiento Asistencial al establecimiento público o privado legalmente autorizado para el tratamiento médico de enfermedades o lesiones corporales, provisto con facilidades para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas. Dicho establecimiento deberá estar atendido por un Médico durante las VEINTICUATRO (24) horas del día y los tratamientos que se ofrezcan en él deberán ser realizados por el personal médico calificado y en donde sólo deberán admitirse personas enfermas o lesionadas.

Artículo 6º - Comprobación de la Internación

Corresponde al Tomador, Asegurado o su representante:

- a) Denunciar cualquier internación en un establecimiento asistencial conforme el plazo definido en Condiciones Particulares y Certificado Individual, el cual nunca será inferior a los TRES (3) días, contados desde la ocurrencia del mismo, o desde que el denunciante conozca la existencia del beneficio, lo que fuera posterior, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.
- b) Presentar las constancias médicas y/o testimoniales de su comienzo y causas;
- c) Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta DOS (2) exámenes médicos por facultativos designados por la Aseguradora y con gastos a cargo de ésta.

Artículo 7º - Plazo de Prueba

La Aseguradora dentro de los QUINCE (15) días de recibida la denuncia y/o las constancias a las que se refiere el artículo anterior contados desde la fecha que sea posterior, deberá comunicar al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. Si las comprobaciones a que se refiere el Artículo 6º no

resultaran concluyentes en cuanto al carácter de la internación, la Aseguradora podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor a TREINTA (30) días, a fin de confirmar el diagnóstico.

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

El Asegurado deberá seguir abonando las primas correspondientes al período de comprobación. Confirmado el diagnóstico, la Aseguradora reembolsará las extraprimas de esta Cláusula Adicional abonadas durante el plazo de comprobación.

Artículo 8° - Valuación por Peritos

Si en la apreciación del evento surgieran divergencias entre las partes, las mismas serán definidas por DOS (2) médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los OCHO (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 TREINTA (30) días y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de QUINCE (15) días.

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

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

Artículo 9° - Finalización de la Cobertura

La cobertura que esta cláusula otorga terminará en la fecha en que se verifique alguno de los eventos previstos en el Artículo 17 de las Condiciones Generales Comunes o en los siguientes casos:

- a) Cuando el Asegurado cumpla la Edad Máxima de Permanencia establecida en las Condiciones Particulares para la presente cláusula adicional. La continuidad de cobro de prima correspondiente a ese Asegurado, luego del arribo a tal edad máxima, se considerará como prórroga de vigencia hasta finalizado el período de riesgo cubierto amparado por dicha prima.
- b) Por la renuncia a continuar asegurado por la presente cláusula.
- c) Al caducar o rescindirse la presente cláusula adicional.
- d) A partir de haberse efectuado pagos en virtud de esta cláusula adicional que alcancen el valor máximo del beneficio. Sin perjuicio de la presente causal de finalización de cobertura, la misma podrá ser contratada nuevamente, previo consentimiento de la Aseguradora.

La renuncia a que se refiere el punto b), deberá ser comunicada por medio fehaciente a la Aseguradora por intermedio del Tomador dentro de los TREINTA (30) días corridos desde la fecha en la cual se produjera dicho evento.

En todos los casos, la rescisión de la cobertura operará al término del mes por el cual se hubieren descontado primas, y se devolverá la prima no ganada, si la hubiere, correspondiente a la cobertura rescindida.

V - COL - 9.8 – CLÁUSULA ADICIONAL – RENTA DIARIA POR INTERNACIÓN – INCLUYE INTERNACIÓN DOMICILIARIA – COBERTURA RETROACTIVA – BENEFICIO ADICIONAL

Artículo 1º - Riesgos Cubiertos

La Aseguradora concederá al Asegurado el beneficio que acuerda la presente cláusula cuando el mismo, por indicación de un médico, sea sometido a una internación en un Establecimiento Asistencial, que reúna las características definidas en esta Cláusula Adicional, o en su domicilio particular, siempre que ésta ocurra durante la vigencia de la presente cláusula en el Certificado Individual.

A los fines de esta Cláusula Adicional los siguientes conceptos tendrán el significado que se les asigna a continuación:

Establecimiento Asistencial: Es un establecimiento público o privado legalmente autorizado para el tratamiento médico de enfermedades o lesiones corporales, provisto con facilidades para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas. Dicho establecimiento deberá estar atendido por un Médico durante las VEINTICUATRO (24) horas del día y los tratamientos que se ofrezcan en él deberán ser realizados por el personal médico calificado y en donde sólo deberán admitirse personas enfermas o lesionadas.

Internación Domiciliaria: Es aquella modalidad de atención de salud, mediante la cual se brinda asistencia al Asegurado en su domicilio particular.

Domicilio Particular del Asegurado: Es aquel en el cual habita el propio Asegurado, un Familiar, o una Persona Allegada al mismo, donde el Asegurado mantuviera una internación domiciliaria.

Artículo 2º - Riesgos no Cubiertos

La Aseguradora no pagará la indemnización cuando la internación se produjera como consecuencia de los Riesgos no Cubiertos establecidos en el Anexo de Condiciones Particulares.

Artículo 3º - Beneficio

La Aseguradora, recibidas las constancias de internación, abonará al Asegurado por cada día que hubiera estado internado, la renta diaria indicada en el Certificado Individual. Dicha renta podrá estar diferenciada en función a

la sala de internación cubierta, la cual estará definida en las Condiciones Particulares y Certificado Individual.

La renta diaria se comenzará a abonar desde el primer día de internación cuando la misma supere la cantidad de días completos y consecutivos establecidos como Período de Espera y sujeto al valor máximo fijado por el “Plazo Máximo de Cobertura Anual”, estipulados ambos en el Certificado Individual.

Se define como “Plazo Máximo de Cobertura Anual” a la cantidad máxima de días por internación a la que el Asegurado tendrá derecho por cada año de vigencia de la cobertura para todos los eventos ocurridos en ese período.

Se entiende por “Día de Internación” a todo período de VEINTICUATRO (24) horas que comprende la estadía durante la noche en un establecimiento asistencial.

La internación podrá tener lugar en varios establecimientos asistenciales y/o en el domicilio en forma alternada, mientras la misma no sea interrumpida. En el caso de internaciones sucesivas a causa de un mismo accidente, afección o enfermedad, separadas por intervalos menores de UN (1) año, cada período de internación será considerado como continuación del anterior a efectos de computar el período de espera.

El pago del beneficio se realizará dentro de los QUINCE (15) días de notificada la internación o de recibidas las constancias y pruebas requeridas por la Aseguradora, establecidas en el Artículo 5º, lo que ocurra con posterioridad. Si una vez abonado el beneficio recién expuesto, el Asegurado continuara internado, los pagos subsiguientes serán abonados mensualmente, excepto en aquellos casos que la internación cesara antes de cumplirse la mensualidad

Artículo 4º - Carácter del Beneficio

La indemnización por internación acordada por esta cláusula es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la póliza y, en consecuencia, la Aseguradora no hará por tal concepto, deducción alguna de la suma asegurada a pagarse por cualquiera de ellos.

Artículo 5º - Comprobación de la Internación

Corresponde al Tomador, Asegurado o su representante:

- a) Denunciar cualquier internación en un establecimiento asistencial o en el domicilio particular del Asegurado conforme el plazo definido en Condiciones Particulares y Certificado Individual, el cual nunca será inferior a los TRES (3) días, contados desde la ocurrencia del mismo, o desde que el denunciante conozca la existencia del beneficio, lo que fuera posterior, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.
- b) Presentar las constancias médicas y/o testimoniales de su comienzo y causas;
- c) En el caso particular de internación domiciliaria, el médico tratante deberá emitir un informe donde manifieste la necesidad de la internación y brinde su conformidad para que la misma tenga lugar en el domicilio particular del Asegurado.

d) Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta DOS (2) exámenes médicos por facultativos designados por la Aseguradora y con gastos a cargo de ésta.

Artículo 6° - Plazo de Prueba

La Aseguradora dentro de los QUINCE (15) días de recibida la denuncia y/o las constancias a las que se refiere el artículo anterior contados desde la fecha que sea posterior, deberá comunicar al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. Si las comprobaciones a que se refiere el Artículo 5° no resultaran concluyentes en cuanto al carácter de la internación, la Aseguradora podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor a TREINTA (30) días, a fin de confirmar el diagnóstico.

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

El Asegurado deberá seguir abonando las primas correspondientes al período de comprobación. Confirmado el diagnóstico, la Aseguradora reembolsará las extraprimas de esta Cláusula Adicional abonadas durante el plazo de comprobación.

Artículo 7° - Valuación por Peritos

Si en la apreciación del evento surgieran divergencias entre las partes, las mismas serán definidas por DOS (2) médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los OCHO (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 TREINTA (30) días y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de QUINCE (15) días.

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

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

Artículo 8° - Finalización de la Cobertura

La cobertura que esta cláusula otorga terminará en la fecha en que se verifique alguno de los eventos previstos en el Artículo 17 de las Condiciones Generales Comunes o en los siguientes casos:

a) Cuando el Asegurado cumpla la Edad Máxima de Permanencia establecida en las Condiciones Particulares para la presente cláusula adicional. La continuidad de cobro de prima correspondiente a ese Asegurado, luego del arribo a tal edad máxima, se considerará como prórroga de vigencia hasta finalizado el período de riesgo cubierto

amparado por dicha prima.

- b) Por la renuncia a continuar asegurado por la presente cláusula.
- c) Al caducar o rescindirse la presente cláusula adicional.
- d) A partir de haberse efectuado pagos en virtud de esta cláusula adicional que alcancen el valor máximo del beneficio. Sin perjuicio de la presente causal de finalización de cobertura, la misma podrá ser contratada nuevamente, previo consentimiento de la Aseguradora.

La renuncia a que se refiere el punto b), deberá ser comunicada por medio fehaciente a la Aseguradora por intermedio del Tomador dentro de los TREINTA (30) días corridos desde la fecha en la cual se produjera dicho evento.

En todos los casos, la rescisión de la cobertura operará al término del mes por el cual se hubieren descontado primas, y se devolverá la prima no ganada, si la hubiere, correspondiente a la cobertura rescindida.

V - COL - 9.9 – CLÁUSULA ADICIONAL – CUIDADOS PROLONGADOS – COBERTURA RETROACTIVA – BENEFICIO ADICIONAL

Artículo 1º - Riesgos Cubiertos

La Aseguradora concederá al Asegurado el beneficio que acuerda la presente cláusula cuando el mismo deba ser sometido a Cuidados Prolongados, siempre que ocurra durante la vigencia de la presente cláusula en el Certificado Individual.

Se entiende que el Asegurado estará sujeto a “Cuidados Prolongados” cuando a causa de una enfermedad o accidente se viera impedido de ejercer totalmente por lo menos dos de las actividades de la vida diaria consideradas básicas, definidas como:

1. Bañarse: capacidad de bañarse, ducharse y secarse; y, en particular, de entrar y salir de la bañera/ducha, con o sin la ayuda de apoyos y sin la asistencia de otras personas. La incapacidad de llegar al cuarto de baño no constituye una necesidad de asistencia.
2. Alimentarse: habilidad de consumir alimentos que ya han sido preparados o están disponibles, con o sin uso de utensilios de adaptación.
3. Vestirse: habilidad de ponerse o sacarse la ropa, y de abrochar o asegurar y desabrochar o liberar la vestimenta, incluyendo miembros artificiales y aparatos ortopédicos médicamente necesarios.
4. Higienizarse: habilidad de sentarse en o levantarse del inodoro, pararse cerca o alejarse del mismo, y mantener un grado razonable de higiene personal para el cuerpo.
5. Transferirse: habilidad de sentarse o levantarse de una silla (incluida la silla de ruedas) o de la cama. Si una persona puede moverse con la ayuda de equipos como bastón, muletas, andador, barras de sostén u otros

equipos de soporte, entonces se considera que puede transferirse o cambiar de posición.

Se considerará al Asegurado incapaz de realizar alguna de las actividades enumeradas precedentemente, si requiere la asistencia física de otras personas para realizarlas. Asimismo, dichos impedimentos deberán ser determinados médicamente.

Artículo 2º - Riesgos no Cubiertos

La Aseguradora no pagará la indemnización cuando la necesidad de cuidados prolongados se produjera como consecuencia de los Riesgos no Cubiertos establecidos en el Anexo de Condiciones Particulares.

Artículo 3º - Beneficio

La Aseguradora, recibidas las constancias de la necesidad del Asegurado de estar bajo cuidados prolongados, abonará al mismo una renta mensual una vez superado el Período de Espera y sujeto al valor máximo fijado por el “Plazo Máximo de Cobertura Anual”, estipulados ambos en el Certificado Individual. La renta mensual indicada en el Certificado Individual se comenzará a abonar desde el primer día en que se manifieste la necesidad de ser sometido a cuidados prolongados, cuando los mismos superen la cantidad de días completos y consecutivos establecidos como Período de Espera.

Se define como “Plazo Máximo de Cobertura Anual” a la cantidad máxima de meses por cuidados prolongados a la que el Asegurado tendrá derecho por cada año de vigencia de la cobertura para todos los eventos ocurridos en ese período.

A los efectos del cómputo del Plazo de Espera, si se hubiera abonado el beneficio previsto por esta cláusula y el Asegurado sufriera nuevamente un siniestro cubierto, originado por la misma causa, este nuevo siniestro se considerará como continuación del anterior, salvo que entre uno y otro haya transcurrido un período de UN (1) año.

El pago del beneficio se realizará dentro de los QUINCE (15) días de notificada la necesidad de cuidados prolongados o de recibidas las constancias y pruebas requeridas por la Aseguradora, establecidas en el Artículo 5º, lo que ocurra con posterioridad. Si una vez abonado el beneficio recién expuesto, el Asegurado continuara bajo cuidados prolongados, los pagos subsiguientes serán abonados mensualmente, excepto en aquellos casos en que los mismos cesaran antes de cumplirse la mensualidad.

Artículo 4º - Carácter del Beneficio

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

Artículo 5° - Comprobación de la Necesidad de Cuidados Prolongados

Corresponde al Tomador, Asegurado o su representante:

- a) Denunciar cualquier necesidad de cuidados prolongados determinados médicamente conforme el plazo definido en Condiciones Particulares y Certificado Individual, el cual nunca será inferior a los TRES (3) días, contados desde la ocurrencia del mismo, o desde que el denunciante conozca la existencia del beneficio, lo que fuera posterior, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.
- b) Presentar las constancias médicas y/o testimoniales de su comienzo y causas;
- c) Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta DOS (2) exámenes médicos por facultativos designados por la Aseguradora y con gastos a cargo de ésta.

Artículo 6° - Plazo de Prueba

La Aseguradora dentro de los QUINCE (15) días de recibida la denuncia y/o las constancias a las que se refiere el artículo anterior, contados desde la fecha que sea posterior, deberá comunicar al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. Si las comprobaciones a que se refiere el Artículo 5° no resultaran concluyentes en cuanto a la necesidad de cuidados prolongados, la Aseguradora podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor a treinta (30) días, a fin de confirmar el diagnóstico.

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

El Asegurado deberá seguir abonando las primas correspondientes al período de comprobación. Confirmado el diagnóstico, la Aseguradora reembolsará las extraprimas de esta Cláusula Adicional abonadas durante el plazo de comprobación.

Artículo 7° - Valuación por Peritos

Si en la apreciación del evento surgieran divergencias entre las partes, las mismas serán definidas por DOS (2) médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los OCHO (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 TREINTA (30) días y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de QUINCE (15) días.

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

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

Artículo 8º - Finalización de la Cobertura

La cobertura que esta cláusula otorga terminará en la fecha en que se verifique alguno de los eventos previstos en el Artículo 17 de las Condiciones Generales Comunes o en los siguientes casos:

- a) Cuando el Asegurado cumpla la Edad Máxima de Permanencia establecida en las Condiciones Particulares para la presente cláusula adicional. La continuidad de cobro de prima correspondiente a ese Asegurado, luego del arribo a tal edad máxima, se considerará como prórroga de vigencia hasta finalizado el período de riesgo cubierto amparado por dicha prima.
- b) Por la renuncia a continuar asegurado por la presente cláusula.
- c) Al caducar o rescindirse la presente cláusula adicional.
- d) A partir de haberse efectuado pagos en virtud de esta cláusula adicional que alcancen el valor máximo del beneficio.

La renuncia a que se refiere el punto b), deberá ser comunicada por medio fehaciente a la Aseguradora por intermedio del Tomador dentro de los TREINTA (30) días corridos desde la fecha en la cual se produjera dicho evento.

En todos los casos, la rescisión de la cobertura operará al término del mes por el cual se hubieren descontado primas, y se devolverá la prima no ganada, si la hubiere, correspondiente a la cobertura rescindida.

V - COL - 9.10 – CLÁUSULA ADICIONAL – CONTAGIO ACCIDENTAL DE SIDA EN EL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN MÉDICA O PARAMÉDICA – BENEFICIO ADICIONAL

Artículo 1º - Riesgo Cubierto

La Aseguradora concederá al Asegurado el beneficio que acuerda la presente cláusula cuando como consecuencia de un accidente derivado directamente del ejercicio de su profesión médica o paramédica, le haya sido diagnosticado por primera vez el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) durante la vigencia de la presente cláusula en el Certificado Individual.

Se entiende por accidente derivado directamente del ejercicio de su profesión médica o paramédica a algún contacto cutáneo, subcutáneo o de mucosas con fluidos o tejidos corporales de un individuo que pudiere generar la infección de VIH (Virus de Inmuno Deficiencia Humana), sufrido por el Asegurado exclusivamente por el ejercicio de su profesión médica o paramédica, en todos los lugares de trabajo y siempre que se cumplan las medidas de bioseguridad dictadas por el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación.

Se entiende por “SIDA” a toda infección que sea consecuencia directa o indirecta del virus VIH o de una infección oportunista y/o neoplasma maligno (tumor), si al momento de producirse, el Asegurado padece SIDA en alguna de sus formas clínicas o es sero-positivo al VIH. Asimismo, el “Síndrome de Inmuno Deficiencia

Adquirida” es un término que se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH y se define por la presencia de alguna de las más de VEINTE (20) infecciones oportunistas o de cánceres relacionados con el VIH (OMS). El Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida incluirá encefalopatías (demencia), VIH Síndrome Devastador y ARC “Aids Related Condition” (Condición Relacionada con SIDA). Las infecciones oportunistas incluirán a la neumonía pneumocistis carinii, enteritis crónica y/o infecciones generalizadas por hongos. El neoplasma maligno incluirá el Sarcoma de Kaposi, al linfoma del sistema nervioso central y/u otras tumoraciones o neoformaciones malignas conocidas en la actualidad o que se conozcan, como causa de enfermedad asociadas y en presencia del SIDA.

Artículo 2º - Riesgos no Cubiertos

La Aseguradora no pagará la indemnización cuando el diagnóstico de SIDA de un Asegurado se produjera como consecuencia de los Riesgos no Cubiertos establecidos en el Anexo de Condiciones Particulares.

Artículo 3º - Beneficio

La Aseguradora, comprobado el padecimiento definido en el Artículo 1º abonará al Asegurado, la suma asegurada estipulada en el Certificado Individual.

El pago del beneficio se realizará dentro de los QUINCE (15) días de notificado el diagnóstico o de recibidas las constancias y pruebas requeridas por la Aseguradora, establecidas en el Artículo 5º, lo que ocurra con posterioridad.

Artículo 4º - Carácter del Beneficio

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

Artículo 5º - Comprobación del Accidente

Corresponde al Tomador, Asegurado o su representante:

- a) Denunciar la ocurrencia del accidente conforme el plazo definido en Condiciones Particulares y Certificado Individual, el cual nunca será inferior a los TRES (3) días, contados desde la ocurrencia del mismo, o desde que el denunciante conozca la existencia del beneficio, lo que fuera posterior, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.
- b) Presentar las constancias médicas y/o testimoniales; como así también las pruebas del accidente.
- c) Asimismo, deberá presentar una constancia de que en el momento del accidente el Asegurado es VIH

negativo. El test correspondiente deberá efectuarse dentro de las CUARENTA Y OCHO (48) horas de producirse el accidente y los gastos de realización del mismo serán a cargo de la Aseguradora.

d) Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta DOS (2) exámenes médicos por facultativos designados por la Aseguradora y con gastos a cargo de ésta.

Artículo 6º - Valuación por Peritos

Si en la apreciación del evento surgieran divergencias entre las partes, las mismas serán definidas por DOS (2) médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los OCHO (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 TREINTA (30) días y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de QUINCE (15) días.

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

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

Artículo 7º - Finalización de la Cobertura

La cobertura que esta cláusula otorga terminará en la fecha en que se verifique alguno de los eventos previstos en el Artículo 17 de las Condiciones Generales Comunes o en los siguientes casos:

a) Cuando el Asegurado cumpla la Edad Máxima de Permanencia establecida en las Condiciones Particulares para la presente cláusula adicional. La continuidad de cobro de prima correspondiente a ese Asegurado, luego del arribo a tal edad máxima, se considerará como prórroga de vigencia hasta finalizado el período de riesgo cubierto amparado por dicha prima.

b) Por la renuncia a continuar asegurado por la presente cláusula.

c) Al caducar o rescindirse la presente cláusula adicional.

d) Por el pago del beneficio que acuerda la presente cláusula adicional.

La renuncia a que se refiere el punto b), deberá ser comunicada por medio fehaciente a la Aseguradora por intermedio del Tomador dentro de los TREINTA (30) días corridos desde la fecha en la cual se produjera dicho evento.

En todos los casos, la rescisión de la cobertura operará al término del mes por el cual se hubieren descontado primas, y se devolverá la prima no ganada, si la hubiere, correspondiente a la cobertura rescindida.

V - COL - 10.1 – CLÁUSULA ADICIONAL – AGRAVACIÓN DEL RIESGO

Se entiende por agravación del riesgo asumido, cualquier cambio de circunstancia con posterioridad a la celebración del contrato que si hubiese existido al tiempo de la celebración, a juicio de peritos hubiera impedido este contrato o modificado sus condiciones. Se consideran agravaciones del riesgo únicamente aquellas que provengan del cambio de la profesión o de la actividad declaradas.

Cada Asegurado deberá denunciar a la Aseguradora las agravaciones del riesgo asumido, causadas por un hecho suyo antes de que se produzcan; y las debidas a un hecho ajeno, inmediatamente después de conocerlas.

Cuando la agravación se deba a un hecho del Asegurado, la cobertura queda suspendida. La Aseguradora en el término de SIETE (7) días deberá notificar su decisión de rescindir.

Cuando la agravación resulte de un hecho ajeno al Asegurado, la Aseguradora deberá notificarle su decisión de rescindir dentro del término de UN (1) mes y con un preaviso de SIETE (7) días. Pero si el riesgo no se hubiera asumido según las prácticas comerciales de la Aseguradora, la cobertura queda suspendida y la Aseguradora en el término de SIETE (7) días deberá notificar su decisión de rescindir.

Si la Aseguradora hubiera otorgado la cobertura por un costo mayor, el mismo se ajustará según el verdadero riesgo asumido.

NOTA SUSCRIPCIÓN: La presente cláusula únicamente podrá ser aplicada en caso de que la entidad requiera la notificación de agravaciones del riesgo que provengan de la modificación de la profesión o de la actividad declaradas.

V - COL - 10.2 – ENDOSO – LIQUIDACIÓN DEL BENEFICIO DE LA COBERTURA BÁSICA DE MUERTE EN CUOTAS

El presente endoso reemplazará al Artículo 15° de las Condiciones Generales Comunes, siempre y cuando figure su inclusión en las Condiciones Particulares y Certificado Individual de Incorporación.

