



SCORSETTI & ASOCIADOS

BROKER DE SEGUROS • CONSULTORES DE RIESGO

CONDICIONES GENERALES DE POLIZA.

CONDICIONES GENERALES. CONDICIONES PARTICULARES. ANEXOS. ADICIONALES.

CONDICIONES GENERALES

ANEXO A

LEY DE LAS PARTES

Artículo 1º. Las partes contratantes se someten a las disposiciones de la Ley de Seguros (No 17.418) y a la presente póliza que la complementa o modifica en beneficio del Asegurado.

En caso de no coincidir las Condiciones Generales con las Particulares, se estará a lo que dispongan éstas últimas.

RETICENCIA O FALSA DECLARACIÓN

Artículo 2º. Esta póliza se emite según las declaraciones del Contratante y de los Asegurados consignadas en sus respectivas solicitudes y en los cuestionarios relativos a su salud y en el informe del médico examinador -cuando lo hubiere-, los cuales son la causa determinante del contrato. Dichas declaraciones se entienden dadas y certificadas como verdaderas y completas por el Contratante y los Asegurados mediante su firma puesta al pie de los mencionados documentos, aun cuando éstos no fueran escritos por ellos mismos.

Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Contratante o los Asegurados, aun hecha de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones si la Aseguradora hubiese sido cerciorada del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato y/o los certificados, según el caso.

Sin embargo la Aseguradora renuncia expresamente a invocar cualquier reticencia -excepción hecha si fuese dolosa- como motivo de nulidad derivada de dichas declaraciones del Contratante y/o Asegurado después de tres años de vigencia de esta póliza, sin perjuicio de lo que respecta a la edad se establece en el artículo 20º.

La Aseguradora no invocará como reticencia o falsa declaración la omisión de hechos o circunstancias cuya pregunta no conste expresa y claramente en la propuesta, en las solicitudes y en la declaración personal para el presente seguro.

PERSONAS NO ASEGUARABLES

Artículo 3º. Los interdictos y los menores de 14 años de edad no son asegurables para el caso de muerte. Tampoco son asegurables los que excedan el límite de edad de aceptación de la Aseguradora al momento de celebrarse el contrato. Tratándose de asegurables incapaces o de un seguro sobre la vida de un tercero, se requerirá el consentimiento por escrito del representante legal o del tercero, respectivamente.

FECHA DE INICIACIÓN DE LA COBERTURA - PLAZOS

Artículo 4º. Este contrato adquiere fuerza legal desde la cero hora del día de la fecha inicial del seguro indicada en el frente de esta póliza. Los vencimientos de plazos se producirán a la cero hora de igual día del mes y año que corresponda. Las denuncias y declaraciones impuestas por la Ley de Seguros o por este contrato se consideran cumplidas si se expedían dentro del término fijado.

PERSONAS ASEGUARABLES

Artículo 5º. Se considera asegurable a todo grupo dinámico y preexistente de personas unidas entre sí por un interés común anterior y distinto al de obtener un seguro y que mantengan una relación definida por el Contratante.

Así se consideran asegurables a todos los dependientes permanentes del Contratante que a la fecha de vigencia del seguro se encuentren en servicio activo y tengan una antigüedad mínima ininterrumpida de 3 meses en relación de dependencia. Aquellos que a la iniciación del seguro no se encuentren en servicio activo, se considerarán asegurables después de que haya transcurrido un mes (no menos de 30 días) desde la fecha de reincorporación a sus tareas.

Se entiende por servicio activo al desempeño normal de tareas al servicio del Contratante por parte de los dependientes que, en la fecha de emisión de la póliza, figuran en la lista de personal activo, cumplan el horario completo y perciban habitualmente los haberes.

Los dependientes que en el futuro ingresen al servicio del Contratante, adquirirán la calidad de asegurables al cumplir 3 meses de antigüedad ininterrumpida en servicio activo en relación de dependencia. No obstante, podrán eximirse del plazo de espera siempre que cumplan pruebas de asegurabilidad satisfactorias para la Aseguradora y paguen los gastos que puedan originarse para obtenerlas.