Artículo 15 - Denuncia del Siniestro - Liquidación por Fallecimiento

Los beneficiarios o derechohabientes del Asegurado y/o el Tomador, según el caso, deberán comunicar el acaecimiento del fallecimiento del Asegurado conforme el plazo definido en Condiciones Particulares y Certificado Individual, el cual nunca será inferior a los TRES (3) días, contados desde la ocurrencia del mismo o desde que el denunciante conozca la existencia del beneficio, lo que fuere posterior, salvo caso fortuito, fuerza

mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.

Cualquier liquidación que corresponda en cumplimiento de las obligaciones contraídas por la Aseguradora en esta póliza, será efectuada después de presentados los documentos que acrediten el derecho de los reclamantes.

Cuando la liquidación se efectúe por fallecimiento del Asegurado durante la vigencia de esta póliza, la Aseguradora abonará a los beneficiarios la suma asegurada en cuotas mensuales, iguales y consecutivas, de acuerdo a lo estipulado en el Certificado Individual, abonándose la primera de ellas dentro de los quince (15) días de recibida la copia legalizada de la partida de defunción y la restante documentación que solicitara a los beneficiarios en los términos del Artículo 46 segundo párrafo de la Ley de Seguros.

Asimismo, la Aseguradora podrá requerir prueba instrumental, en cuanto sea razonable que la suministre el beneficiario o derechohabiente, según el caso, para verificar el siniestro y la extensión de la prestación a su cargo.

Los beneficiarios designados podrán solicitar en cualquier momento el anticipo de las cuotas futuras.

V - COL - 10.3 – ENDOSO – LIQUIDACIÓN DEL BENEFICIO DE LA CLÁUSULA ADICIONAL DE INVALIDEZ EN CUOTAS

El presente endoso reemplazará al Artículo 3° de la Cláusula Adicional de Invalidez Total y Permanente contratada, siempre y cuando figure su inclusión en las Condiciones Particulares y Certificado Individual de Incorporación.

Artículo 3° - Beneficio

La Aseguradora, comprobada la invalidez, abonará al asegurado una indemnización igual al capital asegurado definido en el Certificado Individual, en la cantidad de cuotas mensuales, iguales y consecutivas establecidas en el mismo, abonándose la primera de ellas dentro del plazo estipulado en el artículo 49°, 2° párrafo de la Ley N° 17.418.

El asegurado podrá en cualquier momento solicitar el anticipo de las cuotas futuras.

V - COL - 10.4 – CLÁUSULA ADICIONAL DE PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES

Artículo 1° - Porcentaje

Mediante esta cláusula adicional, la Aseguradora acuerda participar al Tomador en las utilidades de esta póliza en el porcentaje establecido en las Condiciones Particulares y Certificado Individual, según corresponda.

Artículo 2° - Oportunidad

La participación de utilidades se realizará al final de cada año de vigencia de la póliza.

Tanto su cálculo como su pago se efectuarán dentro de los NOVENTA (90) días de la fecha de vencimiento del período considerado.

Artículo 3° - Requisitos

Sólo se procederá al cálculo de participación de utilidades cuando las primas devengadas en el período anual sean abonadas en su totalidad y antes de su fecha de vencimiento o dentro del plazo de gracia.

Cuando no se cumpla el requisito establecido en el párrafo anterior, la participación en utilidades se practicará en el aniversario de póliza en que dicho requisito se cumpla, computando para ello todos los valores acumulados desde la fecha de emisión de esta cláusula o del último cálculo de participación en utilidades.

Artículo 4° - Coberturas Incluidas

La participación de utilidades podrá calcularse para la totalidad de coberturas incluidas en la póliza, o sólo para alguna/s de ellas, las cuales serán indicadas en las Condiciones Particulares y Certificado Individual, según corresponda.

Artículo 5° - Cálculo de las Utilidades

El cálculo de las utilidades de la póliza se efectuará empleando la “Cuenta de Utilidades” que se desarrolla seguidamente.

El alcance de los conceptos detallados seguidamente, así como sus porcentajes, será el consignado en las Condiciones Particulares y Certificado Individual, según corresponda.

INGRESOS:

a) Las primas de tarifa emitidas y pagadas netas de anulaciones correspondientes al período de cálculo considerado.

EGRESOS:

a) Los siniestros pagados y reservados netos de recuperos correspondientes al período de cálculo considerado.

b) El porcentaje de las primas correspondientes al período de cálculo considerado en concepto de gastos de la Aseguradora.

c) El eventual saldo negativo de la cuenta de INGRESOS menos EGRESOS del período de cálculo anterior.

La diferencia en más de los INGRESOS sobre los EGRESOS representará la utilidad sobre la cual se calculará la participación al Tomador.

Artículo 6° - Distribución

La Aseguradora participará del importe resultante de acuerdo a lo dispuesto en esta cláusula al Tomador, y este dará cuenta a los Asegurados del importe que les corresponda de acuerdo a la proporción de sus participaciones en el importe de las primas de esta póliza. Dicho proceder será notificado en los Certificados Individuales a fin de poner en conocimiento del mismo a los Asegurados.

Artículo 7° - Otras Consideraciones

La participación de utilidades 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 aniversario.

Digitally signed by Gestion Documental Electronica
Date: 2021.12.17 12:45:15 -03:00

Valeria Hirschhorn
Gerenta
Gerencia Técnica y Normativa
Superintendencia de Seguros de la Nación

Digitally signed by Gestion Documental
Electronica
Date: 2021.12.17 12:45:16 -03:00



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
2021 - Año de Homenaje al Premio Nobel de Medicina Dr. César Milstein

Informe

Número: IF-2021-122667027-APN-GTYN#SSN

CIUDAD DE BUENOS AIRES
Viernes 17 de Diciembre de 2021

Referencia: ANEXO II - CONDICIONES CONTRACTUALES DE CARÁCTER GENERAL PARA LOS SEGUROS DE VIDA INDIVIDUAL ANUAL RENOVABLE

ANEXO II

V - IND - 1 - CONDICIONES GENERALES COMUNES SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL ANUAL RENOVABLE

Artículo 1° - Disposiciones Fundamentales

Preeminencia normativa: Esta póliza se integra con estas Condiciones Generales Comunes, Cláusulas Adicionales y Condiciones Particulares.

El contrato se establece bajo el siguiente orden de prelación:

- Normas de orden público de las Leyes N° 17.418 y N° 20.091;
- Condiciones Particulares;
- Cláusulas Adicionales;
- Condiciones Generales Comunes.

Artículo 2° - Riesgo Cubierto: Cobertura Básica de Fallecimiento

El presente seguro cubre el riesgo de fallecimiento del Asegurado durante la vigencia de la póliza.

Artículo 3° - Limitaciones y Exclusiones

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

La Aseguradora, salvo indicación en contrario en Condiciones Particulares, no cubrirá el siniestro cuando el fallecimiento del Asegurado sea consecuencia de alguna de las siguientes causas:

- a. Suicidio voluntario, salvo que la póliza haya estado vigente ininterrumpidamente por el plazo indicado en las Condiciones Particulares.
- b. Comisión de un delito doloso, aún en grado de tentativa.
- c. Actos de guerra civil o internacional, guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, cuando el Asegurado hubiera participado como sujeto activo. Si la guerra comprendiera a la Nación Argentina, las obligaciones de la Aseguradora y del Asegurado se regirán por las normas que para tal emergencia dictara la Autoridad competente.
- d. Acontecimientos catastróficos originados por la energía atómica.
- e. Catástrofes naturales que afecten a la población masivamente.

Artículo 4° - Reticencia

Esta póliza ha sido extendida por la Aseguradora sobre la base de las declaraciones suscriptas por el Asegurado en la solicitud del seguro.

Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Asegurado, aún hecha de buena fe, que a juicio de peritos hubiere impedido el contrato, o hubiere modificado sus condiciones, si el Asegurador hubiese sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, **hace nulo el contrato**.

La Aseguradora cuenta con un plazo de TRES (3) meses, contado desde que tomó conocimiento de la reticencia, para impugnar el contrato de nulidad o proceder a su reajuste.

Transcurridos TRES (3) años desde la celebración del contrato, la Aseguradora no puede invocar la reticencia, excepto cuando fuere dolosa.

La Aseguradora no invocará como reticencia o falsa declaración la omisión de hechos o circunstancias cuya pregunta no conste expresa y claramente en la solicitud del seguro y/o declaración personal de salud.

Artículo 5° - Vigencia

Esta póliza entra en vigencia desde las CERO (00) horas del día fijado en Condiciones Particulares como comienzo de su vigencia. La cobertura será de **vigencia anual renovable** automáticamente.

No obstante ello, cualquiera de las partes (Asegurado o Aseguradora) deberá notificar por escrito y con una anticipación no menor a TREINTA (30) días corridos al vencimiento de la vigencia de la póliza, su decisión de no renovar.

Artículo 6° - Capitales Asegurados

La suma asegurada con que está cubierto el Asegurado es la determinada en las Condiciones Particulares.

Artículo 7° - Prima y Premio

La tasa de prima inserta en las Condiciones Particulares de esta póliza regirá durante el primer año de vigencia del seguro. Dicha tasa de prima podrá ser ajustada en cada aniversario de la póliza por la Aseguradora, la cual comunicará por escrito al Asegurado la nueva tasa de prima resultante, con una anticipación mínima de TREINTA (30) días corridos a la fecha de aniversario en que comiencen a regir la misma.

La prima a abonar resultará de aplicar la tasa de prima sobre el monto del capital asegurado.

El premio surge de adicionar a la prima los impuestos, tasas, contribuciones y sellados que pudieran corresponder.

Artículo 8° - Pago de los Premios

El premio deberá ser pagado a través de los medios de pago autorizados.

La periodicidad y vencimientos serán los establecidos en las Condiciones Particulares de esta póliza.

Artículo 9° - Plazo de Gracia

La Aseguradora concede un **plazo de gracia de TREINTA (30) días corridos para el pago de los premios vencidos impagos, sin recargo de intereses**. Durante ese plazo, esta póliza continuará en **pleno vigor**. Si dentro de este plazo se produjera un siniestro amparado por la presente póliza, se deducirá de la suma a abonarse el premio o fracción de premio impago vencido correspondiente.

Para el pago del primer premio, el plazo de gracia se contará desde la fecha de inicio de vigencia de esta póliza. Para el pago de los premios siguientes, dicho plazo de gracia correrá a partir de las CERO (00) horas del día en que venza cada uno.

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

Artículo 10 - Falta de Pago de los Premios

La falta de pago del premio en el plazo de gracia genera la rescisión automática de la póliza. El Asegurado adeudará a la Aseguradora el premio correspondiente al período impago (premio vencido más premio del plazo de gracia). Si el Asegurado hubiera solicitado la rescisión durante el período de gracia, adeudará el premio calculado a prorrata por los días transcurridos desde el vencimiento del premio impago hasta la fecha de envío de tal solicitud.

Artículo 11 - Designación y Cambio de Beneficiarios

El Asegurado designará en el formulario Solicitud del Seguro, en oportunidad de incorporarse al seguro, el o los beneficiarios del mismo.

El Asegurado podrá cambiar, en todo momento, el beneficiario o los beneficiarios por él designados salvo que la designación sea a título oneroso. El cambio de beneficiario surtirá efecto frente a la Aseguradora en cuanto el Asegurado realice la correspondiente comunicación por escrito.

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

Perderá todo derecho el beneficiario que provoca deliberadamente la muerte del Asegurado con un acto ilícito.

Artículo 12 - Denuncia del Siniestro - Liquidación por Fallecimiento

Los beneficiarios o derechohabientes del Asegurado deberán comunicar el acaecimiento de su fallecimiento conforme el plazo definido en Condiciones Particulares, el cual nunca será inferior a los TRES (3) días, contados desde la ocurrencia del mismo o desde que el denunciante conozca la existencia del beneficio, lo que fuere posterior, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.

La Aseguradora abonará a los beneficiarios la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares, dentro de los QUINCE (15) días de recibida la copia de la partida de defunción y la restante documentación que solicitara a los beneficiarios en los términos del Artículo 46 segundo párrafo de la Ley de Seguros.

La Aseguradora no deducirá de la indemnización ninguna fracción o fracciones de premio no vencidos que faltasen para completar la anualidad al momento de cualquier liquidación que provenga de la póliza.

Artículo 13 - Finalización de la Cobertura

La cobertura del Asegurado finalizará en los siguientes casos:

- a. Por renuncia del Asegurado a continuar con el seguro.
- b. Por fallecimiento del Asegurado.
- c. Por caducidad o rescisión de la póliza.

- d. Por falta de pago de premios de acuerdo con lo establecido en el Artículo 10 de estas Condiciones Generales Comunes.
- e. Cuando el Asegurado cumpla la Edad Máxima de Permanencia establecida en las Condiciones Particulares. La continuidad de cobro de prima, luego del arribo a tal edad máxima, se considerará como prórroga de vigencia hasta finalizado el período de riesgo cubierto amparado por dicha prima.
- f. Por ocurrir un siniestro amparado por una cláusula adicional de la póliza, en caso de haberla contratado, que otorgue una cobertura sustitutiva de la cobertura básica de fallecimiento, siempre que el capital asegurado de dicha cobertura sea igual al de fallecimiento.

La renuncia a que se refiere el punto a) deberá ser comunicada por escrito a la Aseguradora dentro de los TREINTA (30) días corridos, conforme lo estipulado en el artículo siguiente.

En todos los casos, la rescisión de la póliza operará al término del mes por el cual se hubieren descontado primas, y se devolverá la prima no ganada correspondiente, si la hubiere.

Artículo 14 - Rescisión de esta Póliza

Sin perjuicio de las demás causales de rescisión y caducidad ya previstas, esta póliza podrá ser rescindida por el Asegurado en cualquier momento después del primer año de vigencia del seguro, previo aviso por escrito con una anticipación no menor a TREINTA (30) días.

Por su parte, la Aseguradora podrá optar por no renovar la póliza al vencimiento de cada aniversario, mediante aviso por escrito con una anticipación no menor a TREINTA (30) días, conforme lo estipulado en el Artículo 5° de estas Condiciones Generales Comunes.

Artículo 15 - Duplicado de Póliza

Si en caso de robo, pérdida, destrucción o cualquier otra causa esta póliza dejara de hallarse en poder del Asegurado, éste podrá obtener un duplicado en sustitución del original. Las modificaciones o suplementos que se incluyan en el duplicado, a pedido del Asegurado, serán los únicos válidos.

El Asegurado tiene derecho a que se le entregue copia de las declaraciones efectuadas con motivo de este contrato y de la póliza sin costo alguno.

Artículo 16 - Impuestos, Tasas y Contribuciones

Los impuestos, tasas y contribuciones de cualquier índole y jurisdicción que se crearen en lo sucesivo, o los aumentos eventuales de los existentes, estarán a cargo del Asegurado, salvo cuando la Ley los declare expresamente a cargo exclusivo de la Aseguradora.

Artículo 17 - Facultades del Productor o Agente

El productor o agente de seguros, cualquiera sea su vinculación con la Aseguradora, autorizado por ésta para la intermediación, sólo está facultado con respecto a las operaciones en las cuales interviene para:

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

Artículo 18 - Prescripción

Las acciones fundadas en el presente contrato prescriben en el plazo de un año, computado desde que la correspondiente obligación es exigible. El plazo de prescripción para el beneficiario se computa desde que conoce la existencia del beneficio, pero en ningún caso excederá de tres años desde el siniestro.

Los actos del procedimiento establecido por la ley o el contrato para la liquidación del daño interrumpen la prescripción para el cobro de la prima y de la indemnización.

Artículo 19 - Jurisdicción

Toda controversia judicial que se plantee con relación al presente contrato, será dirimida ante los Tribunales ordinarios competentes de la jurisdicción del lugar de emisión de la póliza o del domicilio del Asegurado en los casos en que la póliza haya sido emitida en una jurisdicción distinta a la de su domicilio.

Artículo 20 - Domicilio

El domicilio en el que las partes deben efectuar las denuncias y declaraciones previstas en la Ley de Seguros o en el presente contrato es el último declarado.

(La entidad podrá especificar en este artículo los canales de remisión de información, tales como correos electrónicos, página web, etc, habilitados para efectuar cualquier declaración prevista en la póliza.)

V - IND - 2.1 – CLÁUSULA ADICIONAL – CÓNYUGE Y/O CONVIVIENTE

Artículo 1º - Riesgo Cubierto

Durante la vigencia de esta cláusula en las Condiciones Particulares, la Aseguradora concederá al Cónyuge o Conviviente (Artículo 509 del Código Civil y Comercial de la Nación) del Asegurado Titular las coberturas que se encuentren indicadas en dichas Condiciones.

Artículo 2° - Riesgos no Cubiertos

La Aseguradora no pagará la indemnización cuando el siniestro padecido por el Cónyuge/Conviviente Asegurado se produjera como consecuencia de los Riesgos no Cubiertos establecidos en las respectivas coberturas.

Artículo 3° - Capitales Asegurados

El capital asegurado por cada una de las coberturas brindadas al Cónyuge/Conviviente Asegurado será el establecido en las Condiciones Particulares, no pudiendo exceder el previsto para el Asegurado Titular.

Artículo 4° - Beneficiarios

El Cónyuge/Conviviente Asegurado podrá designar al beneficiario o beneficiarios, aplicándose lo establecido en el Artículo 11 de las Condiciones Generales Comunes.

Artículo 5° - Finalización de la Cobertura

La cobertura que esta cláusula otorga finalizará en la fecha en que se verifique alguno de los eventos previstos en el Artículo 13 de las Condiciones Generales Comunes o en los siguientes casos:

- a. Por fallecimiento del Cónyuge/Conviviente Asegurado.
- b. Cuando el Cónyuge/Conviviente Asegurado cumpla la Edad Máxima de Permanencia definida en las Condiciones Particulares. La continuidad de cobro de prima, luego del arribo a tal edad máxima, se considerará como prórroga de vigencia hasta finalizado el período de riesgo cubierto amparado por dicha prima.
- c. Por la renuncia del Cónyuge/Conviviente asegurado a continuar en el seguro.
- d. Cuando quede sin efecto el matrimonio del Asegurado Titular con el Cónyuge Asegurado por cualquier causa (nulidad, divorcio) o cuando cese la convivencia con el Conviviente.
- e. Cuando finalice la cobertura del Asegurado Titular por cualquier motivo.
- f. Por solicitud de cancelación de la cobertura del Cónyuge/Conviviente Asegurado por el Asegurado Titular.

Tanto la renuncia a que se refieren los puntos c) y f), como la pérdida del vínculo prevista en el punto d), deberán ser comunicadas por medio fehaciente a la Aseguradora por el Asegurado Titular dentro de los TREINTA (30) días corridos desde la fecha en la cual se produjeran dichos eventos.

En todos los casos, la rescisión de la cobertura operará al término del mes por el cual se hubieren descontado primas, y se devolverá la prima no ganada, si la hubiere, correspondiente a la cobertura rescindida.

NOTA: Al momento de suscripción la Aseguradora deberá prever que el Cónyuge/Conviviente no podrá contar con más coberturas o una cobertura más amplia que el Asegurado Titular. Asimismo las coberturas mencionadas deberán ser seleccionadas por el Asegurado Titular en la correspondiente solicitud.

Es condición indispensable que el Cónyuge/Conviviente cubierto por la presente cláusula, se encuentre amparado por la cobertura de fallecimiento.

NOTA SUSCRIPCION: Se consideran "Asegurables", a los Cónyuges o Convivientes de los Asegurados Titulares, que reúnan los requisitos de asegurabilidad exigidos por la Aseguradora.

Los Cónyuges serán asegurables a partir del día de la celebración del matrimonio.

Los Convivientes serán asegurables cuando hubieran convivido durante por lo menos DOS (2) años inmediatamente anteriores a la fecha de incorporación a esta cobertura (Artículo 510 inciso e) del Código Civil y Comercial de la Nación).

V - IND - 2.2 – CLÁUSULA ADICIONAL – CÓNYPGE Y/O CONVIVIENTE VIUDO – BENEFICIO ADICIONAL

Artículo 1º - Riesgo Cubierto

Durante la vigencia de esta cláusula en las Condiciones Particulares de la póliza, la Aseguradora concederá al Cónyuge o Conviviente (Artículo 509 del Código Civil y Comercial de la Nación) del Asegurado Titular en forma automática y sin pago ulterior de primas, un seguro de vida individual temporario por el término de DOCE (12) meses, para cubrir su riesgo de fallecimiento, cuando se produzca el fallecimiento del Asegurado Titular como consecuencia de un evento cubierto bajo la Cobertura Básica de la póliza y siempre que ocurra dentro de la vigencia de esta Cláusula Adicional en las Condiciones Particulares. Esta cobertura comenzará el día de la fecha de fallecimiento del Asegurado Titular.

Artículo 2º - Riesgos no Cubiertos

La Aseguradora no otorgará el beneficio previsto en esta cláusula cuando el fallecimiento del Asegurado Titular se produjera como consecuencia de los Riesgos no Cubiertos establecidos en el Artículo 3º de las Condiciones Generales Comunes.

Artículo 3º - Capitales Asegurados

El Capital Asegurado por el que será cubierto el Cónyuge/Conviviente viudo, se encontrará determinado en las Condiciones Particulares, no pudiendo exceder la suma asegurada prevista para el Asegurado Titular.

Artículo 4º - Carácter del Beneficio

El beneficio de esta cláusula es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la póliza y, en consecuencia, la Aseguradora no hará por tal concepto, deducción alguna de la suma asegurada a pagarse por cualquiera de ellos.

Artículo 5° - Beneficiarios

Los beneficiarios de esta cobertura serán los designados bajo la “Cláusula Adicional de Cónyuge y/o Conviviente”. Todo Asegurado podrá modificar, en cualquier momento, el beneficiario o los beneficiarios por él designados, conforme lo estipulado en el Artículo 11 de las Condiciones Generales Comunes.

En aquellos casos en los que el beneficiario originalmente designado por el Cónyuge/Conviviente fuera el Asegurado Titular fallecido, el mismo deberá definir nuevamente sus beneficiarios.

Artículo 6° - Finalización de la Cobertura

La cobertura que esta cláusula otorga finalizará en la fecha en que por cualquier causa quede sin efecto la Cobertura Básica de fallecimiento del Cónyuge/Conviviente.

Asimismo, la cobertura que esta cláusula otorga finalizará en la fecha en que se verifique alguno de los eventos previstos en el Artículo 13 de las Condiciones Generales Comunes o en los siguientes casos:

- a. Por fallecimiento del Cónyuge/Conviviente Asegurado.
- b. Cuando el Cónyuge/Conviviente Asegurado cumpla la Edad Máxima de Permanencia definida en las Condiciones Particulares para la presente cláusula adicional. La continuidad de cobro de prima, luego del arribo a tal edad máxima, se considerará como prórroga de vigencia hasta finalizado el período de riesgo cubierto amparado por dicha prima.
- c. Por la renuncia del Cónyuge/Conviviente Asegurado a continuar en el seguro.
- d. Cuando finalice la cobertura del Asegurado Titular por cualquier motivo.
- e. Por solicitud de cancelación de la cobertura del Cónyuge/Conviviente Asegurado por el Asegurado Titular.

La renuncia a que se refieren los puntos c) y e) deberá ser comunicada por medio fehaciente a la Aseguradora por el Asegurado Titular dentro de los TREINTA (30) días corridos desde la fecha en la cual se produjeran dichos eventos.

En todos los casos, la rescisión de la cobertura operará al término del mes por el cual se hubieren descontado primas, y se devolverá la prima no ganada, si la hubiere, correspondiente a la cobertura rescindida.

NOTA: Esta Cobertura resulta de aplicación únicamente a los cónyuges y/o convivientes de los Asegurados Titulares, que hubiesen sido incorporados a la póliza bajo la “Cláusula Adicional de Cónyuge y/o Conviviente”.

NOTA SUSCRIPCION: Se consideran “Asegurables”, a los cónyuges o convivientes de los Asegurados

Titulares, que reúnan los requisitos de asegurabilidad exigidos por la Aseguradora.

Los cónyuges serán asegurables a partir del día de la celebración del matrimonio.

Los convivientes serán asegurables cuando hubieran convivido durante por lo menos DOS (2) años inmediatamente anteriores a la fecha de incorporación a esta cobertura (Artículo 510 inciso e) del Código Civil y Comercial de la Nación).

V - IND - 2.3 – CLÁUSULA ADICIONAL – HIJOS

Artículo 1º - Riesgo Cubierto

Durante la vigencia de esta cláusula en las Condiciones Particulares del Asegurado Titular, la Aseguradora concederá a los Hijos mayores de CATORCE (14) años del mismo, las coberturas que se encuentren indicadas en dichas Condiciones.

Artículo 2º - Riesgos no Cubiertos

La Aseguradora no pagará la indemnización cuando el siniestro padecido por el Hijo Asegurado se produjera como consecuencia de los Riesgos no Cubiertos establecidos en las respectivas coberturas.

Artículo 3º - Capitales Asegurados

El capital asegurado con que está cubierto cada Hijo Asegurado será el establecido en las Condiciones Particulares, no pudiendo exceder el previsto para el Asegurado Titular.

Artículo 4º - Beneficiarios

Los Hijos Asegurados menores de edad, mayores de CATORCE (14) años, no podrán efectuar designación de beneficiarios. En caso de muerte, el beneficio se abonará al padre y/o a la madre en ejercicio de la patria potestad, previa manifestación por parte de éstos de la inexistencia de personas con mejor derecho hereditario.

Los Hijos Asegurados mayores de edad podrán designar al beneficiario o beneficiarios, aplicándose lo establecido en el Artículo 11 de las Condiciones Generales Comunes.

Artículo 5º - Finalización de la Cobertura de cada Hijo

La cobertura que esta cláusula otorga finalizará en la fecha en que se verifique alguno de los eventos previstos en

el Artículo 13 de las Condiciones Generales Comunes o en los siguientes casos:

- a. Por fallecimiento del Hijo Asegurado.
- b. Al cumplir el Hijo Asegurado la Edad Máxima de Permanencia establecida en las Condiciones Particulares. La continuidad de cobro de prima, luego del arribo a tal edad máxima, se considerará como prórroga de vigencia hasta finalizado el período de riesgo cubierto amparado por dicha prima.
- c. Por la renuncia del Hijo Asegurado a continuar en el seguro.
- d. Cuando finalice la cobertura del Asegurado Titular por cualquier motivo.
- e. Por solicitud de cancelación de la cobertura del Hijo por el Asegurado Titular.

La renuncia a que se refieren los puntos c) y e) deberá ser comunicada por medio fehaciente a la Aseguradora por el Asegurado Titular dentro de los TREINTA (30) días corridos desde la fecha en la cual se produjeran dichos eventos.

En todos los casos, la rescisión de la cobertura operará al término del mes por el cual se hubieren descontado primas, y se devolverá la prima no ganada, si la hubiere, correspondiente a la cobertura rescindida.

NOTA: Para el caso en que dos Asegurados Titulares puedan incorporar como Hijos a la o las mismas personas, dicha inclusión deberá ser efectuada únicamente por un Asegurado Titular.

V - IND - 2.4 – CLÁUSULA ADICIONAL – HIJO PÓSTUMO – BENEFICIO ADICIONAL

Artículo 1º - Riesgo Cubierto

La Aseguradora concederá el beneficio que acuerda la presente cláusula, a la Cónyuge o Conviviente (Artículo 509 del Código Civil y Comercial de la Nación) del Asegurado Titular, si dentro de los TRESCIENTOS (300) días posteriores al fallecimiento de este último tuviera lugar el nacimiento con vida de un Hijo de ambos, siempre y cuando la Cónyuge/Conviviente estuviera embarazada al momento del fallecimiento del Asegurado Titular.

Artículo 2º - Riesgos no Cubiertos

La Aseguradora no pagará la indemnización cuando el fallecimiento del Asegurado Titular se produjera como consecuencia de los Riesgos no Cubiertos establecidos en el Artículo 3º de las Condiciones Generales Comunes.

Artículo 3º - Beneficio

El pago del beneficio se realizará al Cónyuge/Conviviente dentro de los QUINCE (15) días de notificado el nacimiento o de recibidas las constancias y pruebas requeridas por la Aseguradora, lo que ocurra con posterioridad. El capital asegurado que corresponde abonar será el indicado en las Condiciones Particulares,

independientemente del número de hijos que nazcan.

Artículo 4° - Carácter del Beneficio

El beneficio de esta Cláusula es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la póliza y, en consecuencia, la Aseguradora no hará por tal concepto, deducción alguna de la suma asegurada a pagarse por cualquiera de ellos.

Artículo 5° - Comprobación de la Cobertura

Corresponde al Beneficiario:

- a) Denunciar el nacimiento conforme el plazo definido en Condiciones Particulares, el cual nunca podrá ser inferior a los TRES (3) días, contados desde la ocurrencia del mismo, o desde que el denunciante conozca la existencia del beneficio, lo que fuera posterior, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.
- b) Suministrar pruebas del nacimiento con vida, mediante la presentación del correspondiente certificado.
- c) Facilitar cualquier comprobación o aclaración, con gastos a cargo de la Aseguradora.

Artículo 6° - Finalización de la Cobertura

La cobertura que esta cláusula otorga terminará en la fecha en que se verifique alguno de los eventos previstos en el Artículo 13 de las Condiciones Generales Comunes o en los siguientes casos:

- a) Por fallecimiento del Cónyuge/Conviviente.
- b) Por nacimiento del Hijo Póstumo.
- c) Al cumplir la Cónyuge/Conviviente los CINCUENTA (50) años de edad.
- d) Cuando finalice la cobertura del Asegurado Titular por cualquier motivo.
- e) Por solicitud de cancelación de esta cobertura por el Asegurado Titular.

La renuncia a que se refiere el e) deberá ser comunicada por medio fehaciente a la Aseguradora por el Asegurado Titular dentro de los TREINTA (30) días corridos desde la fecha en la cual se produjera.

En todos los casos, la rescisión de la cobertura operará al término del mes por el cual se hubieren descontado primas, y se devolverá la prima no ganada, si la hubiere, correspondiente a la cobertura rescindida.

NOTA SUSCRIPCIÓN: Se entenderá por Conviviente a quien hubiera convivido durante por lo menos DOS (2) años inmediatamente anteriores a la fecha de incorporación a esta cobertura (Artículo 510 inciso e) del Código Civil y Comercial de la Nación).

V - IND - 3.1 – CLÁUSULA ADICIONAL – SEPELIO – REINTEGRO DE GASTOS – BENEFICIO ADICIONAL

Artículo 1° - Riesgo Cubierto

La Aseguradora concederá el beneficio que acuerda la presente cláusula cuando el Asegurado fallezca durante la vigencia de la presente cláusula en las Condiciones Particulares.

Artículo 2° - Riesgos no Cubiertos

La Aseguradora no pagará la indemnización cuando el fallecimiento de un Asegurado se produjera como consecuencia de los Riesgos no Cubiertos establecidos en el Artículo 3° de las Condiciones Generales Comunes.

Artículo 3° - Beneficio

La Aseguradora, comprobado el fallecimiento, se obliga a reembolsar a la persona que acredite haber efectuado los gastos derivados del servicio de sepelio hasta la concurrencia de la Suma Máxima Asegurada que se indica en las Condiciones Particulares. Dicha Suma Asegurada deberá fijarse en función del Servicio de sepelio/inhumación y/o cremación solicitado.

El pago del beneficio se realizará dentro de los QUINCE (15) días de recibidas las constancias y pruebas requeridas por la Aseguradora, establecidas en el Artículo 5°.

El capital asegurado podrá ser modificado por la Aseguradora durante la vigencia de la póliza, si el precio del servicio de sepelio pactado varía en razón de mayores costos de los elementos que lo componen, previa notificación al Asegurado, con una anticipación de TREINTA (30) días, de los nuevos capitales asegurados y aceptación por parte del mismo.

Artículo 4° - Carácter del Beneficio

El beneficio de esta Cláusula es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la póliza y, en consecuencia, la Aseguradora no hará por tal concepto, deducción alguna de la suma asegurada a pagarse por cualquiera de ellos.

Artículo 5° - Comprobación de la Cobertura

Corresponde a los Parientes, Personas allegadas o Herederos Legales, según corresponda:

- a) Denunciar la ocurrencia del fallecimiento conforme el plazo definido en Condiciones Particulares, el cual nunca será inferior a los TRES (3) días, contados desde la ocurrencia del mismo, o desde que el denunciante conozca la existencia del beneficio, lo que fuera posterior, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.
- b) Presentar certificado de defunción original o copia certificada del mismo, y comprobante original de los gastos realizados por el Sepelio.
- c) Facilitar cualquier comprobación o aclaración, con gastos a cargo de la Aseguradora.

Si un Asegurado falleciera en circunstancias en que nadie se hiciera cargo del sepelio, la Aseguradora, si fuera notificada de ello, se hará cargo de los gastos que demande el sepelio hasta la concurrencia de la suma asegurada máxima.

Artículo 6° - Finalización de la Cobertura

La cobertura que esta cláusula otorga terminará en la fecha en que se verifique alguno de los eventos previstos en el Artículo 13 de las Condiciones Generales Comunes o en los siguientes casos:

- a. Cuando el Asegurado cumpla la Edad Máxima de Permanencia establecida en las Condiciones Particulares para la presente cláusula adicional. La continuidad de cobro de prima, luego del arribo a tal edad máxima, se considerará como prórroga de vigencia hasta finalizado el período de riesgo cubierto amparado por dicha prima.
- b. Por la renuncia a continuar asegurado por la presente cláusula.
- c. Al caducar o rescindirse la presente cláusula adicional.

La renuncia a que se refiere el punto b), deberá ser comunicada por medio fehaciente a la Aseguradora por el Asegurado Titular dentro de los TREINTA (30) días corridos desde la fecha en la cual se produjera dicho evento.

En todos los casos, la rescisión de la cobertura operará al término del mes por el cual se hubieren descontado primas, y se devolverá la prima no ganada, si la hubiere, correspondiente a la cobertura rescindida.

NOTA: Podrán ser asegurados los Hijos o menores a cargo del Asegurado Titular y/o su Cónyuge/Conviviente, menores de CATORCE (14) años de edad. Únicamente podrán ser incluidos por el Asegurado Titular.

V - IND - 3.2 – CLÁUSULA ADICIONAL – SEPELIO – PRESTACIONAL – BENEFICIO ADICIONAL

Artículo 1° - Riesgo Cubierto

La Aseguradora concederá el beneficio que acuerda la presente cláusula cuando el Asegurado fallezca durante la vigencia de la presente cláusula en las Condiciones Particulares.

Artículo 2° - Riesgos no Cubiertos

La Aseguradora no pagará la indemnización cuando el fallecimiento de un Asegurado se produjera como consecuencia de los Riesgos no Cubiertos establecidos en el Artículo 3° de las Condiciones Generales Comunes.

Artículo 3° - Beneficio

La Aseguradora, comprobado el fallecimiento, se obliga a brindar el servicio de sepelio, hasta la concurrencia de la Suma Asegurada Máxima contratada, realizado en cualquier punto del país por alguna de las Empresas de Servicios Fúnebres detalladas en la nómina que forma parte integrante de la presente póliza, a cuyos efectos se tendrán en cuenta las siguientes condiciones:

- Ante el fallecimiento del Asegurado es carga de los Parientes, de las Personas más allegadas o de los Herederos Legales, solicitar la prestación del servicio de sepelio en alguna de las Empresas de Servicios Fúnebres que figuran en la nómina de prestadores adjunta a la presente póliza o en sus actualizaciones futuras. Es obligación de la Aseguradora mantener informado al Asegurado de las modificaciones producidas en la nómina de empresas prestadoras del servicio fúnebre.
- En caso que el servicio se efectuara con una empresa que no figura en la nómina de prestadoras, se perderá el derecho a reclamo bajo esta cláusula, salvo en los casos específicamente contemplados en el Artículo 5° de la presente cláusula adicional.
- A los efectos de la obtención de los servicios necesarios para inhumar al Asegurado fallecido, los Parientes, Personas más allegadas o los Herederos Legales, actuarán ante las Empresas de Servicios Fúnebres a título personal, solicitando la prestación del servicio que, como máximo, se ajuste hasta la concurrencia del Capital Asegurado que figure en las Condiciones Particulares.
- En caso de que un Asegurado falleciera en circunstancias tales que nadie se hiciera cargo de su sepelio, este seguro obrará de modo tal que, puesta la Aseguradora en conocimiento de dicha circunstancia, por intermedio de alguna de las Empresas de Servicios Fúnebres cercana al lugar del deceso, se hará cargo de los gastos de inhumación hasta la concurrencia de la Suma Asegurada establecida en las Condiciones Particulares.

El capital asegurado podrá ser modificado por la Aseguradora durante la vigencia de la póliza, si el precio del servicio de sepelio pactado varía en razón de mayores costos de los elementos que lo componen, previa notificación al Asegurado, con una anticipación de TREINTA (30) días, de los nuevos capitales asegurados y aceptación por parte del mismo.

Artículo 4° - Carácter del Beneficio

El beneficio de esta cláusula es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la póliza y, en consecuencia, la Aseguradora no hará por tal concepto, deducción alguna de la suma asegurada a pagarse por cualquiera de ellos.

Artículo 5° - Indemnización en Efectivo

Contrariamente a lo estipulado en el Artículo 3°, la Aseguradora abonará como máximo la suma individual asegurada a la persona que haya pagado el servicio de sepelio únicamente cuando:

- No pudiera lograrse la prestación directa del servicio de sepelio por alguna de las empresas de servicios fúnebres que figuran en la nómina adjunta a la presente o en sus actualizaciones futuras; por causas no imputables al solicitante; o
- La inhumación se efectuase sin intervención de alguna de las empresas adheridas por ocurrir el fallecimiento en el extranjero o en lugares dentro del país en los que en un radio de TREINTA (30) kilómetros no surja de la nómina una empresa de servicios fúnebres.

Artículo 6° - Comprobación de la Cobertura

Corresponde a los Parientes, Personas allegadas o Herederos Legales, según corresponda:

- a. Denunciar la ocurrencia del fallecimiento conforme el plazo definido en Condiciones Particulares.
- b. Facilitar cualquier comprobación o aclaración, con gastos a cargo de la Aseguradora.
- c. En los casos previstos en el Artículo 5°, adicionalmente deberá presentar el comprobante original de los gastos realizados por el Sepelio.

Artículo 7° - Finalización de la Cobertura

La cobertura que esta cláusula otorga terminará en la fecha en que se verifique alguno de los eventos previstos en el Artículo 13 de las Condiciones Generales Comunes o en los siguientes casos:

- a. Cuando el Asegurado cumpla la Edad Máxima de Permanencia establecida en las Condiciones Particulares para la presente cláusula adicional. La continuidad de cobro de prima, luego del arribo a tal edad máxima, se considerará como prórroga de vigencia hasta finalizado el período de riesgo cubierto amparado por dicha prima.
- b. Por la renuncia a continuar asegurado por la presente cláusula.
- c. Al caducar o rescindirse la presente cláusula adicional.

La renuncia a que se refiere el punto b), deberá ser comunicada por medio fehaciente a la Aseguradora por el Asegurado Titular dentro de los TREINTA (30) días corridos desde la fecha en la cual se produjera dicho evento.

En todos los casos, la rescisión de la cobertura operará al término del mes por el cual se hubieren descontado

primas, y se devolverá la prima no ganada, si la hubiere, correspondiente a la cobertura rescindida.

NOTA: Podrán ser asegurados los Hijos o menores a cargo del Asegurado Titular y/o su Cónyuge/Conviviente, menores de CATORCE (14) años de edad. Únicamente podrán ser incluidos por el Asegurado Titular.

NOTA: En caso de contratación de la presente cláusula, deberá entregar la nómina de Empresas de Servicios Fúnebres junto con las Condiciones Particulares.

V - IND - 4.1 – CLÁUSULA ADICIONAL – MUERTE ACCIDENTAL – COBERTURA ADICIONAL

Artículo 1º - Riesgo Cubierto

La Aseguradora concederá el beneficio que acuerda la presente cláusula cuando el Asegurado fallezca como consecuencia de lesiones corporales producidas directa y exclusivamente por un accidente, experimentadas dentro de los CIENTO OCHENTA (180) días del accidente, siempre que éste ocurra durante la vigencia de la presente cláusula en las Condiciones Particulares. Se entenderá por “accidente” a todo hecho externo, violento, fortuito e independiente de la voluntad del Asegurado.

Se excluyen expresamente los casos que sean consecuencia de enfermedades o infecciones de cualquier naturaleza.

Artículo 2º - Riesgos no Cubiertos

La Aseguradora no pagará el beneficio cuando el fallecimiento por accidente se produjera como consecuencia de los Riesgos no Cubiertos establecidos en el Anexo de Condiciones Particulares.

Artículo 3º - Beneficio

La Aseguradora, comprobado el accidente, abonará a los beneficiarios designados, la suma asegurada vigente a la fecha de ocurrencia del accidente, para la presente Cláusula Adicional indicada en las Condiciones Particulares.

El pago del beneficio se realizará dentro de los QUINCE (15) días de denunciado el fallecimiento o de recibidas las constancias y pruebas requeridas por la Aseguradora, establecidas en el Artículo 5º, lo que ocurra con posterioridad.

Artículo 4º - Carácter del Beneficio

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

Artículo 5º - Comprobación del Accidente

Corresponde al Beneficiario:

- a) Denunciar la ocurrencia del accidente conforme el plazo definido en Condiciones Particulares, el cual nunca será inferior a los TRES (3) días, contados desde la ocurrencia del mismo, o desde que el denunciante conozca la existencia del beneficio, lo que fuera posterior, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.
- b) Entregar copia legalizada de la partida de defunción.
- c) Presentar las constancias médicas y/o testimoniales; como así también las pruebas del accidente.
- d) Facilitar cualquier comprobación o aclaración, con gastos a cargo de la Aseguradora.

Artículo 6º - Valuación por Peritos

Si en la apreciación del evento surgieran divergencias entre las partes, las mismas serán definidas por DOS (2) médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los OCHO (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 TREINTA (30) días y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de QUINCE (15) días.

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

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

Artículo 7º - Finalización de la Cobertura

La cobertura que esta cláusula otorga terminará en la fecha en que se verifique alguno de los eventos previstos en el Artículo 13 de las Condiciones Generales Comunes o en los siguientes casos:

- a) Cuando el Asegurado cumpla la Edad Máxima de Permanencia establecida en las Condiciones Particulares para la presente cláusula adicional. La continuidad de cobro de prima, luego del arribo a tal edad máxima, se considerará como prórroga de vigencia hasta finalizado el período de riesgo cubierto amparado por dicha prima.

- b) Por la renuncia a continuar asegurado por la presente cláusula.
- c) Al caducar o rescindirse la presente cláusula adicional.

La renuncia a que se refiere el punto b), deberá ser comunicada por medio fehaciente a la Aseguradora por el Asegurado Titular dentro de los TREINTA (30) días corridos desde la fecha en la cual se produjera dicho evento.

En todos los casos, la rescisión de la cobertura operará al término del mes por el cual se hubieren descontado primas, y se devolverá la prima no ganada, si la hubiere, correspondiente a la cobertura rescindida.

V - IND - 4.2 – CLÁUSULA ADICIONAL – MUERTE Y/O PÉRDIDAS PARCIALES POR ACCIDENTE (Cobertura de Pérdidas Parciales Definidas en Condiciones Particulares) – BENEFICIO ADICIONAL

Artículo 1º - Riesgo Cubierto

La Aseguradora concederá al Asegurado el beneficio que acuerda la presente cláusula cuando el mismo fallezca o sufra las pérdidas definidas en las Condiciones Particulares, a consecuencia de lesiones corporales producidas directa y exclusivamente por un accidente, experimentadas dentro de los CIENTO OCHENTA (180) días de sufrido el accidente, siempre que éste ocurra durante la vigencia de la presente cláusula en las Condiciones Particulares. Se entenderá por accidente a todo hecho externo, violento, fortuito e independiente de la voluntad del Asegurado.

Se excluyen expresamente los casos que sean consecuencia de enfermedades o infecciones de cualquier naturaleza.

Artículo 2º - Riesgos no Cubiertos

La Aseguradora no pagará el beneficio cuando el accidente se produjera como consecuencia de los Riesgos no Cubiertos establecidos en el Anexo de Condiciones Particulares.

Artículo 3º - Beneficio

En caso que el Asegurado se encuentre cubierto por el riesgo de fallecimiento, la Aseguradora, comprobado el fallecimiento por accidente, abonará a los beneficiarios designados el CIENTO POR CIENTO (100%) del capital asegurado de la presente cláusula indicado en las Condiciones Particulares.

Si el Asegurado se encuentra cubierto por alguna de las pérdidas por accidente definidas en las Condiciones Particulares y ocurriera un accidente en el cual sufra una pérdida indemnizable, la Aseguradora abonará el porcentaje del capital asegurado estipulado en las mismas.

En caso de varias pérdidas en uno o más accidentes amparados por esta Cláusula Adicional, la Aseguradora abonará la indemnización que corresponda a la suma de los respectivos porcentajes, hasta el límite del Capital

Asegurado. Cuando esa suma sea del OCHENTA POR CIENTO (80%) o más, se pagará la indemnización máxima prevista por esta cláusula (CIEN POR CIENTO -100%- del capital asegurado).

Si las consecuencias de un accidente ya indemnizado se agravaran y, durante el transcurso de los DOCE (12) meses siguientes a la fecha del accidente, ocasionaran otra u otras pérdidas o la muerte, la Aseguradora pagará cualquier diferencia que pudiera corresponder hasta alcanzar el monto del capital asegurado máximo establecido para esta cláusula.

El pago del beneficio se realizará dentro de los QUINCE (15) días de notificado el accidente o de recibidas las constancias y pruebas requeridas por la Aseguradora, lo que ocurra con posterioridad.

Artículo 4° - Carácter del Beneficio

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

Artículo 5° - Comprobación del Accidente

Corresponde al Asegurado o Beneficiario:

- a) Denunciar la ocurrencia del accidente conforme el plazo definido en Condiciones Particulares, el cual nunca será inferior a los TRES (3) días, contados desde la ocurrencia del mismo, o desde que el denunciante conozca la existencia del beneficio, lo que fuera posterior, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.
- b) Presentar las constancias médicas y/o testimoniales, como así también las pruebas del accidente.
- c) Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta DOS (2) exámenes médicos por facultativos designados por la Aseguradora y con gastos a cargo de ésta.
- d) Adoptar todas las medidas posibles conducentes a disminuir las consecuencias del accidente.

La Aseguradora se reserva el derecho de gestionar la exhumación del cadáver y practicar la autopsia en presencia de unos de sus facultativos, con gastos a cargo de la misma.

Artículo 6° - Valuación por Peritos

Si en la apreciación del evento surgieran divergencias entre las partes, las mismas serán definidas por DOS (2) médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los OCHO (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 TREINTA (30) días y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de QUINCE (15) días.

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

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

Artículo 7º - Finalización de la Cobertura

La cobertura que esta cláusula otorga terminará en la fecha en que se verifique alguno de los eventos previstos en el Artículo 13 de las Condiciones Generales Comunes o en los siguientes casos:

- a) Cuando el Asegurado cumpla la Edad Máxima de Permanencia establecida en las Condiciones Particulares para la presente cláusula adicional. La continuidad de cobro de prima, luego del arribo a tal edad máxima, se considerará como prórroga de vigencia hasta finalizado el período de riesgo cubierto amparado por dicha prima.
- b) Por la renuncia a continuar asegurado por la presente cláusula.
- c) Al caducar o rescindir la presente cláusula adicional.
- d) Por el pago de la totalidad del beneficio que acuerda la presente cláusula adicional.