A los efectos del presente seguro serán asimilados a los dependientes permanentes del Contratante, los dueños únicos y/o socios y/o directivos del Contratante, siempre que se dediquen efectivamente a la empresa en un tiempo no menor de 30 horas semanales.

Los dependientes que reingresen al servicio del contratante, podrán eximirse del plazo de espera siempre que cumplan pruebas de asegurabilidad satisfactorias para la Aseguradora y paguen los gastos que puedan originarse para obtenerlas. En tal caso, les serán aplicables todas las disposiciones que para ingreso o reingreso de los dependientes se establecen en el presente artículo.

Podrán incorporarse al presente seguro en las mismas condiciones requeridas para los dependientes, la o las personas que componen o constituyen el Contratante, así como los que integran el grupo asegurable por el Contratante.

NÚMERO MÍNIMO DE ASEGURADOS

Artículo 6º. Es condición expresa para que este seguro entre en vigor y mantenga su vigencia, que el número de asegurados en cantidad y en relación con los que se hallen en condiciones de asegurarse, no sea inferior al que se indica en las Condiciones Particulares de esta póliza.



SCORSETTI & ASOCIADOS

BROKER DE SEGUROS • CONSULTORES DE RIESGO

No obstante lo establecido anteriormente, si en cualquier momento no se reunieran las Condiciones antes mencionadas, el seguro mantendrá su vigencia mientras la Aseguradora no haga conocer por escrito al Contratante las modificaciones de esas condiciones con las nuevas bases que regirán el seguro o la rescisión del mismo por la causa señalada.

CAPITALES INDIVIDUALES ASEGURADOS

Artículo 7°. Los capitales individuales asegurados se determinarán de acuerdo con la escala de la tabla que figura en las Condiciones Particulares de esta póliza.

La escala indicada se aplicará con carácter automático y obligatorio, obligándose el Contratante a comunicar de inmediato a la Aseguradora en los formularios que ésta suministrará al efecto, todo aumento o disminución que se opere en los sueldos y/o capitales individuales asegurados:

No podrán obtener aumento automático de capital asegurado, al momento de producirse un incremento de la escala de capitales asegurados las personas con edades superiores a 65 años. Los mismos deberán cumplir y resultar satisfactorias a juicio de la Aseguradora las pruebas médicas que se indiquen, abonando los gastos que puedan originarse para obtenerlas.

Cualquier modificación, comenzará a regir a partir del primer vencimiento de premio inmediato, siguiendo a la fecha de ingreso en la Aseguradora de la comunicación del Contratante y siempre que el Asegurado se encuentre entonces en servicio activo. Cuando el Asegurado no se halte en servicio activo la modificación regirá desde el primer vencimiento de premio que siga una vez que transcurra un mes (no menos de 30 días) desde la fecha en que se reincorpore a sus tareas. La Aseguradora abonará en caso de siniestro el último capital que hubiere sido comunicado por el Contratante que esté conforme con las Condiciones Generales y Particulares de esta póliza.

En los casos en que la modificación significara la disminución del capital, se mantendrá el último capital asegurado, salvo que se solicitara por escrito su reducción.

Todo capital individual asegurado se reducirá al 50% (cincuenta por ciento) a partir del mes siguiente a aquel que el respectivo Asegurado cumpla los 70 años de edad.

DENUNCIA DE OTROS SEGUROS

Artículo 8°. Los Asegurados que estuvieren comprendidos en otros seguros colectivos, análogos al presente, contratados con la Aseguradora u otra entidad aseguradora, deberán comunicarlo en forma expresa a la Aseguradora y la misma podrá limitar el importe del capital asegurado. Si tales seguros no fueran declarados, la Aseguradora solamente considerará válido el seguro de vida colectivo de mayor cantidad y ésta tendrá como única obligación devolver el importe de las primas percibidas por el exceso de cobertura, sin intereses.

FORMA Y PLAZO PARA SOLICITAR LA INCORPORACIÓN AL SEGURO

Artículo 9°. Todo asegurable que desee incorporarse a esta póliza, deberá solicitarlo por escrito en las solicitudes que a este efecto proporciona la Aseguradora.