La renuncia a que se refiere el punto b), deberá ser comunicada por medio fehaciente a la Aseguradora por el Asegurado Titular dentro de los TREINTA (30) días corridos desde la fecha en la cual se produjera dicho evento.

En todos los casos, la rescisión de la cobertura operará al término del mes por el cual se hubieren descontado primas, y se devolverá la prima no ganada, si la hubiere, correspondiente a la cobertura rescindida.

V - IND - 4.3 – CLÁUSULA ADICIONAL – MUERTE ACCIDENTAL SIMULTÁNEA DEL ASEGURADO Y SU CÓNYUGE Y/O CONVIVIENTE – BENEFICIO ADICIONAL

Artículo 1º - Riesgo Cubierto

La Aseguradora concederá el beneficio que acuerda la presente cláusula cuando el Asegurado Titular y su Cónyuge/Conviviente Asegurado por esta póliza, fallezcan como consecuencia de lesiones corporales producidas directa y exclusivamente por un accidente, experimentadas dentro de los CIENTO OCHENTA (180) días del accidente, siempre que éste ocurra durante la vigencia de la presente cláusula en las Condiciones Particulares. Se entenderá por accidente a todo hecho externo, violento, fortuito e independiente de la voluntad del Asegurado.

Se excluyen expresamente los casos que sean consecuencia de enfermedades o infecciones de cualquier naturaleza.

Artículo 2° - Riesgos no Cubiertos

La Aseguradora no pagará el beneficio cuando el fallecimiento por accidente se produjera como consecuencia de los Riesgos no Cubiertos establecidos en el Anexo de Condiciones Particulares.

Artículo 3° - Beneficio

La Aseguradora, comprobado el accidente, abonará a los beneficiarios designados, la suma asegurada vigente a la fecha de ocurrencia del accidente, para la presente Cláusula Adicional indicada en las Condiciones Particulares.

El pago del beneficio se realizará dentro de los QUINCE (15) días de denunciado el fallecimiento o de recibidas las constancias y pruebas requeridas por la Aseguradora, establecidas en el Artículo 5°, lo que ocurra con posterioridad.

Artículo 4° - Carácter del Beneficio

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

Artículo 5° - Comprobación del Accidente

Corresponde al Beneficiario:

- a) Denunciar la ocurrencia del accidente conforme el plazo definido en Condiciones Particulares, el cual nunca será inferior a los TRES (3) días, contados desde la ocurrencia del mismo, o desde que el denunciante conozca la existencia del beneficio, lo que fuera posterior, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.
- b) Entregar copia legalizada de las partidas de defunción.
- c) Presentar las constancias médicas y/o testimoniales; como así también las pruebas del accidente.
- d) Facilitar cualquier comprobación o aclaración, con gastos a cargo de la Aseguradora.

La Aseguradora se reserva el derecho de gestionar la exhumación de los cadáveres y practicar la autopsia en presencia de unos de sus facultativos, con gastos a cargo de la misma.

Artículo 6° - Finalización de la Cobertura

La cobertura que esta cláusula otorga terminará en la fecha en que se verifique alguno de los eventos previstos en el Artículo 13 de las Condiciones Generales Comunes o en los siguientes casos:

- a) Cuando el Asegurado cumpla la Edad Máxima de Permanencia establecida en las Condiciones Particulares para la presente cláusula adicional. La continuidad de cobro de prima, luego del arribo a tal edad máxima, se considerará como prórroga de vigencia hasta finalizado el período de riesgo cubierto amparado por dicha prima.
- b) Por la renuncia a continuar asegurado por la presente cláusula.
- c) Al caducar o rescindir la presente cláusula adicional.

La renuncia a que se refiere el punto b), deberá ser comunicada por medio fehaciente a la Aseguradora por el Asegurado Titular dentro de los TREINTA (30) días corridos desde la fecha en la cual se produjera dicho evento.

En todos los casos, la rescisión de la cobertura operará al término del mes por el cual se hubieren descontado primas, y se devolverá la prima no ganada, si la hubiere, correspondiente a la cobertura rescindida.

V - IND - 5.1 – CLÁUSULA ADICIONAL – INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE: LIQUIDACIÓN DEL CAPITAL ASEGURADO –BENEFICIO SUSTITUTIVO

Artículo 1º - Riesgo Cubierto

La Aseguradora concederá al Asegurado el beneficio que acuerda la presente cláusula cuando el mismo se encuentre en un estado de invalidez total y permanente, como consecuencia de enfermedad o accidente, y dicho estado no le permita desempeñar por cuenta propia o en relación de dependencia cualquier actividad remunerativa, siempre que tal estado haya continuado ininterrumpidamente como mínimo por el plazo de espera indicado en Condiciones Particulares y se hubiese iniciado durante la vigencia de la presente cláusula en dichas Condiciones.

El plazo de espera señalado en el párrafo anterior se computará:

- En caso de enfermedad, a partir de la fecha que los médicos dictaminen como fecha de inicio de la invalidez. En caso de no poder dictaminarse la misma, el plazo se computará desde la fecha de denuncia del siniestro.
- En caso de accidente, a partir de la fecha de ocurrencia del mismo.

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

Se excluyen expresamente los casos que afecten al Asegurado en forma parcial o temporal.

Sin perjuicio de otras causas, la Aseguradora podrá reconocer como invalidez total y permanente las definidas en las Condiciones Particulares.

Artículo 2° - Riesgos no Cubiertos

La Aseguradora no pagará el beneficio cuando la invalidez se produjera como consecuencia de los Riesgos no Cubiertos establecidos en el Anexo de Condiciones Particulares.

Artículo 3° - Beneficio

La Aseguradora, comprobada la invalidez, abonará al Asegurado una indemnización igual al capital asegurado definido en las Condiciones Particulares, dentro del plazo estipulado en el Artículo 49 segundo párrafo de la Ley de Seguros.

Artículo 4° - Carácter del Beneficio

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

Si el monto abonado por invalidez resultara inferior a la suma asegurada por muerte, dicha liberación será parcial por un importe igual al capital liquidado por invalidez permanente.

Artículo 5° - Comprobación de la Invalidez

Corresponde al Asegurado o su representante:

- a) Denunciar la existencia de la invalidez conforme el plazo definido en Condiciones Particulares, el cual nunca será inferior a los TRES (3) días, contados desde la ocurrencia del mismo, o desde que el denunciante conozca la existencia del beneficio, lo que fuera posterior, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.
- b) Presentar las constancias médicas y/o testimoniales de su comienzo y causas.
- c) Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta DOS (2) exámenes médicos por facultativos designados por la Aseguradora y con gastos a cargo de ésta.

Artículo 6° - Plazo de Prueba

La Aseguradora dentro de los QUINCE (15) días de recibida la denuncia y/o las constancias a las que se refiere el artículo anterior contados desde la fecha que sea posterior, deberá comunicar al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. Si las comprobaciones a las que se refiere el Artículo 5° no resultaran concluyentes en cuanto al carácter total y permanente de la invalidez, la Aseguradora podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor a TRES (3) meses, a fin de confirmar el diagnóstico.

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

El Asegurado deberá seguir abonando las primas correspondientes al período de comprobación del diagnóstico. Confirmado el mismo, la Aseguradora reembolsará las extraprimas de esta Cláusula Adicional abonadas durante el plazo de comprobación.

Artículo 7º - Valuación por Peritos

Si en la apreciación del evento surgieran divergencias entre las partes, las mismas serán definidas por DOS (2) médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los OCHO (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 TREINTA (30) días y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de QUINCE (15) días.

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

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

Artículo 8º - Finalización de la Cobertura

La cobertura que esta cláusula otorga terminará en la fecha en que se verifique alguno de los eventos previstos en el Artículo 13 de las Condiciones Generales Comunes o en los siguientes casos:

- a) Cuando el Asegurado cumpla la Edad Máxima de Permanencia establecida en las Condiciones Particulares para la presente cláusula. La continuidad de cobro de prima, luego del arribo a tal edad máxima, se considerará como prórroga de vigencia hasta finalizado el período de riesgo cubierto amparado por dicha prima.
- b) Por la renuncia a continuar asegurado por la presente cláusula.
- c) Al caducar o rescindirse la presente cláusula adicional.
- d) Por el pago del beneficio que acuerda la presente cláusula adicional.

La renuncia a que se refiere el punto b), deberá ser comunicada por medio fehaciente a la Aseguradora por el Asegurado Titular dentro de los TREINTA (30) días corridos desde la fecha en la cual se produjera dicho evento.

En todos los casos, la rescisión de la cobertura operará al término del mes por el cual se hubieren descontado primas, y se devolverá la prima no ganada, si la hubiere, correspondiente a la cobertura rescindida.

NOTA: Las causales definidas taxativamente en Condiciones Particulares eximirán de comprobación para determinar la invalidez total y permanente.

V - IND - 5.2 – CLÁUSULA ADICIONAL – INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE: LIQUIDACIÓN DEL CAPITAL ASEGURADO – BENEFICIO SUSTITUTIVO

Artículo 1º - Riesgo Cubierto

La Aseguradora concederá al Asegurado el beneficio que acuerda la presente cláusula cuando el mismo se encuentre en un estado de invalidez total y permanente, como consecuencia de accidente, y dicho estado no le permita desempeñar por cuenta propia o en relación de dependencia cualquier actividad remunerativa, siempre que tal estado haya continuado ininterrumpidamente como mínimo por el plazo de espera indicado en Condiciones Particulares y se hubiese iniciado durante la vigencia de la presente cláusula en dichas Condiciones.

Se excluyen expresamente los casos que afecten al Asegurado en forma parcial o temporal y aquellas que sean consecuencia de enfermedades o infecciones de cualquier naturaleza.

Se entenderá por “accidente” a todo hecho externo, violento, fortuito e independiente de la voluntad del Asegurado.

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

Artículo 2º - Riesgos no Cubiertos

La Aseguradora no pagará el beneficio cuando la invalidez se produjera como consecuencia de los Riesgos no Cubiertos establecidos en el Anexo de Condiciones Particulares.

Artículo 3º - Beneficio

La Aseguradora, comprobada la invalidez, abonará al Asegurado una indemnización igual al capital asegurado definido en las Condiciones Particulares, dentro del plazo estipulado en el Artículo 49 segundo párrafo de la Ley de Seguros.

Artículo 4º - Carácter del Beneficio

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

Si el monto abonado por invalidez resultara inferior a la suma asegurada por muerte, dicha liberación será parcial por un importe igual al capital liquidado por invalidez permanente.

Artículo 5° - Comprobación de la Invalidez

Corresponde al Asegurado o su representante:

- a) Denunciar la ocurrencia del accidente y la existencia de la invalidez conforme el plazo definido en Condiciones Particulares, el cual nunca será inferior a los TRES (3) días, contados desde la ocurrencia del mismo, o desde que el denunciante conozca la existencia del beneficio, lo que fuera posterior, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.
- b) Presentar las constancias médicas y/o testimoniales de su comienzo y causas; como así también las constancias y pruebas del accidente que le diera origen;
- c) Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta DOS (2) exámenes médicos por facultativos designados por la Aseguradora y con gastos a cargo de ésta.
- d) Adoptar todas las medidas posibles conducentes a disminuir las consecuencias del accidente.

Artículo 6° - Plazo de Prueba

La Aseguradora dentro de los QUINCE (15) días de recibida la denuncia y/o las constancias a las que se refiere el artículo anterior contados desde la fecha que sea posterior, deberá comunicar al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. Si las comprobaciones a las que se refiere el Artículo 5° no resultaran concluyentes en cuanto al carácter total y permanente de la invalidez, la Aseguradora podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor a TRES (3) meses, a fin de confirmar el diagnóstico.

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

El Asegurado deberá seguir abonando las primas correspondientes al período de comprobación del diagnóstico. Confirmado el mismo, la Aseguradora reembolsará las extraprimas de esta Cláusula Adicional abonadas durante el plazo de comprobación.

Artículo 7° - Valuación por Peritos

Si en la apreciación del evento surgieran divergencias entre las partes, las mismas serán definidas por DOS (2) médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los OCHO (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 TREINTA (30) días y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de QUINCE (15) días.

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

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

Artículo 8° - Finalización de la Cobertura

La cobertura que esta cláusula otorga terminará en la fecha en que se verifique alguno de los eventos previstos en el Artículo 13 de las Condiciones Generales Comunes o en los siguientes casos:

- a) Cuando el Asegurado cumpla la Edad Máxima de Permanencia establecida en las Condiciones Particulares para la presente cláusula adicional. La continuidad de cobro de prima, luego del arribo a tal edad máxima, se considerará como prórroga de vigencia hasta finalizado el período de riesgo cubierto amparado por dicha prima.
- b) Por la renuncia a continuar asegurado por la presente cláusula.
- c) Al caducar o rescindir la presente cláusula adicional.
- d) Por el pago del beneficio que acuerda la presente cláusula adicional.

La renuncia a que se refiere el punto b), deberá ser comunicada por medio fehaciente a la Aseguradora por el Asegurado Titular dentro de los TREINTA (30) días corridos desde la fecha en la cual se produjera dicho evento.

En todos los casos, la rescisión de la cobertura operará al término del mes por el cual se hubieren descontado primas, y se devolverá la prima no ganada, si la hubiere, correspondiente a la cobertura rescindida.

V - IND - 5.3 – CLÁUSULA ADICIONAL – INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE PROFESIONAL: LIQUIDACIÓN DEL CAPITAL ASEGURADO – BENEFICIO SUSTITUTIVO

Artículo 1° - Riesgo Cubierto

La Aseguradora concederá al Asegurado el beneficio que acuerda la presente cláusula cuando el mismo se encuentre en un estado de invalidez total y permanente, como consecuencia de enfermedad o accidente, y dicho estado no le permita desempeñar por cuenta propia o en relación de dependencia su actividad remunerativa habitual, siempre que tal estado haya continuado ininterrumpidamente como mínimo por el plazo de espera indicado en Condiciones Particulares y se hubiese iniciado durante la vigencia de la presente cláusula en dichas Condiciones.

El plazo de espera señalado en el párrafo anterior se computará:

- En caso de enfermedad, a partir de la fecha que los médicos dictaminen como fecha de inicio de la invalidez. En caso de no poder dictaminarse la misma, el plazo se computará desde la fecha de denuncia del siniestro.

- En caso de accidente, a partir de la fecha de ocurrencia del mismo.

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

Se excluyen expresamente los casos que afecten al Asegurado en forma parcial o temporal.

Artículo 2º - Riesgos no Cubiertos

La Aseguradora no pagará el beneficio cuando la invalidez se produjera como consecuencia de los Riesgos no Cubiertos establecidos en el Anexo de Condiciones Particulares.

Artículo 3º - Beneficio

La Aseguradora, comprobada la invalidez, abonará al Asegurado una indemnización igual al capital asegurado definido en las Condiciones Particulares, dentro del plazo estipulado en el Artículo 49 segundo párrafo de la Ley de Seguros.

Artículo 4º - Carácter del Beneficio

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

Si el monto abonado por invalidez resultara inferior a la suma asegurada por muerte, dicha liberación será parcial por un importe igual al capital liquidado por invalidez permanente.

Artículo 5º - Comprobación de la Invalidez

Corresponde al Asegurado o su representante:

- a) Denunciar la existencia de la invalidez conforme el plazo definido en Condiciones Particulares, el cual nunca será inferior a los TRES (3) días, contados desde la ocurrencia del mismo, o desde que el denunciante conozca la existencia del beneficio, lo que fuera posterior, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.

- b) Presentar las constancias médicas y/o testimoniales de su comienzo y causas.
- c) Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta DOS (2) exámenes médicos por facultativos designados por la Aseguradora y con gastos a cargo de ésta.

Artículo 6° - Plazo de Prueba

La Aseguradora dentro de los QUINCE (15) días de recibida la denuncia y/o las constancias a las que se refiere el artículo anterior contados desde la fecha que sea posterior, deberá comunicar al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. Si las comprobaciones a las que se refiere el Artículo 5° no resultaran concluyentes en cuanto al carácter total y permanente de la invalidez, la Aseguradora podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor a TRES (3) meses, a fin de confirmar el diagnóstico.

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

El Asegurado deberá seguir abonando las primas correspondientes al período de comprobación del diagnóstico. Confirmado el mismo, la Aseguradora reembolsará las extraprimas de esta Cláusula Adicional abonadas durante el plazo de comprobación.

Artículo 7° - Valuación por Peritos

Si en la apreciación del evento surgieran divergencias entre las partes, las mismas serán definidas por DOS (2) médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los OCHO (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 TREINTA (30) días y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de QUINCE (15) días.

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

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

Artículo 8° - Finalización de la Cobertura

La cobertura que esta cláusula otorga terminará en la fecha en que se verifique alguno de los eventos previstos en el Artículo 13 de las Condiciones Generales Comunes o en los siguientes casos:

- a) Cuando el Asegurado cumpla la Edad Máxima de Permanencia establecida en las Condiciones Particulares

para la presente cláusula adicional. La continuidad de cobro de prima, luego del arribo a tal edad máxima, se considerará como prórroga de vigencia hasta finalizado el período de riesgo cubierto amparado por dicha prima.

- b) Por la renuncia a continuar asegurado por la presente cláusula.
- c) Al caducar o rescindirse la presente cláusula adicional.
- d) Por el pago del beneficio que acuerda la presente cláusula adicional.

La renuncia a que se refiere el punto b), deberá ser comunicada por medio fehaciente a la Aseguradora por el Asegurado Titular dentro de los TREINTA (30) días corridos desde la fecha en la cual se produjera dicho evento.

En todos los casos, la rescisión de la cobertura operará al término del mes por el cual se hubieren descontado primas, y se devolverá la prima no ganada, si la hubiere, correspondiente a la cobertura rescindida.

V - IND - 5.4 – CLÁUSULA ADICIONAL DE INVALIDEZ FÍSICA TOTAL, PERMANENTE E IRREVERSIBLE –TAXATIVA (Invalideces Definidas en Condiciones Particulares) – BENEFICIO SUSTITUTIVO

Artículo 1º - Riesgo Cubierto

La Aseguradora concederá al Asegurado el beneficio que acuerda la presente cláusula cuando el mismo se encuentre en un estado de invalidez física total, permanente e irreversible, no pasible de ser revertido por tratamientos médicos y/o quirúrgicos como consecuencia de enfermedad o accidente, definido taxativamente en las Condiciones Particulares, y dicho estado no le permita desempeñar por cuenta propia o en relación de dependencia cualquier actividad remunerativa, siempre que tal estado haya continuado ininterrumpidamente como mínimo por el plazo de espera indicado en Condiciones Particulares y se hubiese iniciado durante la vigencia de la presente cláusula en dichas Condiciones.

El plazo de espera señalado en el párrafo anterior se computará:

- En caso de enfermedad, a partir de la fecha que los médicos dictaminen como fecha de inicio de la invalidez física total, permanente e irreversible. En caso de no poder dictaminarse la misma, el plazo se computará desde la fecha de denuncia del siniestro.
- En caso de accidente, a partir de la fecha de ocurrencia del mismo.

En las denuncias de invalidez, la Aseguradora procederá a su reconocimiento de acuerdo con las constancias médicas y demás elementos mencionados en el Artículo 6º, siempre que sean razonablemente demostrativos del estado de invalidez física total, permanente e irreversible.

Se excluyen expresamente los casos que afecten al Asegurado en forma parcial o temporal.

Artículo 2° - Riesgos no Cubiertos

La Aseguradora no pagará el beneficio cuando la invalidez se produjera como consecuencia de los Riesgos no Cubiertos establecidos en el Anexo de Condiciones Particulares.

Artículo 3° - Beneficio

La Aseguradora, comprobada la invalidez física total, permanente e irreversible, abonará al Asegurado una indemnización igual al capital asegurado definido en las Condiciones Particulares, dentro del plazo estipulado en el Artículo 49 segundo párrafo de la Ley de Seguros.

Artículo 4° - Carácter del Beneficio

El beneficio acordado por invalidez física total, permanente e irreversible es sustitutivo del capital asegurado que debiera liquidarse en caso de muerte del Asegurado, de modo que con el pago al que se refiere el artículo anterior, la Aseguradora queda liberado de cualquier obligación con respecto a dicho Asegurado, salvo las obligaciones pendientes a la fecha del siniestro.

Si el monto abonado por invalidez resultara inferior a la suma asegurada por muerte, dicha liberación será parcial por un importe igual al capital liquidado por invalidez permanente.

Artículo 5° - Determinación de la Invalidez a través de Invalideces Parciales

Si el Asegurado padeciera distintas invalideces físicas, permanentes e irreversibles, sólo se considerará que el Asegurado padece una invalidez física total, permanente e irreversible, cuando la sumatoria de estas invalideces supere el SESENTA Y SEIS POR CIENTO (66%) de la capacidad física del Asegurado y siempre y cuando una de las discapacidades represente como mínimo un CUARENTA POR CIENTO (40%) de la invalidez total. A los efectos de distinguir las distintas invalideces físicas permanentes, la Aseguradora se basará en el Baremo Médico indicado en las Condiciones Particulares.

La determinación del estado de invalidez será obtenida del siguiente modo:

- a) Se realizará una evaluación cuantitativa de los porcentajes correspondientes a cada una de las invalideces físicas permanentes e irreversibles padecidas por el Asegurado, en función de las pruebas, diagnósticos y demás estudios efectuados al asegurado.
- b) Una vez obtenidos los porcentajes de todas las invalideces se procederá al ordenamiento decreciente de los mismos.
- c) Al CIEN POR CIENTO (100%) de la capacidad física se restará el porcentaje de la invalidez parcial, que del ordenamiento establecido en el inciso b) precedente, resulte ser la mayor, obteniendo la capacidad física remanente.

- d) Al porcentaje de capacidad física remanente obtenido en el inciso c) precedente, se aplicará el porcentaje correspondiente a la segunda invalidez parcial y el cálculo resultante establecerá el porcentaje que será restado a dicha capacidad, obteniendo de este modo una nueva capacidad física remanente. El mismo criterio se practicará en forma sucesiva a las demás invalideces parciales que pudieran presentarse.
- e) El porcentaje de invalidez del asegurado, surgirá de restar a la capacidad total mencionada en el inciso c) (CIEN POR CIENTO -100 %-), la última capacidad física remanente obtenida.

Artículo 6° - Comprobación de la Invalidez Física Total, Permanente e Irreversible

Corresponde al Asegurado o su representante:

- a) Denunciar la existencia de la invalidez física total, permanente e irreversible conforme el plazo definido en Condiciones Particulares, el cual nunca será inferior a los TRES (3) días, contados desde la ocurrencia del mismo, o desde que el denunciante conozca la existencia del beneficio, lo que fuere posterior, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.
- b) Presentar las constancias médicas y/o testimoniales de su comienzo y causas;
- c) Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta DOS (2) exámenes médicos por facultativos designados por la Aseguradora y con gastos a cargo de ésta.

Artículo 7° - Plazo de Prueba

La Aseguradora dentro de los QUINCE (15) días de recibida la denuncia y/o las constancias a las que se refiere el artículo anterior contados desde la fecha que sea posterior, deberá comunicar al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. Si las comprobaciones a que se refiere el Artículo 6° no resultaran concluyentes en cuanto al carácter total, permanente e irreversible de la invalidez, la Aseguradora podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor a TRES (3) meses, a fin de confirmar el diagnóstico.

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

El Asegurado deberá seguir abonando las primas correspondientes al período de comprobación del diagnóstico. Confirmado el mismo, la Aseguradora reembolsará las extraprimas de esta Cláusula Adicional abonadas durante el plazo de comprobación.

Artículo 8° - Valuación por Peritos

Si en la apreciación del evento surgieran divergencias entre las partes, las mismas serán definidas por DOS (2) médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los OCHO (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 TREINTA (30) días y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de QUINCE (15) días.

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

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

Artículo 9º - Finalización de la Cobertura

La cobertura que esta cláusula otorga terminará en la fecha en que se verifique alguno de los eventos previstos en el Artículo 13 de las Condiciones Generales Comunes o en los siguientes casos:

- a) Cuando el Asegurado cumpla la Edad Máxima de Permanencia establecida en las Condiciones Particulares para la presente cláusula adicional. La continuidad de cobro de prima, luego del arribo a tal edad máxima, se considerará como prórroga de vigencia hasta finalizado el período de riesgo cubierto amparado por dicha prima.
- b) Por la renuncia a continuar asegurado por la presente cláusula;
- c) Al caducar o rescindirse la presente cláusula adicional;
- d) Por el pago del beneficio que acuerda la presente cláusula adicional.

La renuncia a que se refiere el punto b), deberá ser comunicada por medio fehaciente a la Aseguradora por el Asegurado Titular dentro de los TREINTA (30) días corridos desde la fecha en la cual se produjera dicho evento.

En todos los casos, la rescisión de la cobertura operará al término del mes por el cual se hubieren descontado primas, y se devolverá la prima no ganada, si la hubiere, correspondiente a la cobertura rescindida.

NOTA: Será requisito excluyente para acceder al beneficio previsto por la presente cobertura que una de las discapacidades represente como mínimo un CUARENTA POR CIENTO (40%) de la invalidez total.

V - IND - 6.1 – CLÁUSULA ADICIONAL – INVALIDEZ TEMPORARIA – BENEFICIO ADICIONAL

Artículo 1º - Riesgo Cubierto

La Aseguradora concederá al Asegurado el beneficio que acuerda la presente cláusula cuando el mismo se encuentre en un estado de invalidez temporal, como consecuencia de enfermedad o accidente, y dicho estado no le permita desempeñar por cuenta propia o en relación de dependencia su actividad habitual remunerativa,

siempre que tal estado haya continuado ininterrumpidamente como mínimo por el plazo de espera indicado en Condiciones Particulares y se hubiese iniciado durante la vigencia de la presente cláusula en dichas Condiciones.

El plazo de espera señalado en el párrafo anterior se computará:

- En caso de enfermedad, a partir de la fecha que los médicos dictaminen como fecha de inicio de la invalidez. En caso de no poder dictaminarse la misma, el plazo se computará desde la fecha de denuncia del siniestro.
- En caso de accidente, a partir de la fecha de ocurrencia del mismo.

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

Artículo 2º - Riesgos no Cubiertos

La Aseguradora no pagará el beneficio cuando la invalidez se produjera como consecuencia de los Riesgos no Cubiertos establecidos en el Anexo de Condiciones Particulares.

Artículo 3º - Beneficio

La Aseguradora, comprobada la invalidez, abonará la suma asegurada para la presente cláusula indicada en las Condiciones Particulares, dentro del plazo estipulado en el Artículo 49 segundo párrafo de la Ley de Seguros.

Artículo 4º - Carácter del Beneficio

El beneficio acordado por invalidez es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la póliza y, en consecuencia la Aseguradora no hará por tal concepto deducción alguna de la suma asegurada a pagarse por cualquiera de ellos.

Artículo 5º - Comprobación de la Invalidez

Corresponde al Asegurado o su representante:

- a) Denunciar la existencia de la invalidez conforme el plazo definido en Condiciones Particulares, el cual nunca será inferior a los TRES (3) días, contados desde la ocurrencia del mismo, o desde que el denunciante conozca la existencia del beneficio, lo que fuera posterior, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.
- b) Presentar las constancias médicas y/o testimoniales de su comienzo y causas;

c) Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta DOS (2) exámenes médicos por facultativos designados por la Aseguradora y con gastos a cargo de ésta.

Artículo 6° - Plazo de Prueba

La Aseguradora dentro de los QUINCE (15) días de recibida la denuncia y/o las constancias a las que se refiere el artículo anterior, contados desde la fecha que sea posterior, deberá comunicar al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. Si las comprobaciones a las que se refiere el Artículo 5° no resultaran concluyentes en cuanto al carácter de la invalidez, la Aseguradora podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor a TRES (3) meses, a fin de confirmar el diagnóstico.

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

El Asegurado deberá seguir abonando las primas correspondientes al período de comprobación del diagnóstico. Confirmado el mismo, la Aseguradora reembolsará las extraprimas de esta Cláusula Adicional abonadas durante el plazo de comprobación.

Artículo 7° - Valuación por Peritos

Si en la apreciación del evento surgieran divergencias entre las partes, las mismas serán definidas por DOS (2) médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los OCHO (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 TREINTA (30) días y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de QUINCE (15) días.

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

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

Artículo 8° - Finalización de la Cobertura

La cobertura que esta cláusula otorga terminará en la fecha en que se verifique alguno de los eventos previstos en el Artículo 13 de las Condiciones Generales Comunes o en los siguientes casos:

a) Cuando el Asegurado cumpla la Edad Máxima de Permanencia establecida en las Condiciones Particulares para la presente cláusula adicional. La continuidad de cobro de prima, luego del arribo a tal edad máxima, se considerará como prórroga de vigencia hasta finalizado el período de riesgo cubierto amparado por dicha prima.

- b) Por la renuncia a continuar asegurado por la presente cláusula.
- c) Al caducar o rescindirse la presente cláusula adicional.
- d) Por el pago del beneficio que acuerda la presente cláusula adicional.

La renuncia a que se refiere el punto b), deberá ser comunicada por medio fehaciente a la Aseguradora por el Asegurado Titular dentro de los TREINTA (30) días corridos desde la fecha en la cual se produjera dicho evento.

En todos los casos, la rescisión de la cobertura operará al término del mes por el cual se hubieren descontado primas, y se devolverá la prima no ganada, si la hubiere, correspondiente a la cobertura rescindida.

V - IND - 6.2 – CLÁUSULA ADICIONAL – INVALIDEZ TEMPORARIA POR ACCIDENTE – BENEFICIO ADICIONAL

Artículo 1º - Riesgo Cubierto

La Aseguradora concederá al Asegurado el beneficio que acuerda la presente cláusula cuando el mismo se encuentre en un estado de invalidez temporal, como consecuencia de accidente, y dicho estado no le permita desempeñar por cuenta propia o en relación de dependencia su actividad habitual remunerativa, siempre que tal estado haya continuado ininterrumpidamente como mínimo por el plazo de espera indicado en Condiciones Particulares y se hubiese iniciado durante la vigencia de la presente cláusula en dichas Condiciones.

Se entenderá por “accidente” a todo hecho externo, violento, fortuito e independiente de la voluntad del Asegurado.

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

Artículo 2º - Riesgos no Cubiertos

La Aseguradora no pagará el beneficio cuando la invalidez se produjera como consecuencia de los Riesgos no Cubiertos establecidos en el Anexo de Condiciones Particulares.

Artículo 3º - Beneficio

La Aseguradora, comprobada la invalidez, abonará la suma asegurada para la presente cláusula indicada en las Condiciones Particulares, dentro del plazo estipulado en el Artículo 49 segundo párrafo de la Ley de Seguros.

Artículo 4° - Carácter del Beneficio

El beneficio acordado por invalidez es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la póliza y, en consecuencia la Aseguradora no hará por tal concepto deducción alguna de la suma asegurada a pagarse por cualquiera de ellos.

Artículo 5° - Comprobación de la Invalidez

Corresponde Asegurado o su representante:

- a) Denunciar la existencia de la invalidez conforme el plazo definido en Condiciones Particulares, el cual nunca será inferior a los TRES (3) días, contados desde la ocurrencia del mismo, o desde que el denunciante conozca la existencia del beneficio, lo que fuera posterior, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.
- b) Presentar las constancias médicas y/o testimoniales de su comienzo y causas; como así también las constancias y pruebas del accidente que le diera origen.
- c) Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta DOS (2) exámenes médicos por facultativos designados por la Aseguradora y con gastos a cargo de ésta.
- d) Adoptar todas las medidas posibles conducentes a disminuir las consecuencias del accidente.

Artículo 6° - Plazo de Prueba

La Aseguradora dentro de los QUINCE (15) días de recibida la denuncia y/o las constancias a las que se refiere el artículo anterior, contados desde la fecha que sea posterior, deberá comunicar al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. Si las comprobaciones a las que se refiere el Artículo 5° no resultaran concluyentes en cuanto al carácter de la invalidez, la Aseguradora podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor a TRES (3) meses, a fin de confirmar el diagnóstico.

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

El Asegurado deberá seguir abonando las primas correspondientes al período de comprobación del diagnóstico. Confirmado el mismo, la Aseguradora reembolsará las extraprimas de esta Cláusula Adicional abonadas durante el plazo de comprobación.

Artículo 7° - Valuación por Peritos

Si en la apreciación del evento surgieran divergencias entre las partes, las mismas serán definidas por DOS (2) médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los OCHO (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 TREINTA (30) días y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de QUINCE (15) días.

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

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

Artículo 8° - Finalización de la Cobertura

La cobertura que esta cláusula otorga terminará en la fecha en que se verifique alguno de los eventos previstos en el Artículo 13 de las Condiciones Generales Comunes o en los siguientes casos:

- a) Cuando el Asegurado cumpla la Edad Máxima de Permanencia establecida en las Condiciones Particulares para la presente cláusula adicional. La continuidad de cobro de prima, luego del arribo a tal edad máxima, se considerará como prórroga de vigencia hasta finalizado el período de riesgo cubierto amparado por dicha prima.
- b) Por la renuncia a continuar asegurado por la presente cláusula.
- c) Al caducar o rescindirse la presente cláusula adicional.
- d) Por el pago del beneficio que acuerda la presente cláusula adicional.

La renuncia a que se refiere el punto b), deberá ser comunicada por medio fehaciente a la Aseguradora por el Asegurado Titular dentro de los TREINTA (30) días corridos desde la fecha en la cual se produjera dicho evento.

En todos los casos, la rescisión de la cobertura operará al término del mes por el cual se hubieren descontado primas, y se devolverá la prima no ganada, si la hubiere, correspondiente a la cobertura rescindida.

V - IND - 6.3 – CLÁUSULA ADICIONAL – INVALIDEZ TEMPORARIA – COBERTURA RETROACTIVA CON PAGO EN CUOTAS – BENEFICIO ADICIONAL

Artículo 1° - Riesgo Cubierto

La Aseguradora concederá al Asegurado el beneficio que acuerda la presente cláusula cuando el mismo se encuentre en un estado de invalidez temporal, como consecuencia de enfermedad o accidente, y dicho estado no le permita desempeñar por cuenta propia o en relación de dependencia su actividad habitual remunerativa, siempre que tal estado haya continuado ininterrumpidamente como mínimo por el plazo de espera indicado en Condiciones Particulares y se hubiese iniciado durante la vigencia de la presente cláusula en dichas Condiciones.

El plazo de espera señalado en el párrafo anterior se computará:

- En caso de enfermedad, a partir de la fecha que los médicos dictaminen como fecha de inicio de la invalidez. En caso de no poder dictaminarse la misma, el plazo se computará desde la fecha de denuncia del siniestro.
- En caso de accidente, a partir de la fecha de ocurrencia del mismo.

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

Artículo 2º - Riesgos no Cubiertos

La Aseguradora no pagará el beneficio cuando la invalidez se produjera como consecuencia de los Riesgos no Cubiertos establecidos en el Anexo de Condiciones Particulares.

Artículo 3º - Beneficio

La Aseguradora, comprobada la invalidez, abonará al Asegurado una cuota periódica cuyo importe se indica en las Condiciones Particulares por cada período completo que transcurra mientras subsista la invalidez transitoria. La cuota se comenzará a abonar una vez superado el Período de Espera y sujeto al valor máximo fijado por la “Cantidad Máxima de Cuotas Cubiertas Anuales”, estipulados ambos en las Condiciones Particulares.

Las cuotas devengadas durante el período de espera, se abonarán conjuntamente con la primera cuota devengada luego de dicho período, dentro del plazo estipulado en el Artículo 49 segundo párrafo de la Ley de Seguros.

Se define como “Cantidad Máxima de Cuotas Cubiertas Anuales” a la cantidad máxima de cuotas a la que el Asegurado tendrá derecho por cada año de vigencia de la cobertura para todos los eventos ocurridos en ese período.

El beneficio acordado por esta cláusula es recurrente y acumulativo hasta alcanzar la cantidad máxima de cuotas cubiertas anuales.

En cada nueva invalidez temporal del Asegurado, se computará nuevamente el período de espera. El período de espera se computará una única vez en los casos en que la invalidez temporal sea producto de un mismo hecho generador.

Artículo 4º - Carácter del Beneficio

El beneficio acordado por invalidez es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la póliza y, en consecuencia la Aseguradora no hará por tal concepto deducción alguna de la suma asegurada a pagarse por cualquiera de ellos.

Artículo 5° - Comprobación de la Invalidez

Corresponde Asegurado o su representante:

- a) Denunciar la existencia de la invalidez conforme el plazo definido en Condiciones Particulares, el cual nunca será inferior a los TRES (3) días, contados desde la ocurrencia del mismo, o desde que el denunciante conozca la existencia del beneficio, lo que fuera posterior, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.
- b) Presentar las constancias médicas y/o testimoniales de su comienzo y causas;
- c) Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta DOS (2) exámenes médicos por facultativos designados por la Aseguradora y con gastos a cargo de ésta.

Artículo 6° - Plazo de Prueba

La Aseguradora dentro de los QUINCE (15) días de recibida la denuncia y/o las constancias a las que se refiere el artículo anterior, contados desde la fecha que sea posterior, deberá comunicar al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. Si las comprobaciones a las que se refiere el Artículo 5° no resultaran concluyentes en cuanto al carácter de la invalidez, la Aseguradora podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor a TRES (3) meses, a fin de confirmar el diagnóstico.

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

El Asegurado deberá seguir abonando las primas correspondientes al período de comprobación del diagnóstico. Confirmado el mismo, la Aseguradora reembolsará las extraprimas de esta Cláusula Adicional abonadas durante el plazo de comprobación.

Artículo 7° - Valuación por Peritos

Si en la apreciación del evento surgieran divergencias entre las partes, las mismas serán definidas por DOS (2) médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los OCHO (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 TREINTA (30) días y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de QUINCE (15) días.

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

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

Artículo 8º - Continuidad de la Invalidez - Pago en Cuotas

No obstante haberse reconocido la invalidez del Asegurado al acordarse el beneficio correspondiente, este sólo continuará mientras subsista ese estado y la Aseguradora podrá exigir en cualquier momento, pero no más de una vez por mes, las pruebas que estime necesarias respecto de la persistencia de la invalidez, incluso UN (1) examen médico por uno de sus facultativos con gastos a su cargo.

Si estas pruebas no pudieran realizarse dentro de los TREINTA (30) días de haberlas pedido en forma, salvo que se acredite caso fortuito o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia, o si el Asegurado dificultara su verificación o se hubiera recuperado de la invalidez, la Aseguradora suspenderá desde ese momento el pago de las cuotas.

Si el Asegurado fuera dado de alta de la invalidez temporaria que lo afectaba, la cobertura de la presente cláusula se reducirá a la diferencia entre la cantidad de cuotas máximas por vigencia cubiertas y la cantidad de cuotas abonadas bajo esta cláusula.

Artículo 9º - Finalización de la Cobertura

La cobertura que esta cláusula otorga terminará en la fecha en que se verifique alguno de los eventos previstos en el Artículo 13 de las Condiciones Generales Comunes o en los siguientes casos:

- a) Cuando el Asegurado cumpla la Edad Máxima de Permanencia establecida en las Condiciones Particulares para la presente cláusula adicional. La continuidad de cobro de prima, luego del arribo a tal edad máxima, se considerará como prórroga de vigencia hasta finalizado el período de riesgo cubierto amparado por dicha prima.
- b) Por la renuncia a continuar asegurado por la presente cláusula.
- c) Al caducar o rescindir la presente cláusula adicional.
- d) A partir de haberse efectuado pagos en virtud de esta cláusula adicional que alcancen el valor máximo del beneficio. Sin perjuicio de la presente causal de finalización de cobertura, la misma podrá ser contratada nuevamente, previo consentimiento de la Aseguradora.

La renuncia a que se refiere el punto b), deberá ser comunicada por medio fehaciente a la Aseguradora por el Asegurado Titular dentro de los TREINTA (30) días corridos desde la fecha en la cual se produjera dicho evento.

En todos los casos, la rescisión de la cobertura operará al término del mes por el cual se hubieren descontado primas, y se devolverá la prima no ganada, si la hubiere, correspondiente a la cobertura rescindida.

V - IND - 6.4 – CLÁUSULA ADICIONAL – INVALIDEZ TEMPORARIA – COBERTURA NO RETROACTIVA CON PAGO PERIÓDICO EN CUOTAS – BENEFICIO ADICIONAL

Artículo 1° - Riesgo Cubierto

La Aseguradora concederá al Asegurado el beneficio que acuerda la presente cláusula cuando el mismo se encuentre en un estado de invalidez temporal, como consecuencia de enfermedad o accidente, y dicho estado no le permita desempeñar por cuenta propia o en relación de dependencia su actividad habitual remunerativa, siempre que tal estado haya continuado ininterrumpidamente como mínimo por el plazo de espera indicado en Condiciones Particulares y se hubiese iniciado durante la vigencia de la presente cláusula en dichas Condiciones.

El plazo de espera señalado en el párrafo anterior se computará:

- En caso de enfermedad, a partir de la fecha que los médicos dictaminen como fecha de inicio de la invalidez. En caso de no poder dictaminarse la misma, el plazo se computará desde la fecha de denuncia del siniestro.
- En caso de accidente, a partir de la fecha de ocurrencia del mismo.

En las denuncias de invalidez, la Aseguradora procederá a su reconocimiento de acuerdo con las constancias médicas y demás elementos mencionados en el Artículo 5°, siempre que sean razonablemente demostrativos del estado de invalidez temporal.

Artículo 2° - Riesgos no Cubiertos

La Aseguradora no pagará el beneficio cuando la invalidez se produjera como consecuencia de los Riesgos no Cubiertos establecidos en el Anexo de Condiciones Particulares.

Artículo 3° - Beneficio

La Aseguradora, comprobada la invalidez, abonará al Asegurado una cuota periódica cuyo importe se indica en las Condiciones Particulares por cada período completo que transcurra mientras subsista la invalidez transitoria. La cuota se comenzará a abonar una vez superado el Período de Espera, dentro del plazo estipulado en el Artículo 49 segundo párrafo de la Ley de Seguros, y sujeto al valor máximo fijado por la “Cantidad Máxima de Cuotas Cubiertas Anuales”, estipulados ambos en las Condiciones Particulares.

Se define como “Cantidad Máxima de Cuotas Cubiertas Anuales” a la cantidad máxima de cuotas a la que el Asegurado tendrá derecho por cada año de vigencia de la cobertura para todos los eventos ocurridos en ese período.

El beneficio acordado por esta cláusula es recurrente y acumulativo hasta alcanzar la cantidad máxima de cuotas cubiertas anuales.

En cada nueva invalidez temporal del Asegurado, se computará nuevamente el período de espera. El período de espera se computará una única vez en los casos en que la invalidez temporal sea producto de un mismo hecho generador.

Artículo 4° - Carácter del Beneficio

El beneficio acordado por invalidez es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la póliza y, en consecuencia la Aseguradora no hará por tal concepto deducción alguna de la suma asegurada a pagarse por cualquiera de ellos.

Artículo 5° - Comprobación de la Invalidez

Corresponde al Asegurado o su representante:

- a) Denunciar la existencia de la invalidez conforme el plazo definido en Condiciones Particulares, el cual nunca será inferior a los TRES (3) días, contados desde la ocurrencia del mismo, o desde que el denunciante conozca la existencia del beneficio, lo que fuera posterior, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.
- b) Presentar las constancias médicas y/o testimoniales de su comienzo y causas;
- c) Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta DOS (2) exámenes médicos por facultativos designados por la Aseguradora y con gastos a cargo de ésta.

Artículo 6° - Plazo de Prueba

La Aseguradora dentro de los QUINCE (15) días de recibida la denuncia y/o las constancias a las que se refiere el artículo anterior, contados desde la fecha que sea posterior, deberá comunicar al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. Si las comprobaciones a las que se refiere el Artículo 5° no resultaran concluyentes en cuanto al carácter de la invalidez, la Aseguradora podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor a TRES (3) meses, a fin de confirmar el diagnóstico.

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

El Asegurado deberá seguir abonando las primas correspondientes al período de comprobación del diagnóstico. Confirmado el mismo, la Aseguradora reembolsará las extraprimas de esta Cláusula Adicional abonadas durante el plazo de comprobación.

Artículo 7° - Valuación por Peritos

Si en la apreciación del evento surgieran divergencias entre las partes, las mismas serán definidas por DOS (2) médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los OCHO (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 TREINTA (30) días y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de QUINCE (15) días.

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

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

Artículo 8° - Continuidad de la Invalidez - Pago en Cuotas

No obstante haberse reconocido la invalidez del Asegurado al acordarse el beneficio correspondiente, este sólo continuará mientras subsista ese estado y la Aseguradora podrá exigir en cualquier momento, pero no más de una vez por mes, las pruebas que estime necesarias respecto de la persistencia de la invalidez, incluso UN (1) examen médico por uno de sus facultativos con gastos a su cargo.

Si estas pruebas no pudieran realizarse dentro de los TREINTA (30) días de haberlas pedido en forma, salvo que se acredite caso fortuito o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia, o si el Asegurado dificultara su verificación o se hubiera recuperado de la invalidez, la Aseguradora suspenderá desde ese momento el pago de las cuotas.

Si el Asegurado fuera dado de alta de la invalidez temporaria que lo afectaba, la cobertura de la presente cláusula se reducirá a la diferencia entre la cantidad de cuotas máximas por vigencia cubiertas y la cantidad de cuotas abonadas bajo esta cláusula.

Artículo 9° - Finalización de la Cobertura

La cobertura que esta cláusula otorga terminará en la fecha en que se verifique alguno de los eventos previstos en el Artículo 13 de las Condiciones Generales Comunes o en los siguientes casos:

- a) Cuando el Asegurado cumpla la Edad Máxima de Permanencia establecida en las Condiciones Particulares para la presente cláusula adicional. La continuidad de cobro de prima, luego del arribo a tal edad máxima, se considerará como prórroga de vigencia hasta finalizado el período de riesgo cubierto amparado por dicha prima.
- b) Por la renuncia a continuar asegurado por la presente cláusula.
- c) Al caducar o rescindirse la presente cláusula adicional.
- d) A partir de haberse efectuado pagos en virtud de esta cláusula adicional que alcancen el valor máximo del beneficio. Sin perjuicio de la presente causal de finalización de cobertura, la misma podrá ser contratada nuevamente, previo consentimiento de la Aseguradora.

La renuncia a que se refiere el punto b), deberá ser comunicada por medio fehaciente a la Aseguradora por el Asegurado Titular dentro de los TREINTA (30) días corridos desde la fecha en la cual se produjera dicho evento.

En todos los casos, la rescisión de la cobertura operará al término del mes por el cual se hubieren descontado

primas, y se devolverá la prima no ganada, si la hubiere, correspondiente a la cobertura rescindida.