La solicitud deberá formularla no más tarde de un mes (30 días) contados desde la fecha en que fuere asegurable.

Los asegurables que soliciten su incorporación a esta póliza, fuera del término indicado, como asimismo los que vuelvan a solicitar su seguro individual después de haberlo rescindido, deberán previamente cumplimentar las pruebas médicas y/o los requisitos de asegurabilidad que le determine la Aseguradora y pagar los gastos que se originen para obtenerlas, a fin de que ésta considere su solicitud. Cumplidos los requisitos que se establecieren y siempre que resultaren satisfactorios a juicio de la Aseguradora, el dependiente quedará incorporado al seguro desde la fecha que prevé el artículo 10°.

FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DE CADA SEGURO INDIVIDUAL

Artículo 10°. Los asegurables que hubieran solicitado su incorporación a esta póliza antes de la fecha de su emisión y hubiera sido aprobada su incorporación por la Aseguradora, quedarán comprendidos en las prescripciones de esta póliza desde dicha fecha.

Los asegurables que soliciten su incorporación a esta póliza con posterioridad a la fecha de emisión, quedarán comprendidos en las prescripciones de ella desde el primer vencimiento de premio inmediato siguiente a la fecha de aprobación de la solicitud y/o la prueba de asegurabilidad en su caso, a menos que el Contratante indique como fecha de vigencia el día en que el dependiente llegue a ser asegurable, por haber cumplido el plazo de espera y haber sido aprobada la prueba y/o la solicitud.

CERTIFICADOS INDIVIDUALES

Artículo 11°. La Aseguradora proporcionará a cada Asegurado, por intermedio del Contratante, un certificado individual estableciendo sucintamente los beneficios a que tiene derecho y en el cual constará también la cantidad del respectivo seguro, la fecha de su entrada en vigencia y el nombre del beneficiario designado.

Otorgará además, un certificado suplementario cuando se produzca el aumento de la cantidad asegurada y reemplazará al que existiere en caso de disminución.

El certificado individual y los suplementarios, si los hubiere, quedarán nulos y sin valor alguno desde la fecha en que el Asegurado deje de estar comprendido en la póliza o desde el momento que la misma caducara o fuere rescindida.

DESIGNACIÓN Y CAMBIO DE BENEFICIARIOS

Artículo 12°. La designación de beneficiario o beneficiarios se hará por escrito en oportunidad de llenar la solicitud individual, en la propuesta del seguro o en cualquier otra comunicación, como se establece en el artículo 13°.

Designadas varias personas sin indicación de proporciones, se entiende que el beneficio es por partes iguales.

Cuando se designe a los hijos, se entiende los hijos del Asegurado sobrevivientes al tiempo de ocurrir el evento previsto, incluso los por nacer.

Cuando se designe a los herederos se entiende los que por Ley suceden al Asegurado, si no hubiere otorgado testamento. Si lo hubiere otorgado, se tendrá por designados a los herederos instituidos en el mismo. Si los herederos instituidos en testamento fueran los herederos legales y no se hubiere fijado proporción alguna, el beneficio se distribuirá conforme con las cuotas hereditarias.



SCORSETTI & ASOCIADOS

BROKER DE SEGUROS • CONSULTORES DE RIESGO

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

En los casos de seguros sobre la vida de terceros, no habiendo beneficiario designado o, si habiéndolo, éste hubiera fallecido antes que el contratante o simultáneamente con él, el seguro será pagadero al Contratante o, en su caso, a los herederos legales de este último.

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

Artículo 13º. El Asegurado podrá cambiar, en cualquier momento, el beneficiario o beneficiarios, salvo que la designación sea a título oneroso. El cambio de beneficiario surtirá efecto frente a la Aseguradora, si el Asegurado dirige a sus oficinas la comunicación escrita respectiva.

En caso de imposibilidad de abonar el seguro por duda sobre la designación o cambio de beneficiario, o en cuanto a los herederos legales, la Aseguradora consignará judicialmente el importe en la forma que corresponda según la situación que se presentara, dejando así liberada a resolución judicial la determinación de la persona o personas beneficiarias.

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.