**V - IND - 6.5 – CLÁUSULA ADICIONAL – INVALIDEZ TEMPORARIA POR ACCIDENTE –
COBERTURA RETROACTIVA CON PAGO PERIÓDICO EN CUOTAS – BENEFICIO ADICIONAL**

Artículo 1º - Riesgo Cubierto

La Aseguradora concederá al Asegurado el beneficio que acuerda la presente cláusula cuando el mismo se encuentre en un estado de invalidez temporal, como consecuencia de accidente, y dicho estado no le permita desempeñar por cuenta propia o en relación de dependencia su actividad habitual remunerativa, siempre que tal estado haya continuado ininterrumpidamente como mínimo por el plazo de espera indicado en Condiciones Particulares y se hubiese iniciado durante la vigencia de la presente cláusula en dichas Condiciones.

Se entenderá por “accidente” a todo hecho externo, violento, fortuito e independiente de la voluntad del Asegurado.

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

Artículo 2º - Riesgos no Cubiertos

La Aseguradora no pagará el beneficio cuando la invalidez se produjera como consecuencia de los Riesgos no Cubiertos establecidos en el Anexo de Condiciones Particulares.

Artículo 3º - Beneficio

La Aseguradora, comprobada la invalidez, abonará al Asegurado una cuota periódica cuyo importe se indica en las Condiciones Particulares por cada período completo que transcurra mientras subsista la invalidez transitoria. La cuota se comenzará a abonar una vez superado el Período de Espera y sujeto al valor máximo fijado por la “Cantidad Máxima de Cuotas Cubiertas Anuales”, estipulados ambos en las Condiciones Particulares.

Las cuotas devengadas durante el período de espera, se abonarán conjuntamente con la primera cuota devengada luego de dicho período, dentro del plazo estipulado en el Artículo 49 segundo párrafo de la Ley de Seguros.

Se define como “Cantidad Máxima de Cuotas Cubiertas Anuales” a la cantidad máxima de cuotas a la que el Asegurado tendrá derecho por cada año de vigencia de la cobertura para todos los eventos ocurridos en ese período.

El beneficio acordado por esta cláusula es recurrente y acumulativo hasta alcanzar la cantidad máxima de cuotas cubiertas anuales.

En cada nueva invalidez temporal del Asegurado, se computará nuevamente el período de espera. El período de espera se computará una única vez en los casos en que la invalidez temporal sea producto de un mismo hecho generador.

Artículo 4° - Carácter del Beneficio

El beneficio acordado por invalidez es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la póliza y, en consecuencia la Aseguradora no hará por tal concepto deducción alguna de la suma asegurada a pagarse por cualquiera de ellos.

Artículo 5° - Comprobación de la Invalidez

Corresponde al Asegurado o su representante:

- a) Denunciar la existencia de la invalidez conforme el plazo definido en Condiciones Particulares, el cual nunca será inferior a los TRES (3) días, contados desde la ocurrencia del mismo, o desde que el denunciante conozca la existencia del beneficio, lo que fuera posterior, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.
- b) Presentar las constancias médicas y/o testimoniales de su comienzo y causas;
- c) Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta DOS (2) exámenes médicos por facultativos designados por la Aseguradora y con gastos a cargo de ésta.
- d) Adoptar todas las medidas posibles conducentes a disminuir las consecuencias del accidente.

Artículo 6° - Plazo de Prueba

La Aseguradora dentro de los QUINCE (15) días de recibida la denuncia y/o las constancias a las que se refiere el artículo anterior, contados desde la fecha que sea posterior, deberá comunicar al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. Si las comprobaciones a las que se refiere el Artículo 5° no resultaran concluyentes en cuanto al carácter de la invalidez, la Aseguradora podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor a TRES (3) meses, a fin de confirmar el diagnóstico.

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

El Asegurado deberá seguir abonando las primas correspondientes al período de comprobación del diagnóstico. Confirmado el mismo, la Aseguradora reembolsará las extraprimas de esta Cláusula Adicional abonadas durante el plazo de comprobación.

Artículo 7° - Valuación por Peritos

Si en la apreciación del evento surgieran divergencias entre las partes, las mismas serán definidas por DOS (2) médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los OCHO (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 TREINTA (30) días y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de QUINCE (15) días.

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

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

Artículo 8º - Continuidad de la Invalidez - Pago en Cuotas

No obstante haberse reconocido la invalidez del Asegurado al acordarse el beneficio correspondiente, este sólo continuará mientras subsista ese estado y la Aseguradora podrá exigir en cualquier momento, pero no más de una vez por mes, las pruebas que estime necesarias respecto de la persistencia de la invalidez, incluso UN (1) examen médico por uno de sus facultativos con gastos a su cargo.

Si estas pruebas no pudieran realizarse dentro de los TREINTA (30) días de haberlas pedido en forma, salvo que se acredite caso fortuito o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia, o si el Asegurado dificultara su verificación o se hubiera recuperado de la invalidez, la Aseguradora suspenderá desde ese momento el pago de las cuotas.

Si el Asegurado fuera dado de alta de la invalidez temporaria que lo afectaba, la cobertura de la presente cláusula se reducirá a la diferencia entre la cantidad de cuotas máximas por vigencia cubiertas y la cantidad de cuotas abonadas bajo esta cláusula.

Artículo 9º - Finalización de la Cobertura

La cobertura que esta cláusula otorga terminará en la fecha en que se verifique alguno de los eventos previstos en el Artículo 13 de las Condiciones Generales Comunes o en los siguientes casos:

- a) Cuando el Asegurado cumpla la Edad Máxima de Permanencia establecida en las Condiciones Particulares para la presente cláusula adicional. La continuidad de cobro de prima, luego del arribo a tal edad máxima, se considerará como prórroga de vigencia hasta finalizado el período de riesgo cubierto amparado por dicha prima.
- b) Por la renuncia a continuar asegurado por la presente cláusula.
- c) Al caducar o rescindirse la presente cláusula adicional.
- d) A partir de haberse efectuado pagos en virtud de esta cláusula adicional que alcancen el valor máximo del

beneficio. Sin perjuicio de la presente causal de finalización de cobertura, la misma podrá ser contratada nuevamente, previo consentimiento de la Aseguradora.

La renuncia a que se refiere el punto b), deberá ser comunicada por medio fehaciente a la Aseguradora por el Asegurado Titular dentro de los TREINTA (30) días corridos desde la fecha en la cual se produjera dicho evento.

En todos los casos, la rescisión de la cobertura operará al término del mes por el cual se hubieren descontado primas, y se devolverá la prima no ganada, si la hubiere, correspondiente a la cobertura rescindida.

**V - IND - 6.6 – CLÁUSULA ADICIONAL – INVALIDEZ TEMPORARIA POR ACCIDENTE -
COBERTURA NO RETROACTIVA CON PAGO PERIÓDICO EN CUOTAS – BENEFICIO
ADICIONAL**

Artículo 1° - Riesgo Cubierto

La Aseguradora concederá al Asegurado el beneficio que acuerda la presente cláusula cuando el mismo se encuentre en un estado de invalidez temporal, como consecuencia de accidente, y dicho estado no le permita desempeñar por cuenta propia o en relación de dependencia su actividad habitual remunerativa, siempre que tal estado haya continuado ininterrumpidamente como mínimo por el plazo de espera indicado en Condiciones Particulares y se hubiese iniciado durante la vigencia de la presente cláusula en dichas Condiciones.

Se entenderá por “accidente” a todo hecho externo, violento, fortuito e independiente de la voluntad del Asegurado.

En las denuncias de invalidez, la Aseguradora procederá a su reconocimiento de acuerdo con las constancias médicas y demás elementos mencionados en el Artículo 5°, siempre que sean razonablemente demostrativos del estado de invalidez temporal.

Artículo 2° - Riesgos no Cubiertos

La Aseguradora no pagará el beneficio cuando la invalidez se produjera como consecuencia de los Riesgos no Cubiertos establecidos en el Anexo de Condiciones Particulares.

Artículo 3° - Beneficio

La Aseguradora, comprobada la invalidez, abonará al Asegurado una cuota periódica cuyo importe se indica en las Condiciones Particulares por cada período completo que transcurra mientras subsista la invalidez transitoria. La cuota se comenzará a abonar una vez superado el Período de Espera, dentro del plazo estipulado en el Artículo 49 segundo párrafo de la Ley de Seguros, y sujeto al valor máximo fijado por la “Cantidad Máxima de Cuotas Cubiertas Anuales”, estipulados ambos en las Condiciones Particulares.

Se define como “Cantidad Máxima de Cuotas Cubiertas Anuales” a la cantidad máxima de cuotas a la que el Asegurado tendrá derecho por cada año de vigencia de la cobertura para todos los eventos ocurridos en ese período.

El beneficio acordado por esta cláusula es recurrente y acumulativo hasta alcanzar la cantidad máxima de cuotas cubiertas anuales.

En cada nueva invalidez temporal del Asegurado, se computará nuevamente el período de espera. El período de espera se computará una única vez en los casos en que la invalidez temporal sea producto de un mismo hecho generador.

Artículo 4° - Carácter del Beneficio

El beneficio acordado por invalidez es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la póliza y, en consecuencia la Aseguradora no hará por tal concepto deducción alguna de la suma asegurada a pagarse por cualquiera de ellos.

Artículo 5° - Comprobación de la Invalidez

Corresponde al Asegurado o su representante:

- a) Denunciar la existencia de la invalidez conforme el plazo definido en Condiciones Particulares, el cual nunca será inferior a los TRES (3) días, contados desde la ocurrencia del mismo, o desde que el denunciante conozca la existencia del beneficio, lo que fuera posterior, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.
- b) Presentar las constancias médicas y/o testimoniales de su comienzo y causas;
- c) Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta DOS (2) exámenes médicos por facultativos designados por la Aseguradora y con gastos a cargo de ésta.
- d) Adoptar todas las medidas posibles conducentes a disminuir las consecuencias del accidente.

Artículo 6° - Plazo de Prueba

La Aseguradora dentro de los QUINCE (15) días de recibida la denuncia y/o las constancias a las que se refiere el artículo anterior, contados desde la fecha que sea posterior, deberá comunicar al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. Si las comprobaciones a las que se refiere el Artículo 5° no resultaran concluyentes en cuanto al carácter de la invalidez, la Aseguradora podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor a TRES (3) meses, a fin de confirmar el diagnóstico.

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

El Asegurado deberá seguir abonando las primas correspondientes al período de comprobación del diagnóstico. Confirmado el mismo, la Aseguradora reembolsará las extraprimas de esta Cláusula Adicional abonadas durante el plazo de comprobación.

Artículo 7º - Valuación por Peritos

Si en la apreciación del evento surgieran divergencias entre las partes, las mismas serán definidas por DOS (2) médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los OCHO (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 TREINTA (30) días y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de QUINCE (15) días.

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

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

Artículo 8º - Continuidad de la Invalidez - Pago en Cuotas

No obstante haberse reconocido la invalidez del Asegurado al acordarse el beneficio correspondiente, este sólo continuará mientras subsista ese estado y la Aseguradora podrá exigir en cualquier momento, pero no más de una vez por mes, las pruebas que estime necesarias respecto de la persistencia de la invalidez, incluso UN (1) examen médico por uno de sus facultativos con gastos a su cargo.

Si estas pruebas no pudieran realizarse dentro de los TREINTA (30) días de haberlas pedido en forma, salvo que se acredite caso fortuito o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia, o si el Asegurado dificultara su verificación o se hubiera recuperado de la invalidez, la Aseguradora suspenderá desde ese momento el pago de las cuotas.

Si el Asegurado fuera dado de alta de la invalidez temporaria que lo afectaba, la cobertura de la presente cláusula se reducirá a la diferencia entre la cantidad de cuotas máximas por vigencia cubiertas y la cantidad de cuotas abonadas bajo esta cláusula.

Artículo 9º - Finalización de la Cobertura

La cobertura que esta cláusula otorga terminará en la fecha en que se verifique alguno de los eventos previstos en el Artículo 13 de las Condiciones Generales Comunes de la Cobertura Básica o en los siguientes casos:

a) Cuando el Asegurado cumpla la Edad Máxima de Permanencia establecida en las Condiciones Particulares

para la presente cláusula adicional. La continuidad de cobro de prima, luego del arribo a tal edad máxima, se considerará como prórroga de vigencia hasta finalizado el período de riesgo cubierto amparado por dicha prima.

- b) Por la renuncia a continuar asegurado por la presente cláusula.
- c) Al caducar o rescindirse la presente cláusula adicional.
- d) A partir de haberse efectuado pagos en virtud de esta cláusula adicional que alcancen el valor máximo del beneficio. Sin perjuicio de la presente causal de finalización de cobertura, la misma podrá ser contratada nuevamente, previo consentimiento de la Aseguradora.

La renuncia a que se refiere el punto b), deberá ser comunicada por medio fehaciente a la Aseguradora por el Asegurado Titular dentro de los TREINTA (30) días corridos desde la fecha en la cual se produjera dicho evento.

En todos los casos, la rescisión de la cobertura operará al término del mes por el cual se hubieren descontado primas, y se devolverá la prima no ganada, si la hubiere, correspondiente a la cobertura rescindida.

V - IND - 7.1 – CLÁUSULA ADICIONAL – TRASPLANTE DE ÓRGANOS – BENEFICIO ADICIONAL

Artículo 1° - Riesgo Cubierto

La Aseguradora concederá al Asegurado el beneficio que acuerda la presente cláusula cuando al mismo le haya sido diagnosticada la necesidad de realizarse uno de los Trasplantes definidos en las Condiciones Particulares, siempre que el diagnóstico ocurra durante la vigencia de la presente cláusula en dichas Condiciones.

Artículo 2° - Riesgos no Cubiertos

La Aseguradora no pagará el beneficio cuando la necesidad del trasplante de un Asegurado se produjera como consecuencia de los Riesgos no Cubiertos establecidos en el Anexo de Condiciones Particulares.

Artículo 3° - Beneficio

La Aseguradora, comprobado el diagnóstico de Trasplante, abonará al Asegurado, la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares.

El pago del beneficio se realizará dentro de los QUINCE (15) días de notificado el diagnóstico o de recibidas las constancias y pruebas requeridas por la Aseguradora, establecidas en el Artículo 6°, lo que ocurra con posterioridad.

Artículo 4° - Carácter del Beneficio

El beneficio acordado por el diagnóstico de trasplante es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la póliza y, en consecuencia, la Aseguradora no hará por tal concepto, deducción alguna de la suma asegurada a pagarse por cualquiera de ellos.

Artículo 5° - Requisitos

El beneficio previsto en el Artículo 3° de la presente cláusula regirá para el trasplante de órgano siempre que se cumplan las siguientes condiciones:

1. Que la patología que afecte al órgano a trasplantar sea de carácter irreversible y total.
2. Que el trasplante de órgano sea el único recurso terapéutico para la recuperación de su función.

Para cualquier solicitud de indemnización por trasplante indicado en el presente contrato es condición ineludible e indispensable haberlo comunicado previamente al I.N.C.U.C.A.I. o cualquier otro organismo que en el futuro lo reemplace. Es indispensable, asimismo, que se cumplan en todas sus partes las disposiciones de la Ley de Trasplantes de Órganos y Materiales Anatómicos.

Artículo 6° - Comprobación de la Necesidad de Trasplante

Corresponde al Asegurado o su representante:

- a) Denunciar cualquier diagnóstico de trasplante conforme el plazo definido en Condiciones Particulares, el cual nunca será inferior a los TRES (3) días, contados desde la ocurrencia del mismo, o desde que el denunciante conozca la existencia del beneficio, lo que fuera posterior, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.
- b) Presentar las constancias médicas y/o testimoniales de su comienzo y causas;
- c) Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta DOS (2) exámenes médicos por facultativos designados por la Aseguradora y con gastos a cargo de ésta.

Artículo 7° - Plazo de Prueba

La Aseguradora dentro de los QUINCE (15) días de recibida la denuncia y/o las constancias a las que se refiere el artículo anterior contados desde la fecha que sea posterior, deberá comunicar al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. Si las comprobaciones a que se refiere el Artículo 6° no resultaran concluyentes en cuanto a la necesidad de la realización del trasplante, la Aseguradora podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor a TREINTA (30) días, a fin de confirmar el diagnóstico.

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

El Asegurado deberá seguir abonando las primas correspondientes al período de comprobación del diagnóstico.

Confirmado el mismo, la Aseguradora reembolsará las extraprimas de esta Cláusula Adicional abonadas durante el plazo de comprobación.

Artículo 8° - Valuación por Peritos

Si en la apreciación del evento surgieran divergencias entre las partes, las mismas serán definidas por DOS (2) médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los OCHO (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 TREINTA (30) días y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de QUINCE (15) días.

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

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

Artículo 9° - Finalización de la Cobertura

La cobertura que esta cláusula otorga terminará en la fecha en que se verifique alguno de los eventos previstos en el Artículo 13 de las Condiciones Generales Comunes o en los siguientes casos:

- a) Cuando el Asegurado cumpla la Edad Máxima de Permanencia estipulada en las Condiciones Particulares para la presente cláusula adicional. La continuidad de cobro de prima, luego del arribo a tal edad máxima, se considerará como prórroga de vigencia hasta finalizado el período de riesgo cubierto amparado por dicha prima.
- b) Por la renuncia a continuar asegurado por la presente cláusula.
- c) Al caducar o rescindirse la presente cláusula adicional.

La renuncia a que se refiere el punto b), deberá ser comunicada por medio fehaciente a la Aseguradora por el Asegurado Titular dentro de los TREINTA (30) días corridos desde la fecha en la cual se produjera dicho evento.

En todos los casos, la rescisión de la cobertura operará al término del mes por el cual se hubieren descontado primas, y se devolverá la prima no ganada, si la hubiere, correspondiente a la cobertura rescindida.

V - IND - 7.2 – CLÁUSULA ADICIONAL – DIAGNÓSTICO DE CÁNCER – BENEFICIO ADICIONAL

Artículo 1° - Riesgo Cubierto

La Aseguradora concederá al Asegurado el beneficio que acuerda la presente cláusula cuando al mismo le haya sido diagnosticado Cáncer, siempre que el diagnóstico ocurra durante la vigencia de la presente cláusula en las Condiciones Particulares.

Se entenderá por Cáncer a la presencia de un tumor maligno caracterizado por el crecimiento y expansión incontrolables de células malignas, con invasión y destrucción del tejido normal.

Artículo 2° - Riesgos no Cubiertos

La Aseguradora no pagará la indemnización cuando el diagnóstico de cáncer sea consecuencia de los Riesgos no Cubiertos establecidos en el Anexo de Condiciones Particulares.

Artículo 3° - Beneficio

La Aseguradora, comprobado el diagnóstico de cáncer, abonará al Asegurado el beneficio estipulado en las Condiciones Particulares.

El pago del beneficio se realizará dentro de los QUINCE (15) días de notificado el diagnóstico de cáncer o de recibidas las constancias y pruebas requeridas por la Aseguradora, establecidas en el Artículo 5°, lo que ocurra con posterioridad.

Artículo 4° - Carácter del Beneficio

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

Artículo 5° - Comprobación del Diagnóstico de Cáncer

Corresponde al Asegurado o su representante:

- a) Denunciar cualquier diagnóstico de cáncer conforme el plazo definido en Condiciones Particulares, el cual nunca será inferior a los TRES (3) días, contados desde la ocurrencia del mismo, o desde que el denunciante conozca la existencia del beneficio, lo que fuera posterior, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.
- b) Presentar las constancias médicas y/o testimoniales de su comienzo y causas.
- c) Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta DOS (2) exámenes médicos por facultativos designados por la Aseguradora y con gastos a cargo de ésta.

Artículo 6° - Plazo de Prueba

La Aseguradora dentro de los QUINCE (15) días de recibida la denuncia y/o las constancias a las que se refiere el artículo anterior, contados desde la fecha que sea posterior, deberá comunicar al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. Si las comprobaciones a las que se refiere el Artículo 5° no resultaran concluyentes en cuanto al diagnóstico de cáncer, la Aseguradora podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor a TREINTA (30) días, a fin de confirmar el diagnóstico.

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

El Asegurado deberá seguir abonando las primas correspondientes al período de comprobación del diagnóstico. Confirmado el diagnóstico de cáncer, la Aseguradora reembolsará las extraprimas de esta Cláusula Adicional abonadas durante el plazo de comprobación.

Artículo 7° - Valuación por Peritos

Si en la apreciación del evento surgieran divergencias entre las partes, las mismas serán definidas por DOS (2) médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los OCHO (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 TREINTA (30) días y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de QUINCE (15) días.

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

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

Artículo 8° - Finalización de la Cobertura

La cobertura que esta cláusula otorga terminará en la fecha en que se verifique alguno de los eventos previstos en el Artículo 13 de las Condiciones Generales Comunes o en los siguientes casos:

- a) Cuando el Asegurado cumpla la Edad Máxima de Permanencia establecida en las Condiciones Particulares para la presente cláusula adicional. La continuidad de cobro de prima, luego del arribo a tal edad máxima, se considerará como prórroga de vigencia hasta finalizado el período de riesgo cubierto amparado por dicha prima.
- b) Por la renuncia a continuar asegurado por la presente cláusula.
- c) Al caducar o rescindirse la presente cláusula adicional.

d) Por el pago del beneficio que acuerda la presente cláusula adicional.

La renuncia a que se refiere el punto b), deberá ser comunicada por medio fehaciente a la Aseguradora por el Asegurado Titular dentro de los TREINTA (30) días corridos desde la fecha en la cual se produjera dicho evento.

En todos los casos, la rescisión de la cobertura operará al término del mes por el cual se hubieren descontado primas, y se devolverá la prima no ganada, si la hubiere, correspondiente a la cobertura rescindida.

V - IND - 7.3 – CLÁUSULA ADICIONAL – ANTICIPO DE BENEFICIO POR ENFERMEDADES TERMINALES – BENEFICIO COMPLEMENTARIO

Artículo 1º - Riesgo Cubierto

La Aseguradora concederá al Asegurado el beneficio que acuerda la presente cláusula cuando al mismo le haya sido diagnosticada una Enfermedad Terminal, siempre que el diagnóstico ocurra durante la vigencia de la presente cláusula en las Condiciones Particulares.

Se entenderá por Enfermedad Terminal aquella condición médica para la cual el médico pronostique una expectativa de vida menor a DOCE (12) meses.

Artículo 2º - Riesgos no Cubiertos

La Aseguradora no pagará la indemnización cuando la enfermedad terminal sea consecuencia de los Riesgos no Cubiertos establecidos en el Anexo de Condiciones Particulares.

Artículo 3º - Beneficios

La Aseguradora, comprobada la enfermedad terminal, abonará al Asegurado el beneficio estipulado en las Condiciones Particulares, el cual estará definido como un porcentaje del Capital Asegurado por la Cobertura Básica de Fallecimiento. Dicho porcentaje no podrá ser superior al CIEN POR CIENTO (100%).

El pago del beneficio se realizará dentro de los QUINCE (15) días de notificado el diagnóstico de la enfermedad terminal o de recibidas las constancias y pruebas requeridas por la Aseguradora, establecidas en el Artículo 5º, lo que ocurra con posterioridad.

Una vez comprobada la enfermedad terminal cubierta por esta cláusula, el capital asegurado de la Cobertura Básica no podrá incrementarse por ninguna causa.

Artículo 4º - Carácter del Beneficio

El beneficio acordado por esta cláusula constituye un anticipo de la indemnización que debiera liquidarse en caso de muerte del Asegurado.

A partir del pago del beneficio de esta cláusula, el Asegurado sólo quedará amparado por la Cobertura Básica de Fallecimiento.

El Capital Asegurado estipulado en las Condiciones Particulares para la Cobertura Básica se reducirá, como consecuencia de la aplicación de esta cláusula, conforme el monto anticipado, a partir de la fecha de la puesta a disposición del beneficio aquí previsto. En igual proporción se reducirán las primas a pagar por la Cobertura Básica desde la puesta a disposición del importe anticipado.

Artículo 5° - Comprobación de la Enfermedad Terminal

Corresponde al Asegurado o su representante:

- a) Denunciar la existencia de la enfermedad terminal conforme el plazo definido en Condiciones Particulares, el cual nunca será inferior a los TRES (3) días, contados desde la ocurrencia del mismo, o desde que el denunciante conozca la existencia del beneficio, lo que fuera posterior, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.
- b) Proveer pruebas satisfactorias de que la expectativa de vida del Asegurado es de DOCE (12) meses o menos desde el día del diagnóstico.
- c) Presentar las constancias médicas y/o testimoniales de su comienzo y causas;
- d) Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta DOS (2) exámenes médicos por facultativos designados por la Aseguradora y con gastos a cargo de ésta.

Artículo 6° - Plazo de Prueba

La Aseguradora dentro de los QUINCE (15) días de recibida la denuncia y/o las constancias a las que se refiere el artículo anterior, contados desde la fecha que sea posterior, deberá comunicar al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. Si las comprobaciones a las que se refiere el Artículo 5° no resultaran concluyentes en cuanto al carácter de la enfermedad terminal, la Aseguradora podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor a TREINTA (30) días, a fin de confirmar el diagnóstico.

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

El Asegurado deberá seguir abonando las primas correspondientes al período de comprobación de la enfermedad. Confirmada la enfermedad terminal, la Aseguradora reembolsará las extraprimas de esta Cláusula Adicional abonadas durante el plazo de comprobación.

Artículo 7° - Valuación por Peritos

Si en la apreciación del evento surgieran divergencias entre las partes, las mismas serán definidas por DOS (2) médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los OCHO (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 TREINTA (30) días y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de QUINCE (15) días.

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

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

Artículo 8° - Finalización de la Cobertura

La cobertura que esta cláusula otorga terminará en la fecha en que se verifique alguno de los eventos previstos en el Artículo 13 de las Condiciones Generales Comunes o en los siguientes casos:

- a) Cuando el Asegurado cumpla la Edad Máxima de Permanencia establecida en las Condiciones Particulares para la presente cláusula adicional. La continuidad de cobro de prima, luego del arribo a tal edad máxima, se considerará como prórroga de vigencia hasta finalizado el período de riesgo cubierto amparado por dicha prima.
- b) Por la renuncia a continuar asegurado por la presente cláusula.
- c) Al caducar o rescindirse la presente cláusula adicional.
- d) Por el pago del beneficio que acuerda la presente cláusula adicional.

La renuncia a que se refiere el punto b), deberá ser comunicada por medio fehaciente a la Aseguradora por el Asegurado Titular dentro de los TREINTA (30) días corridos desde la fecha en la cual se produjera dicho evento.

En todos los casos, la rescisión de la cobertura operará al término del mes por el cual se hubieren descontado primas, y se devolverá la prima no ganada, si la hubiere, correspondiente a la cobertura rescindida.

V - IND - 7.4 - CLÁUSULA ADICIONAL - ENFERMEDADES GRAVES – BENEFICIO ADICIONAL

Artículo 1° - Riesgo Cubierto

La Aseguradora concederá al Asegurado el beneficio que acuerda la presente cláusula cuando al mismo le haya sido diagnosticada una Enfermedad Grave definida en las Condiciones Particulares, siempre que el diagnóstico

ocurra durante la vigencia de la presente cláusula en dichas Condiciones.

Artículo 2° - Riesgos no Cubiertos

La Aseguradora no pagará la indemnización cuando la enfermedad grave sea consecuencia de los Riesgos no Cubiertos establecidos en el Anexo de Condiciones Particulares.

Artículo 3° - Beneficios

La Aseguradora, comprobado el diagnóstico de la enfermedad grave, abonará al Asegurado la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares.

El pago del beneficio se realizará dentro de los QUINCE (15) días de notificado el diagnóstico de la enfermedad grave o de recibidas las constancias y pruebas requeridas por la Aseguradora, establecidas en el Artículo 5°, lo que ocurra con posterioridad.

Artículo 4° - Carácter del Beneficio

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

El beneficio previsto en esta cláusula se pagará una sola vez aunque la misma u otras enfermedades cubiertas se manifiesten con posterioridad. Abonada la suma asegurada que concede esta cláusula, la misma cesará y no podrá volverse a otorgar en las futuras renovaciones.

Artículo 5° - Comprobación de la Enfermedad Grave

Corresponde al Asegurado o su representante:

- a) Denunciar la existencia de la enfermedad grave, conforme el plazo definido en Condiciones Particulares, el cual nunca será inferior a los TRES (3) días, contados desde la ocurrencia del mismo, o desde que el denunciante conozca la existencia del beneficio, lo que fuera posterior, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.
- b) Presentar las constancias médicas y/o testimoniales de su comienzo y causas;
- c) Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta DOS (2) exámenes médicos por facultativos designados por la Aseguradora y con gastos a cargo de ésta.

Artículo 6° - Plazo de Prueba

La Aseguradora dentro de los QUINCE (15) días de recibida la denuncia y/o las constancias a las que se refiere el artículo anterior, contados desde la fecha que sea posterior, deberá comunicar al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. Si las comprobaciones a las que se refiere el Artículo 5° no resultaran concluyentes en cuanto al carácter de la enfermedad grave, la Aseguradora podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor a TRES (3) meses, a fin de confirmar el diagnóstico.

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

El Asegurado deberá seguir abonando las primas correspondientes al período de comprobación de la enfermedad. Confirmada la enfermedad grave, la Aseguradora reembolsará las extraprimas de esta Cláusula Adicional abonadas durante el plazo de comprobación.

Artículo 7° - Valuación por Peritos

Si en la apreciación del evento surgieran divergencias entre las partes, las mismas serán definidas por DOS (2) médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los OCHO (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 TREINTA (30) días y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de QUINCE (15) días.

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

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

Artículo 8° - Finalización de la Cobertura

La cobertura que esta cláusula otorga terminará en la fecha en que se verifique alguno de los eventos previstos en el Artículo 13 de las Condiciones Generales Comunes o en los siguientes casos:

- a) Cuando el Asegurado cumpla la Edad Máxima de Permanencia establecida en las Condiciones Particulares para la presente cláusula adicional. La continuidad de cobro de prima, luego del arribo a tal edad máxima, se considerará como prórroga de vigencia hasta finalizado el período de riesgo cubierto amparado por dicha prima.
- b) Por la renuncia a continuar asegurado por la presente cláusula.
- c) Al caducar o rescindirse la presente cláusula adicional.

d) Por el pago del beneficio que acuerda la presente cláusula adicional.

La renuncia a que se refiere el punto b), deberá ser comunicada por medio fehaciente a la Aseguradora por el Asegurado Titular dentro de los TREINTA (30) días corridos desde la fecha en la cual se produjera dicho evento.

En todos los casos, la rescisión de la cobertura operará al término del mes por el cual se hubieren descontado primas, y se devolverá la prima no ganada, si la hubiere, correspondiente a la cobertura rescindida.

V - IND - 7.5 - CLÁUSULA ADICIONAL – ANTICIPO DEL BENEFICIO POR ENFERMEDADES GRAVES – BENEFICIO COMPLEMENTARIO

Artículo 1º - Riesgo Cubierto

La Aseguradora concederá al Asegurado el beneficio que acuerda la presente cláusula cuando al mismo le haya sido diagnosticada una Enfermedad Grave definida en las Condiciones Particulares, siempre que el diagnóstico ocurra durante la vigencia de la presente cláusula en dichas Condiciones.

Artículo 2º - Riesgos no Cubiertos

La Aseguradora no pagará la indemnización cuando la enfermedad grave sea consecuencia de los Riesgos no Cubiertos establecidos en el Anexo de Condiciones Particulares.

Artículo 3º - Beneficios

La Aseguradora, comprobado el diagnóstico de la enfermedad grave, abonará al Asegurado el beneficio estipulado en las Condiciones Particulares, el cual estará definido como un porcentaje del Capital Asegurado por la Cobertura Básica de Fallecimiento. Dicho porcentaje no podrá ser superior al CIEN POR CIENTO (100%).

El pago del beneficio se realizará dentro de los QUINCE (15) días de notificado el diagnóstico de la enfermedad grave o de recibidas las constancias y pruebas requeridas por la Aseguradora, establecidas en el Artículo 5º, lo que ocurra con posterioridad.

Una vez comprobada la enfermedad grave cubierta por esta cláusula, el capital asegurado de la Cobertura Básica no podrá incrementarse por ninguna causa.

Artículo 4º - Carácter del Beneficio

El beneficio acordado por esta cláusula constituye un anticipo de la indemnización que debiera liquidarse en caso de muerte del Asegurado.

A partir del pago del beneficio de esta cláusula, el Asegurado sólo quedará amparado por la Cobertura Básica de Fallecimiento.

El Capital Asegurado estipulado en las Condiciones Particulares para la Cobertura Básica se reducirá, como consecuencia de la aplicación de esta cláusula, conforme el monto anticipado, a partir de la fecha de la puesta a disposición del beneficio aquí previsto. En igual proporción se reducirán las primas a pagar por la Cobertura Básica desde la puesta a disposición del importe anticipado.

Artículo 5° - Comprobación de la Enfermedad Grave

Corresponde al Tomador, Asegurado o su representante:

- a) Denunciar la existencia de la enfermedad grave, conforme el plazo definido en Condiciones Particulares, el cual nunca será inferior a los TRES (3) días, contados desde la ocurrencia del mismo, o desde que el denunciante conozca la existencia del beneficio, lo que fuera posterior, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.
- b) Presentar las constancias médicas y/o testimoniales de su comienzo y causas;
- c) Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta DOS (2) exámenes médicos por facultativos designados por la Aseguradora y con gastos a cargo de ésta.

Artículo 6° - Plazo de Prueba

La Aseguradora dentro de los QUINCE (15) días de recibida la denuncia y/o las constancias a las que se refiere el artículo anterior, contados desde la fecha que sea posterior, deberá comunicar al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. Si las comprobaciones a las que se refiere el Artículo 5° no resultaran concluyentes en cuanto al carácter de la enfermedad grave, la Aseguradora podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor a TRES (3) meses, a fin de confirmar el diagnóstico.

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

El Asegurado deberá seguir abonando las primas correspondientes al período de comprobación de la enfermedad. Confirmada la enfermedad grave, la Aseguradora reembolsará las extraprimas de esta Cláusula Adicional abonadas durante el plazo de comprobación.

Artículo 7° - Valuación por Peritos

Si en la apreciación del evento surgieran divergencias entre las partes, las mismas serán definidas por DOS (2) médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los OCHO (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 TREINTA (30) días y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de QUINCE (15) días.

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

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

Artículo 8° - Finalización de la Cobertura

La cobertura que esta cláusula otorga terminará en la fecha en que se verifique alguno de los eventos previstos en el Artículo 13 de las Condiciones Generales Comunes o en los siguientes casos:

- a) Cuando el Asegurado cumpla la Edad Máxima de Permanencia establecida en las Condiciones Particulares para la presente cláusula adicional. La continuidad de cobro de prima correspondiente a ese Asegurado, luego del arribo a tal edad máxima, se considerará como prórroga de vigencia hasta finalizado el período de riesgo cubierto amparado por dicha prima.
- b) Por la renuncia a continuar asegurado por la presente cláusula.
- c) Al caducar o rescindirse la presente cláusula adicional.
- d) Por el pago del beneficio que acuerda la presente cláusula adicional.

La renuncia a que se refiere el punto b), deberá ser comunicada por medio fehaciente a la Aseguradora por intermedio del Tomador dentro de los TREINTA (30) días corridos desde la fecha en la cual se produjera dicho evento.

En todos los casos, la rescisión de la cobertura operará al término del mes por el cual se hubieren descontado primas, y se devolverá la prima no ganada, si la hubiere, correspondiente a la cobertura rescindida.

V - IND - 7.6 – CLÁUSULA ADICIONAL – RENTA DIARIA POR INTERNACIÓN – COBERTURA RETROACTIVA – BENEFICIO ADICIONAL

Artículo 1° - Riesgos Cubiertos

La Aseguradora concederá al Asegurado el beneficio que acuerda la presente cláusula cuando el mismo, por indicación de un médico, sea sometido a una internación en un Establecimiento Asistencial, que reúna las características definidas en esta Cláusula Adicional, siempre que ésta ocurra durante la vigencia de la presente cláusula en las Condiciones Particulares.

Artículo 2° - Riesgos no Cubiertos

La Aseguradora no pagará la indemnización cuando la internación se produjera como consecuencia de los Riesgos no Cubiertos establecidos en el Anexo de Condiciones Particulares.

Artículo 3° - Beneficio

La Aseguradora, recibidas las constancias de internación, abonará al Asegurado por cada día que hubiera estado internado, la renta diaria indicada en las Condiciones Particulares. Dicha renta podrá estar diferenciada en función a la sala de internación cubierta, la cual estará definida en las Condiciones Particulares.

La renta diaria se comenzará a abonar desde el primer día de internación cuando la misma supere la cantidad de días completos y consecutivos establecidos como Período de Espera y sujeto al valor máximo fijado por el “Plazo Máximo de Cobertura Anual”, estipulados ambos en las Condiciones Particulares.

Se define como “Plazo Máximo de Cobertura Anual” a la cantidad máxima de días por internación a la que el Asegurado tendrá derecho por cada año de vigencia de la cobertura para todos los eventos ocurridos en ese período.

Se entiende por “Día de Internación” a todo período de VEINTICUATRO (24) horas que comprende la estadía durante la noche en un establecimiento asistencial.

La internación podrá tener lugar en varios establecimientos asistenciales en forma alternada, mientras la misma no sea interrumpida. En el caso de internaciones sucesivas a causa de un mismo accidente, afección o enfermedad, separadas por intervalos menores de UN (1) año, cada período de internación será considerado como continuación del anterior a efectos de computar el período de espera.

El pago del beneficio se realizará dentro de los QUINCE (15) días de notificada la internación o de recibidas las constancias y pruebas requeridas por la Aseguradora, establecidas en el Artículo 6°, lo que ocurra con posterioridad. Si una vez abonado el beneficio recién expuesto, el Asegurado continuara internado, los pagos subsiguientes serán abonados mensualmente, excepto en aquellos casos que la internación cesara antes de cumplirse la mensualidad.

Artículo 4° - Carácter del Beneficio

La indemnización por internación acordada por esta cláusula es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la póliza y, en consecuencia, la Aseguradora no hará por tal concepto, deducción alguna de la suma asegurada a pagarse por cualquiera de ellos.

Artículo 5° - Establecimiento Asistencial

Se entenderá por Establecimiento Asistencial al establecimiento público o privado legalmente autorizado para el tratamiento médico de enfermedades o lesiones corporales, provisto con facilidades para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas. Dicho establecimiento deberá estar atendido por un Médico durante las VEINTICUATRO (24) horas del día y los tratamientos que se ofrezcan en él deberán ser realizados por el personal médico calificado y en donde sólo deberán admitirse personas enfermas o lesionadas.

Artículo 6° - Comprobación de la Internación

Corresponde al Asegurado o su representante:

- a) Denunciar cualquier internación en un establecimiento asistencial conforme el plazo definido en Condiciones Particulares, el cual nunca será inferior a los TRES (3) días, contados desde la ocurrencia del mismo, o desde que el denunciante conozca la existencia del beneficio, lo que fuera posterior, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.
- b) Presentar las constancias médicas y/o testimoniales de su comienzo y causas.
- c) Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta DOS (2) exámenes médicos por facultativos designados por la Aseguradora y con gastos a cargo de ésta.

Artículo 7° - Plazo de Prueba

La Aseguradora dentro de los QUINCE (15) días de recibida la denuncia y/o las constancias a las que se refiere el Artículo anterior contados desde la fecha que sea posterior, deberá comunicar al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. Si las comprobaciones a que se refiere el Artículo 6° no resultaran concluyentes en cuanto al carácter de la internación, la Aseguradora podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor a TREINTA (30) días, a fin de confirmar el diagnóstico.

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

El Asegurado deberá seguir abonando las primas correspondientes al período de comprobación. Confirmado el diagnóstico, la Aseguradora reembolsará las extraprimas de esta Cláusula Adicional abonadas durante el plazo de comprobación.

Artículo 8° - Valuación por Peritos

Si en la apreciación del evento surgieran divergencias entre las partes, las mismas serán definidas por DOS (2) médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los OCHO (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 TREINTA (30) días y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de QUINCE (15) días.

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

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

Artículo 9º - Finalización de la Cobertura

La cobertura que esta cláusula otorga terminará en la fecha en que se verifique alguno de los eventos previstos en el Artículo 13 de las Condiciones Generales Comunes o en los siguientes casos:

- a) Cuando el Asegurado cumpla la Edad Máxima de Permanencia establecida en las Condiciones Particulares para la presente cláusula adicional. La continuidad de cobro de prima, luego del arribo a tal edad máxima, se considerará como prórroga de vigencia hasta finalizado el período de riesgo cubierto amparado por dicha prima.
- b) Por la renuncia a continuar asegurado por la presente cláusula.
- c) Al caducar o rescindir la presente cláusula adicional.
- d) A partir de haberse efectuado pagos en virtud de esta cláusula adicional que alcancen el valor máximo del beneficio. Sin perjuicio de la presente causal de finalización de cobertura, la misma podrá ser contratada nuevamente, previo consentimiento de la Aseguradora.

La renuncia a que se refiere el punto b), deberá ser comunicada por medio fehaciente a la Aseguradora por el Asegurado Titular dentro de los TREINTA (30) días corridos desde la fecha en la cual se produjera dicho evento.

En todos los casos, la rescisión de la cobertura operará al término del mes por el cual se hubieren descontado primas, y se devolverá la prima no ganada, si la hubiere, correspondiente a la cobertura rescindida.

V - IND - 7.7 – CLÁUSULA ADICIONAL – RENTA DIARIA POR INTERNACIÓN – POR ACCIDENTE – COBERTURA RETROACTIVA – BENEFICIO ADICIONAL

Artículo 1º - Riesgos Cubiertos

La Aseguradora concederá al Asegurado el beneficio que acuerda la presente cláusula cuando el mismo, por indicación de un médico, sea sometido a una internación, a consecuencia de un accidente, en un Establecimiento Asistencial que reúna las características definidas en esta Cláusula Adicional, siempre que ésta ocurra durante la vigencia de la presente cláusula en las Condiciones Particulares.

Se entenderá por “accidente” a todo hecho externo, violento, fortuito e independiente de la voluntad del Asegurado.

Artículo 2° - Riesgos no Cubiertos

La Aseguradora no pagará la indemnización cuando la internación se produjera como consecuencia de los Riesgos no Cubiertos establecidos en el Anexo de Condiciones Particulares.

Artículo 3° - Beneficio

La Aseguradora, recibidas las constancias de internación, abonará al Asegurado por cada día que hubiera estado internado, la renta diaria indicada en las Condiciones Particulares. Dicha renta podrá estar diferenciada en función a la sala de internación cubierta, la cual estará definida en las Condiciones Particulares.

La renta diaria se comenzará a abonar desde el primer día de internación cuando la misma supere la cantidad de días completos y consecutivos establecidos como Período de Espera y sujeto al valor máximo fijado por el “Plazo Máximo de Cobertura Anual”, estipulados ambos en las Condiciones Particulares.

Se define como “Plazo Máximo de Cobertura Anual” a la cantidad máxima de días por internación a la que el Asegurado tendrá derecho por cada año de vigencia de la cobertura para todos los eventos ocurridos en ese período.

Se entiende por “Día de Internación” a todo período de VEINTICUATRO (24) horas que comprende la estadía durante la noche en un establecimiento asistencial.

La internación podrá tener lugar en varios establecimientos asistenciales en forma alternada, mientras la misma no sea interrumpida. En el caso de internaciones sucesivas a causa de un mismo accidente, afección o enfermedad, separadas por intervalos menores de UN (1) año, cada período de internación será considerado como continuación del anterior a efectos de computar el período de espera.

El pago del beneficio se realizará dentro de los QUINCE (15) días de notificada la internación o de recibidas las constancias y pruebas requeridas por la Aseguradora, establecidas en el Artículo 6°, lo que ocurra con posterioridad. Si una vez abonado el beneficio recién expuesto, el Asegurado continuara internado, los pagos subsiguientes serán abonados mensualmente, excepto en aquellos casos que la internación cesara antes de cumplirse la mensualidad

Artículo 4° - Carácter del Beneficio

La indemnización por internación acordada por esta cláusula es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la póliza y, en consecuencia, la Aseguradora no hará por tal concepto, deducción alguna de la suma asegurada a pagarse por cualquiera de ellos.

Artículo 5° - Establecimiento Asistencial

Se entenderá por Establecimiento Asistencial al establecimiento público o privado legalmente autorizado para el tratamiento médico de enfermedades o lesiones corporales, provisto con facilidades para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas. Dicho establecimiento deberá estar atendido por un Médico durante las VEINTICUATRO (24) horas del día y los tratamientos que se ofrezcan en él deberán ser realizados por el personal médico calificado y en donde sólo deberán admitirse personas enfermas o lesionadas.

Artículo 6° - Comprobación de la Internación

Corresponde al Asegurado o su representante:

- a) Denunciar cualquier internación en un establecimiento asistencial conforme el plazo definido en Condiciones Particulares, el cual nunca será inferior a los TRES (3) días, contados desde la ocurrencia del mismo, o desde que el denunciante conozca la existencia del beneficio, lo que fuera posterior, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.
- b) Presentar las constancias médicas y/o testimoniales de su comienzo y causas;
- c) Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta DOS (2) exámenes médicos por facultativos designados por la Aseguradora y con gastos a cargo de ésta.

Artículo 7° - Plazo de Prueba

La Aseguradora dentro de los QUINCE (15) días de recibida la denuncia y/o las constancias a las que se refiere el artículo anterior contados desde la fecha que sea posterior, deberá comunicar al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. Si las comprobaciones a que se refiere el Artículo 6° no resultaran concluyentes en cuanto al carácter de la internación, la Aseguradora podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor a TREINTA (30) días, a fin de confirmar el diagnóstico.

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

El Asegurado deberá seguir abonando las primas correspondientes al período de comprobación. Confirmado el diagnóstico, la Aseguradora reembolsará las extraprimas de esta Cláusula Adicional abonadas durante el plazo de comprobación.

Artículo 8° - Valuación por Peritos

Si en la apreciación del evento surgieran divergencias entre las partes, las mismas serán definidas por DOS (2) médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los OCHO (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 TREINTA (30) días y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de QUINCE (15) días.

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

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

Artículo 9º - Finalización de la Cobertura

La cobertura que esta cláusula otorga terminará en la fecha en que se verifique alguno de los eventos previstos en el Artículo 13 de las Condiciones Generales Comunes o en los siguientes casos:

- a) Cuando el Asegurado cumpla la Edad Máxima de Permanencia establecida en las Condiciones Particulares para la presente cláusula adicional. La continuidad de cobro de prima, luego del arribo a tal edad máxima, se considerará como prórroga de vigencia hasta finalizado el período de riesgo cubierto amparado por dicha prima.
- b) Por la renuncia a continuar asegurado por la presente cláusula.
- c) Al caducar o rescindir la presente cláusula adicional.
- d) A partir de haberse efectuado pagos en virtud de esta cláusula adicional que alcancen el valor máximo del beneficio. Sin perjuicio de la presente causal de finalización de cobertura, la misma podrá ser contratada nuevamente, previo consentimiento de la Aseguradora.

La renuncia a que se refiere el punto b), deberá ser comunicada por medio fehaciente a la Aseguradora por el Asegurado Titular dentro de los TREINTA (30) días corridos desde la fecha en la cual se produjera dicho evento.

En todos los casos, la rescisión de la cobertura operará al término del mes por el cual se hubieren descontado primas, y se devolverá la prima no ganada, si la hubiere, correspondiente a la cobertura rescindida.