DERECHOS EN CASO DE SERVICIO MILITAR

Artículo 14º. El Asegurado que deba cumplir el servicio militar en tiempo de paz, proseguirá en el seguro, siempre que se continuaren abonando los premios respectivos.

Si no se acogiera a este derecho, podrá solicitar su reincorporación, sin necesidad de requisito médico alguno, dentro del plazo de un mes (30 días) desde su reintegro al servicio activo del Contratante.

ASEGURADOS QUE SE JUBILEN

Artículo 15º. Los Asegurados que estuviesen en relación de dependencia con el Contratante que se retiren por jubilación o dejen de estar, por cualquier motivo, al servicio del Contratante, quedarán excluidos de la póliza al término del último día del mes en que hayan dejado de prestar servicio activo.

Dichos Asegurados que en el momento de acogerse a la jubilación ordinaria hayan estado incluidos en esta póliza por un término menor de un año, podrán optar por su continuación en el seguro siempre que lo soliciten por escrito ante el Contratante antes de que hayan dejado de prestar servicio activo. La prolongación de la cobertura será hasta una edad máxima de permanencia que no podrá superar los 80 años.

El capital asegurado se reducirá como a continuación se establece:

Cuando hubieran asegurados bajo esta póliza - En relación al capital asegurado a la fecha de seguro colectivo : de la jubilación:

Por un año o más, pero menos de tres: Hasta el 50% (cincuenta por ciento) Por tres años o más, pero menos de cinco: Hasta el 35 % (treinta y cinco por ciento)

Por cinco años o más: Hasta el 20% (veinte por ciento)

Tal ajuste se practicará una sola vez, en la fecha de jubilación, no pudiendo modificarse posteriormente el seguro, salvo cuando el Asegurado alcance la edad de 70 años, en que el capital asegurado que tenga en vigor en ese entonces, se le reducirá al 50% (cincuenta por ciento) a partir del mes subsiguiente en que cumpla dicha edad, de acuerdo con la disposición establecida en el último párrafo del Artículo 7º.

Los jubilados que optaren, continuarán en el seguro siempre que abonen el premio por intermedio del Contratante y conjuntamente con el de los demás Asegurados.

El jubilado que quedare fuera de este seguro, por propia voluntad o por falta de pago en término de un premio cualquiera, no será readmitido en el mismo.

RESIDENCIA Y VIAJES - RIESGOS NO CUBIERTOS - LIBERACIÓN DEL ASEGURADOR

Artículo 16º. Esta póliza está exenta de toda clase de restricciones respecto a viajes y residencia del Asegurado, salvo las excepciones especificadas a continuación, en cuyo caso, si la muerte se produce como consecuencia de una de las causas enunciadas, la Aseguradora queda liberada de abonar la indemnización:

- a) Participación como conductor o integrante de equipo en competencias de pericia o velocidad, con vehículo mecánico o de tracción a sangre;
- b) Intervención en las pruebas de prototipos de vehículos de propulsión mecánica;
- c) Operaciones o viajes subacuáticos o aéreos de cualquier naturaleza, salvo como pasajero en servicios de transporte aéreo regular;
- d) Participación en cualquier acto de guerra, declarada o no, que no comprenda a la Nación Argentina, siempre que la muerte fuera causada por un hecho de guerra;
- e) Por todo riesgo derivado de reacciones nucleares que produzcan consecuencias catastróficas;
- f) Suicidio voluntario, salvo que el seguro haya estado en vigor ininterrumpidamente por un año completo por lo menos, contado desde la emisión del certificado o desde su última rehabilitación;
- g) Acto ilícito provocado deliberadamente por el Contratante, y por el importe que le pudiera corresponder como beneficiario del seguro;
- h) participación en empresa criminal o por aplicación legítima de la pena de muerte.

En caso de guerra que comprenda a la Nación Argentina, las obligaciones tanto de parte de la Aseguradora como del Asegurado, se regirán por las normas que para tal emergencia dicte la autoridad competente Argentina.

RESCISIÓN DEL SEGURO INDIVIDUAL

Artículo 17º. El seguro individual de cada Asegurado quedará rescindido y sin valor alguno en los siguientes casos:

- a) Por renuncia a continuar con su seguro;
- b) Por cesantía o retiro voluntario del empleo;
- c) Por caducidad o rescisión de esta póliza.

Tanto en los casos de renuncia a que se refiere el punto a), como en los de terminación del empleo previstos en el punto b) del párrafo anterior, el Contratante se obliga a comunicarlos de inmediato a la Aseguradora en los formularios que ésta



SCORSETTI & ASOCIADOS

BROKER DE SEGUROS • CONSULTORES DE RIESGO

suministrará al efecto y el Asegurado quedará excluido de la póliza y su seguro individual rescindido y sin valor alguno al término del último día del mes que haya dejado de prestar servicio activo. En caso de que el Contratante desee que el seguro sea rescindido en la misma fecha en que se produzca la terminación del empleo, deberá comunicarlo con antelación, indicando la fecha de terminación de aquél. En este caso, la Aseguradora devolverá al Contratante la prima cobrada por el período posterior a la fecha de la rescisión del seguro.

En cualquier caso de caducidad o rescisión de esta póliza, caducarán simultáneamente todos los seguros individuales cubiertos por la misma, salvo las obligaciones pendientes en ese momento a cargo de la Meguradora, del Contratante o de los Asegurados.

A menos que el Contratante solicite expresamente lo contrario, no se considerará como terminación del empleo para los efectos de la rescisión del seguro individual:

- a) La suspensión del servicio activo para causa de enfermedad;
- b) La suspensión temporal de los trabajos por otros motivos cuando no exceda de tres meses;
- c) El retiro del servicio activo por causa de jubilación, pero debiendo en este caso ajustarse el importe del seguro a lo establecido en el artículo 15°.

RESIÓN DE ESTA PÓLIZA

Artículo 18°. Sin perjuicio de las demás causales de rescisión que han sido previstas, esta póliza podrá ser rescindida tanto por el Contratante como por la Aseguradora en cualquier vencimiento de prima, previo aviso dado por carta documento remitido con anticipación no menor de un mes (30 días).

RENOVACIÓN

Artículo 19°. Si no ha mediado aviso en contra por parte del Contratante o de la Aseguradora, notificado por carta documento un mes antes del término de un año de vigencia, la póliza quedará renovada automáticamente cada vez por un año más y hasta un máximo de 10 años desde la fecha de vigencia inicial, después de cuyo plazo esta póliza y los correspondientes certificados individuales serán definitivamente caducados y deberán reemplazarse por otros, si las partes convinieren en continuar el seguro. Las condiciones especificadas en artículos anteriores sobre forma de pago de las primas, plazo de gracia y facultad de la Aseguradora de examinar los registros del Contratante, rigen también para las primas de renovación.

INFORMACIONES QUE DEBEN SUMINISTRARSE A LA ASEGURODORA - EDAD

Artículo 20°. Tanto el Contratante como los Asegurados se comprometen a suministrar todas las informaciones que sean necesarias para el fiel cumplimiento de esta póliza, tales como las fechas, pruebas y certificados de nacimiento, defunción, incapacidad, sobrevivencia y cualquier otra que se relacione con el seguro.

Si resultare que la edad, el sueldo o salario o cualquier otra información referente a un Asegurado, fuera errónea, la Aseguradora se obliga a pagar tan sólo lo que hubiera debido pagar por haber sido exacta la información.

Cuando se comprobare que la edad del Asegurado en la fecha de contratación de este certificado, sobrepasara la máxima establecida para este plan, será de aplicación lo estipulado en el artículo 2° (Reticencia o falsa declaración) de estas Condiciones Generales, en lo relativo a la nulidad de la cobertura.

REGISTRO DE ASEGURADOS

Artículo 21°. La Aseguradora constituirá un registro en el cual constarán los nombres de todos los Asegurados y el importe del seguro de cada uno de ellos y entregará al Contratante una copia del citado e registro puesto al día de la fecha de la emisión de esta póliza, así como copia de las variaciones que sucesivamente se vayan introduciendo en dicho registro.