V - IND - 7.8 – CLÁUSULA ADICIONAL – RENTA DIARIA POR INTERNACIÓN – INCLUYE INTERNACIÓN DOMICILIARIA – COBERTURA RETROACTIVA – BENEFICIO ADICIONAL

Artículo 1º - Riesgos Cubiertos

La Aseguradora concederá al Asegurado el beneficio que acuerda la presente cláusula cuando el mismo, por indicación de un médico, sea sometido a una internación en un Establecimiento Asistencial, que reúna las características definidas en esta Cláusula Adicional, o en su domicilio particular, siempre que ésta ocurra durante la vigencia de la presente cláusula en las Condiciones Particulares.

A los fines de esta Cláusula Adicional los siguientes conceptos tendrán el significado que se les asigna a continuación:

Establecimiento Asistencial: Es un establecimiento público o privado legalmente autorizado para el tratamiento médico de enfermedades o lesiones corporales, provisto con facilidades para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas. Dicho establecimiento deberá estar atendido por un Médico durante las VEINTICUATRO (24) horas del día y los tratamientos que se ofrezcan en él deberán ser realizados por el personal médico calificado y en donde sólo deberán admitirse personas enfermas o lesionadas.

Internación Domiciliaria: Es aquella modalidad de atención de salud, mediante la cual se brinda asistencia al Asegurado en su domicilio particular.

Domicilio Particular del Asegurado: Es aquel en el cual habita el propio Asegurado, un Familiar, o una Persona Allegada al mismo, donde el Asegurado mantuviera una internación domiciliaria.

Artículo 2° - Riesgos no Cubiertos

La Aseguradora no pagará la indemnización cuando la internación se produjera como consecuencia de los Riesgos no Cubiertos establecidos en el Anexo de Condiciones Particulares.

Artículo 3° - Beneficio

La Aseguradora, recibidas las constancias de internación, abonará al Asegurado por cada día que hubiera estado internado, la renta diaria indicada en las Condiciones Particulares. Dicha renta podrá estar diferenciada en función a la sala de internación cubierta, la cual estará definida en las Condiciones Particulares.

La renta diaria se comenzará a abonar desde el primer día de internación cuando la misma supere la cantidad de días completos y consecutivos establecidos como Período de Espera y sujeto al valor máximo fijado por el “Plazo Máximo de Cobertura Anual”, estipulados ambos en las Condiciones Particulares.

Se define como “Plazo Máximo de Cobertura Anual” a la cantidad máxima de días por internación a la que el Asegurado tendrá derecho por cada año de vigencia de la cobertura para todos los eventos ocurridos en ese período.

Se entiende por “Día de Internación” a todo período de VEINTICUATRO (24) horas que comprende la estadía durante la noche en un establecimiento asistencial.

La internación podrá tener lugar en varios establecimientos asistenciales y/o en el domicilio en forma alternada, mientras la misma no sea interrumpida. En el caso de internaciones sucesivas a causa de un mismo accidente, afección o enfermedad, separadas por intervalos menores de UN (1) año, cada período de internación será considerado como continuación del anterior a efectos de computar el período de espera.

El pago del beneficio se realizará dentro de los QUINCE (15) días de notificada la internación o de recibidas las constancias y pruebas requeridas por la Aseguradora, establecidas en el Artículo 5°, lo que ocurra con posterioridad. Si una vez abonado el beneficio recién expuesto, el Asegurado continuara internado, los pagos subsiguientes serán abonados mensualmente, excepto en aquellos casos que la internación cesara antes de cumplirse la mensualidad

Artículo 4° - Carácter del Beneficio

La indemnización por internación acordada por esta cláusula es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la póliza y, en consecuencia, la Aseguradora no hará por tal concepto, deducción alguna de la suma asegurada a pagarse por cualquiera de ellos.

Artículo 5° - Comprobación de la Internación

Corresponde al Asegurado o su representante:

- a) Denunciar cualquier internación en un establecimiento asistencial o en el domicilio particular del Asegurado conforme el plazo definido en Condiciones Particulares, el cual nunca será inferior a los TRES (3) días, contados desde la ocurrencia del mismo, o desde que el denunciante conozca la existencia del beneficio, lo que fuera posterior, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.
- b) Presentar las constancias médicas y/o testimoniales de su comienzo y causas;
- c) En el caso particular de internación domiciliaria, el médico tratante deberá emitir un informe donde manifieste la necesidad de la internación y brinde su conformidad para que la misma tenga lugar en el domicilio particular del Asegurado.
- d) Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta DOS (2) exámenes médicos por facultativos designados por la Aseguradora y con gastos a cargo de ésta.

Artículo 6° - Plazo de Prueba

La Aseguradora dentro de los QUINCE (15) días de recibida la denuncia y/o las constancias a las que se refiere el artículo anterior contados desde la fecha que sea posterior, deberá comunicar al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. Si las comprobaciones a que se refiere el Artículo 5° no resultaran concluyentes en cuanto al carácter de la internación, la Aseguradora podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor a TREINTA (30) días, a fin de confirmar el diagnóstico.

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

El Asegurado deberá seguir abonando las primas correspondientes al período de comprobación. Confirmado el diagnóstico, la Aseguradora reembolsará las extraprimas de esta Cláusula Adicional abonadas durante el plazo de comprobación.

Artículo 7° - Valuación por Peritos

Si en la apreciación del evento surgieran divergencias entre las partes, las mismas serán definidas por DOS (2)

médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los OCHO (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 TREINTA (30) días y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de QUINCE (15) días.

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

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

Artículo 8° - Finalización de la Cobertura

La cobertura que esta cláusula otorga terminará en la fecha en que se verifique alguno de los eventos previstos en el Artículo 13 de las Condiciones Generales Comunes o en los siguientes casos:

- a) Cuando el Asegurado cumpla la Edad Máxima de Permanencia establecida en las Condiciones Particulares para la presente cláusula adicional. La continuidad de cobro de prima, luego del arribo a tal edad máxima, se considerará como prórroga de vigencia hasta finalizado el período de riesgo cubierto amparado por dicha prima.
- b) Por la renuncia a continuar asegurado por la presente cláusula.
- c) Al caducar o rescindirse la presente cláusula adicional.
- d) A partir de haberse efectuado pagos en virtud de esta cláusula adicional que alcancen el valor máximo del beneficio. Sin perjuicio de la presente causal de finalización de cobertura, la misma podrá ser contratada nuevamente, previo consentimiento de la Aseguradora.

La renuncia a que se refiere el punto b), deberá ser comunicada por medio fehaciente a la Aseguradora por el Asegurado Titular dentro de los TREINTA (30) días corridos desde la fecha en la cual se produjera dicho evento.

En todos los casos, la rescisión de la cobertura operará al término del mes por el cual se hubieren descontado primas, y se devolverá la prima no ganada, si la hubiere, correspondiente a la cobertura rescindida.

V - IND - 7.9- CLÁUSULA ADICIONAL – CUIDADOS PROLONGADOS – COBERTURA RETROACTIVA – BENEFICIO ADICIONAL

Artículo 1° - Riesgos Cubiertos

La Aseguradora concederá al Asegurado el beneficio que acuerda la presente cláusula cuando el mismo deba ser sometido a Cuidados Prolongados, siempre que esto ocurra durante la vigencia de la presente cláusula en las

Condiciones Particulares.

Se entiende que el Asegurado estará sujeto a “Cuidados Prolongados” cuando a causa de una enfermedad o accidente se viera impedido de ejercer totalmente por lo menos dos de las actividades de la vida diaria consideradas básicas, definidas como:

1. Bañarse: capacidad de bañarse, ducharse y secarse; y, en particular, de entrar y salir de la bañera/ducha, con o sin la ayuda de apoyos y sin la asistencia de otras personas. La incapacidad de llegar al cuarto de baño no constituye una necesidad de asistencia.
2. Alimentarse: habilidad de consumir alimentos que ya han sido preparados o están disponibles, con o sin uso de utensilios de adaptación.
3. Vestirse: habilidad de ponerse o sacarse la ropa, y de abrochar o asegurar y desabrochar o liberar la vestimenta, incluyendo miembros artificiales y aparatos ortopédicos médicamente necesarios.
4. Higienizarse: habilidad de sentarse en o levantarse del inodoro, pararse cerca o alejarse del mismo, y mantener un grado razonable de higiene personal para el cuerpo.
5. Transferirse: habilidad de sentarse o levantarse de una silla (incluida la silla de ruedas) o de la cama. Si una persona puede moverse con la ayuda de equipos como bastón, muletas, andador, barras de sostén u otros equipos de soporte, entonces se considera que puede transferirse o cambiar de posición.

Se considerará al Asegurado incapaz de realizar alguna de las actividades enumeradas precedentemente, si requiere la asistencia física de otras personas para realizarlas. Asimismo, dichos impedimentos deberán ser determinados médicamente.

Artículo 2° - Riesgos no Cubiertos

La Aseguradora no pagará la indemnización cuando la necesidad de cuidados prolongados se produjera como consecuencia de los Riesgos no Cubiertos establecidos en el Anexo de Condiciones Particulares.

Artículo 3° - Beneficio

La Aseguradora, recibidas las constancias de la necesidad del Asegurado de estar bajo cuidados prolongados, abonará al mismo una renta mensual una vez superado el Período de Espera y sujeto al valor máximo fijado por el “Plazo Máximo de Cobertura Anual”, estipulados ambos en las Condiciones Particulares. La renta mensual indicada en las Condiciones Particulares se comenzará a abonar desde el primer día en que se manifieste la necesidad de ser sometido a cuidados prolongados, cuando los mismos superen la cantidad de días completos y consecutivos establecidos como Período de Espera.

Se define como “Plazo Máximo de Cobertura Anual” a la cantidad máxima de meses por cuidados prolongados a la que el Asegurado tendrá derecho por cada año de vigencia de la cobertura para todos los eventos ocurridos en ese período.

A los efectos del cómputo del Plazo de Espera, si se hubiera abonado el beneficio previsto por esta cláusula y el Asegurado sufriera nuevamente un siniestro cubierto, originado por la misma causa, este nuevo siniestro se considerará como continuación del anterior, salvo que entre uno y otro haya transcurrido un período de UN (1) año.

El pago del beneficio se realizará dentro de los QUINCE (15) días de notificada la necesidad de cuidados prolongados o de recibidas las constancias y pruebas requeridas por la Aseguradora, establecidas en el Artículo 5º, lo que ocurra con posterioridad. Si una vez abonado el beneficio recién expuesto, el Asegurado continuara bajo cuidados prolongados, los pagos subsiguientes serán abonados mensualmente, excepto en aquellos casos en que los mismos cesaran antes de cumplirse la mensualidad.

Artículo 4º - Carácter del Beneficio

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

Artículo 5º - Comprobación de la Necesidad de Cuidados Prolongados

Corresponde al Asegurado o su representante:

- a) Denunciar cualquier necesidad de cuidados prolongados determinados médicamente conforme el plazo definido en Condiciones Particulares, el cual nunca será inferior a los TRES (3) días, contados desde la ocurrencia del mismo, o desde que el denunciante conozca la existencia del beneficio, lo que fuera posterior, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.
- b) Presentar las constancias médicas y/o testimoniales de su comienzo y causas.
- c) Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta DOS (2) exámenes médicos por facultativos designados por la Aseguradora y con gastos a cargo de ésta.

Artículo 6º - Plazo de Prueba

La Aseguradora dentro de los QUINCE (15) días de recibida la denuncia y/o las constancias a las que se refiere el artículo anterior, contados desde la fecha que sea posterior, deberá comunicar al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. Si las comprobaciones a que se refiere el Artículo 5º no resultaran concluyentes en cuanto a la necesidad de cuidados prolongados, la Aseguradora podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor a treinta (30) días, a fin de confirmar el diagnóstico.

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

El Asegurado deberá seguir abonando las primas correspondientes al período de comprobación. Confirmado el

diagnóstico, la Aseguradora reembolsará las extraprimas de esta Cláusula Adicional abonadas durante el plazo de comprobación.

Artículo 7° - Valuación por Peritos

Si en la apreciación del evento surgieran divergencias entre las partes, las mismas serán definidas por DOS (2) médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los OCHO (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 TREINTA (30) días y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de QUINCE (15) días.

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

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

Artículo 8° - Finalización de la Cobertura

La cobertura que esta cláusula otorga terminará en la fecha en que se verifique alguno de los eventos previstos en el Artículo 13 de las Condiciones Generales Comunes o en los siguientes casos:

- a) Cuando el Asegurado cumpla la Edad Máxima de Permanencia establecida en las Condiciones Particulares para la presente cláusula adicional. La continuidad de cobro de prima, luego del arribo a tal edad máxima, se considerará como prórroga de vigencia hasta finalizado el período de riesgo cubierto amparado por dicha prima.
- b) Por la renuncia a continuar asegurado por la presente cláusula.
- c) Al caducar o rescindirse la presente cláusula adicional.
- d) A partir de haberse efectuado pagos en virtud de esta cláusula adicional que alcancen el valor máximo del beneficio.

La renuncia a que se refiere el punto b), deberá ser comunicada por medio fehaciente a la Aseguradora por el Asegurado Titular dentro de los TREINTA (30) días corridos desde la fecha en la cual se produjera dicho evento.

En todos los casos, la rescisión de la cobertura operará al término del mes por el cual se hubieren descontado primas, y se devolverá la prima no ganada, si la hubiere, correspondiente a la cobertura rescindida.

V - IND - 7.10 – CLÁUSULA ADICIONAL – CONTAGIO ACCIDENTAL DE SIDA EN EL EJERCICIO DE LA PROFESION MÉDICA O PARAMÉDICA – BENEFICIO ADICIONAL

Artículo 1º - Riesgo Cubierto

La Aseguradora concederá al Asegurado el beneficio que acuerda la presente cláusula cuando como consecuencia de un accidente derivado directamente del ejercicio de su profesión médica o paramédica, le haya sido diagnosticado por primera vez el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) durante la vigencia de la presente cláusula en las Condiciones Particulares.

Se entiende por accidente derivado directamente del ejercicio de su profesión médica o paramédica a algún contacto cutáneo, subcutáneo o de mucosas con fluidos o tejidos corporales de un individuo que pudiere generar la infección de VIH (Virus de Inmuno Deficiencia Humana), sufrido por el Asegurado exclusivamente por el ejercicio de su profesión médica o paramédica, en todos los lugares de trabajo y siempre que se cumplan las medidas de bioseguridad dictadas por el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación.

Se entiende por “SIDA” a toda infección que sea consecuencia directa o indirecta del virus VIH o de una infección oportunista y/o neoplasma maligno (tumor), si al momento de producirse, el Asegurado padece SIDA en alguna de sus formas clínicas o es sero-positivo al VIH. Asimismo, el “Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida” es un término que se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH y se define por la presencia de alguna de las más de VEINTE (20) infecciones oportunistas o de cánceres relacionados con el VIH (OMS).. El Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida incluirá encefalopatías (demencia), VIH Síndrome Devastador y ARC “Aids Related Condition” (Condición Relacionada con SIDA). Las infecciones oportunistas incluirán a la neumonía pneumocistis carinii, enteritis crónica y/o infecciones generalizadas por hongos. El neoplasma maligno incluirá el Sarcoma de Kaposi, al linfoma del sistema nervioso central y/u otras tumoraciones o neoformaciones malignas conocidas en la actualidad o que se conozcan, como causa de enfermedad asociadas y en presencia del SIDA.

Artículo 2º - Riesgos no Cubiertos

La Aseguradora no pagará la indemnización cuando el diagnóstico de SIDA de un Asegurado se produjera como consecuencia de los Riesgos no Cubiertos establecidos en el Anexo de Condiciones Particulares.

Artículo 3º - Beneficio

La Aseguradora, comprobado el padecimiento definido en el Artículo 1º abonará al Asegurado, la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares.

El pago del beneficio se realizará dentro de los QUINCE (15) días de notificado el diagnóstico o de recibidas las constancias y pruebas requeridas por la Aseguradora, establecidas en el Artículo 5º, lo que ocurra con posterioridad.

Artículo 4º - Carácter del Beneficio

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

Artículo 5° - Comprobación del Accidente

Corresponde al Asegurado o su representante:

- a) Denunciar la ocurrencia del accidente conforme el plazo definido en Condiciones Particulares, el cual nunca será inferior a los TRES (3) días, contados desde la ocurrencia del mismo, o desde que el denunciante conozca la existencia del beneficio, lo que fuera posterior, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.
- b) Presentar las constancias médicas y/o testimoniales; como así también las pruebas del accidente.
- c) Asimismo, deberá presentar una constancia de que en el momento del accidente el Asegurado es VIH negativo. El test correspondiente deberá efectuarse dentro de las CUARENTA Y OCHO (48) horas de producirse el accidente y los gastos de realización del mismo serán a cargo de la Aseguradora.
- d) Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta DOS (2) exámenes médicos por facultativos designados por la Aseguradora y con gastos a cargo de ésta.

Artículo 6° - Valuación por Peritos

Si en la apreciación del evento surgieran divergencias entre las partes, las mismas serán definidas por DOS (2) médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los OCHO (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 TREINTA (30) días y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de QUINCE (15) días.

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

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

Artículo 7° - Finalización de la Cobertura

La cobertura que esta cláusula otorga terminará en la fecha en que se verifique alguno de los eventos previstos en el Artículo 13 de las Condiciones Generales Comunes o en los siguientes casos:

- a) Cuando el Asegurado cumpla la Edad Máxima de Permanencia establecida en las Condiciones Particulares para la presente cláusula adicional. La continuidad de cobro de prima, luego del arribo a tal edad máxima, se considerará como prórroga de vigencia hasta finalizado el período de riesgo cubierto amparado por dicha prima.
- b) Por la renuncia a continuar asegurado por la presente cláusula.
- c) Al caducar o rescindirse la presente cláusula adicional.
- d) Por el pago del beneficio que acuerda la presente cláusula adicional.

La renuncia a que se refiere el punto b), deberá ser comunicada por medio fehaciente a la Aseguradora por el Asegurado Titular dentro de los TREINTA (30) días corridos desde la fecha en la cual se produjera dicho evento.

En todos los casos, la rescisión de la cobertura operará al término del mes por el cual se hubieren descontado primas, y se devolverá la prima no ganada, si la hubiere, correspondiente a la cobertura rescindida.

V - IND - 8.1 – CLÁUSULA ADICIONAL – AGRAVACIÓN DEL RIESGO

Se entiende por agravación del riesgo asumido, cualquier cambio de circunstancia con posterioridad a la celebración del contrato que si hubiese existido al tiempo de la celebración, a juicio de peritos hubiera impedido este contrato o modificado sus condiciones. Se consideran agravaciones del riesgo únicamente aquellas que provengan del cambio de la profesión o de la actividad declaradas.

El Asegurado deberá denunciar a la Aseguradora las agravaciones del riesgo asumido, causadas por un hecho suyo antes de que se produzcan; y las debidas a un hecho ajeno, inmediatamente después de conocerlas.

Cuando la agravación se deba a un hecho del Asegurado, la cobertura queda suspendida. La Aseguradora en el término de SIETE (7) días deberá notificar su decisión de rescindir

Cuando la agravación resulte de un hecho ajeno al Asegurado, la Aseguradora deberá notificarle su decisión de rescindir dentro del término de UN (1) mes y con un preaviso de SIETE (7) días. Pero si el riesgo no se hubiera asumido según las prácticas comerciales de la Aseguradora, la cobertura queda suspendida y la Aseguradora en el término de SIETE (7) días deberá notificar su decisión de rescindir.

Si la Aseguradora hubiera otorgado la cobertura por un costo mayor, el mismo se ajustará según el verdadero riesgo asumido.

NOTA SUSCRIPCIÓN: La presente cláusula únicamente podrá ser aplicada en caso de que la entidad requiera la notificación de agravaciones del riesgo que provengan de la modificación de la profesión o de la actividad declaradas.

V - IND - 8.2 – ENDOSO – SEGURO SOBRE LA VIDA DE UN TERCERO

Este endoso será de aplicación sólo en caso de que las figuras de Tomador y Asegurado recaigan en distintas personas.

Siendo el Tomador una persona humana o jurídica que mantiene un interés asegurable sobre la vida del asegurado y está obligada a pagar las primas de este contrato, le corresponderán los derechos de designación y cambio de los beneficiarios, de selección y modificación de la opción de liquidación del/los beneficio/s de la póliza y de rescisión del contrato o cualquiera de sus cláusulas. Asimismo, podrá ser quien realice la denuncia ante la Aseguradora en caso de fallecimiento del Asegurado. En virtud de ello, las estipulaciones de esta póliza sobre dichas cuestiones, deberán entenderse en relación al Tomador.

Sin perjuicio de lo expuesto, el Asegurado conservará el derecho de rescindir el presente seguro o cualquiera de sus cláusulas.

Independientemente de que el Tomador sea quien soporte el pago de la prima, en la Solicitud del Seguro podrá pactarse el traslado de los derechos anteriormente mencionados al Asegurado, lo cual quedará claramente especificado en las Condiciones Particulares.

V - IND - 8.3 – ENDOSO – LIQUIDACIÓN DEL BENEFICIO DE LA COBERTURA BÁSICA DE MUERTE EN CUOTAS

El presente endoso reemplazará al Artículo 12º de las Condiciones Generales Comunes, siempre y cuando figure su inclusión en las Condiciones Particulares.

Artículo 12 - Denuncia del Siniestro - Liquidación por Fallecimiento

Los beneficiarios o derechohabientes del Asegurado deberán comunicar el acaecimiento de su fallecimiento conforme el plazo definido en Condiciones Particulares, el cual nunca será inferior a los TRES (3) días, contados desde la ocurrencia del mismo o desde que el denunciante conozca la existencia del beneficio, lo que fuere posterior, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.

Cualquier liquidación que corresponda en cumplimiento de las obligaciones contraídas por la Aseguradora en esta póliza, será efectuada después de presentados los documentos que acrediten el derecho de los reclamantes.

Cuando la liquidación se efectúe por fallecimiento del Asegurado durante la vigencia de esta póliza, la Aseguradora abonará a los beneficiarios la suma asegurada en cuotas mensuales, iguales y consecutivas, de acuerdo a lo estipulado en las Condiciones Particulares, abonándose la primera de ellas dentro de los quince (15) días de recibida la copia legalizada de la partida de defunción y la restante documentación que solicitara a los beneficiarios en los términos del Artículo 46 segundo párrafo de la Ley de Seguros.

Asimismo, la Aseguradora podrá requerir prueba instrumental, en cuanto sea razonable que la suministre el beneficiario o derechohabiente, según el caso, para verificar el siniestro y la extensión de la prestación a su cargo.

Los beneficiarios designados podrán solicitar en cualquier momento el anticipo de las cuotas futuras.

V - IND - 8.4 – ENDOSO – LIQUIDACIÓN DEL BENEFICIO DE LA CLÁUSULA ADICIONAL DE INVALIDEZ EN CUOTAS

El presente endoso reemplazará al Artículo 3° de la Cláusula Adicional de Invalidez Total y Permanente contratada, siempre y cuando figure su inclusión en las Condiciones Particulares.

Artículo 3° - Beneficio

La Aseguradora, comprobada la invalidez, abonará al Asegurado una indemnización igual al capital asegurado definido en las Condiciones Particulares, en la cantidad de cuotas mensuales, iguales y consecutivas establecidas en dichas Condiciones, abonándose la primera de ellas dentro del plazo estipulado en el artículo 49°, 2° párrafo de la Ley N° 17.418.

El Asegurado podrá en cualquier momento solicitar el anticipo de las cuotas futuras.

Digitally signed by Gestion Documental Electronica
Date: 2021.12.17 12:45:48 -03:00

Valeria Hirschhorn
Gerenta
Gerencia Técnica y Normativa
Superintendencia de Seguros de la Nación

Digitally signed by Gestion Documental
Electronica
Date: 2021.12.17 12:45:48 -03:00