INTERVENCIÓN DEL CONTRATANTE - EJECUCIÓN DEL CONTRATO

Artículo 22°. Las relaciones entre la Aseguradora y los Asegurados o beneficiarios de éstos se desenvolverán siempre por intermedio del Contratante, salvo lo referente al Derecho de Conversión previsto en el artículo 35°, que podrá ser tratado directamente. Conforme ello, el Contratante deberá certificar la exactitud de los datos contenidos en las solicitudes de cada Asegurado, efectuará a la Aseguradora el pago de las primas y, a su vez, cobrará a los Asegurados la parte proporcional asignada a los mismos.

LIQUIDACIÓN

Artículo 23°. Cualquier liquidación que corresponda en cumplimiento de las obligaciones contraídas por la Aseguradora en esta póliza, será efectuada en su domicilio después de presentados los documentos que acrediten el derecho de los reclamantes, quienes deberán suministrarlos a su exclusivo cargo.

Cuando la liquidación se efectúe por fallecimiento del Asegurado durante la vigencia de esta póliza, la Aseguradora efectuará el pago que corresponda después de recibidas las siguientes pruebas: copia legalizada de la partida de defunción, declaración del médico que hubiese asistido al Asegurado o certificado de muerte, y declaración del beneficiario, ambas declaraciones extendidas en formulario que suministrará la Aseguradora. También se aportará testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiese instruido con motivo del hecho determinante del fallecimiento del Asegurado, sólo que razones procesales las impidieran.

Asimismo se proporcionará a la Aseguradora cualquier información que solicite para verificar el fallecimiento o la extensión de la prestación a su cargo y se le permitirá las indagaciones que sean necesarias a tal fin.

CÁLCULO DE PRIMAS

Artículo 24°. El importe de la primera prima que corresponde al período que comienza en la fecha de vigencia de esta póliza, o sea la prima inicial, se determina sumando las primas individuales que resultaren de aplicar la tarifa vigente de acuerdo con la edad o importe del seguro de cada Asegurado. Dividiendo la prima inicial así calculada por el importe total inicial asegurado, se determinará la prima media que se aplicará, haciendo caso omiso de la edad y mientras no se calcule otra prima media, a todos los Asegurados actuales y a todos los que se aseguren en lo sucesivo.



SCORSETTI & ASOCIADOS

BROKER DE SEGUROS • CONSULTORES DE RIESGO

En cualquier aniversario de esta póliza o en cualquier tiempo que sean modificadas las condiciones de la misma, tanto el Contratante como la Aseguradora podrán exigir un reajuste de la prima media, el que se efectuará siguiendo el mismo procedimiento aplicado para el cálculo de la prima inicial y de acuerdo con la tarifa vigente en el momento del reajuste. A los efectos del cálculo de las primas, la Aseguradora se reserva la facultad de examinar en día y hora hábil los registros del personal del Contratante, limitándose a las anotaciones que se relacionen con esta póliza.

DEFINICIÓN DEL PREMIO

Artículo 25º. Como premio del seguro se entiende el importe total formado por la prima, sus adicionales y recargos más los impuestos, tasas, cargas o intereses.

PAGO DE PREMIOS

Artículo 26º. El primer premio es pagadero por el Contratante en el domicilio de la Aseguradora o al cobrador debidamente autorizado, pero solamente a cambio del recibo extendido en fórmula separada.

Los premios siguientes al primero, sujetos a las variaciones debidas al número de asegurados y a las cantidades aseguradas, son pagaderos a su vencimiento por el Contratante, como se indica en el párrafo precedente, pero solamente a cambio de los recibos oficiales emitidos por la Aseguradora.

El pago de un premio no mantendrá esta póliza en vigor más que hasta el vencimiento del premio subsiguiente, salvo lo previsto en el artículo 27º.

PLAZO DE GRACIA

Artículo 27º. Se concede un plazo de gracia de un mes (no inferior a 30 días) para el pago, sin cargo de intereses, de todos los premios. Durante ese plazo esta póliza se hallará en vigor, pero si dentro del mismo ocurriese el fallecimiento de uno o más de los Asegurados, el premio correspondiente al seguro de los fallecidos deberá ser pagado por el Contratante junto con el de los Asegurados sobrevivientes.

Para el pago del primer premio, el plazo de gracia se computará a partir de la fecha de vigencia inicial o de emisión de esta póliza, según cual fuere posterior; para el pago de los premios subsiguientes, dicho plazo de gracia se computará a partir de la fecha de vencimiento de los mismos.

FALTA DE PAGO DEL PREMIO

Artículo 28º. Si cualquier premio no se pagare dentro del plazo de gracia, esta póliza caducará automáticamente, pero el Contratante adeudará a la Aseguradora el premio correspondiente al mes de gracia. Si hubiese solicitado por carta documento, dentro de dicho plazo, su rescisión, deberá abonar igualmente el mes de gracia, con lo que se dará por cumplido lo dispuesto en el artículo 18º de estas Condiciones Generales. Terminado dicho plazo de gracia, quedará definitivamente rescindido este seguro.

IMPUESTOS, CONTRIBUCIONES, TASAS Y SELLADOS

Artículo 29º. Todos los impuestos, contribuciones, tasas y sellados actualmente en vigor, así como sus aumentos eventuales y los que pudieran crearse en lo sucesivo, serán a cargo del Contratante, de los Asegurados, o de los beneficiarios, según el caso, salvo aquellos que por expresa disposición de la ley estuviese prohibido hacerles gravitar sobre las personas mencionadas.

DOMICILIO

Artículo 30º. Las denuncias, declaraciones y demás actos que las partes deban efectuar de conformidad con la Ley de Seguros o con la presente póliza se hará en forma expresa y fehaciente en el último domicilio declarado.

CESIONES

Artículo 31º. Los derechos que esta póliza confiere son intransferibles. Toda cesión o transferencia se considerará nula y sin efecto alguno.

DUPLICADO DE PÓLIZA Y DE LOS CERTIFICADOS INDIVIDUALES

Artículo 32º. En caso de que por extravío, destrucción o cualquier otra causa esta póliza dejare de hallarse en poder del Contratante, o cualquier certificado individual en poder del Asegurado, los interesados podrán obtener su sustitución por un duplicado, si lo solicitan por escrito, mencionando cómo tuvo lugar la desposesión.

Las modificaciones o endosos que se hagan en el duplicado, a pedido del Contratante o del Asegurado, según el caso, serán los únicos válidos.

El Contratante o los Asegurados tienen derecho a que se les entregue copia de las declaraciones efectuadas para la celebración del contrato y copia no negociable de la póliza y/o certificados.

Serán por cuenta de los interesados los gastos correspondientes.

JURISDICCIÓN

Artículo 33º. Toda controversia judicial que se plantee con relación al - presente contrato, será dirimida ante los tribunales ordinarios competentes de la jurisdicción del domicilio del Asegurado.

PRESCRIPCIÓN

Artículo 34º. Las acciones fundadas en esta póliza prescriben al año de ser exigibles las obligaciones correspondientes. El plazo de prescripción para el beneficiario se computa desde que conozca la existencia del beneficio, pero en ningún caso excederá de tres años contados desde el siniestro.

DERECHO DE CONVERSIÓN

Artículo 35º. Todo Asegurado que antes de cumplir los sesenta años de edad deje de serlo como consecuencia de haber cesado en el servicio del Contratante, tendrá derecho a obtener de la Aseguradora, sin previo examen médico y siempre que lo solicite por escrito dentro plazo de un mes siguiente a la fecha de terminación de su seguro, un seguro de vida



SCORSETTI & ASOCIADOS

BROKER DE SEGUROS • CONSULTORES DE RIESGO

individual en cualquiera de los planes usuales en que opera la Aseguradora, por una suma no mayor que la que le correspondía bajo esta póliza al terminar su empleo. La prima para el seguro individual será la correspondiente a la edad entonces alcanzada y a la ocupación que tuviere, debiendo ser pagada dentro del plazo de un mes mencionado, no pudiendo el mismo entrar en vigor hasta que el Contratante haya dado por terminado el seguro del empleado. En caso de rescisión total de la póliza, no se concederá el beneficio de conversión.

CONDICIONES PARTICULARES. ANEXOS. ADICIONALES:

ANEXO B	- INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE
ANEXO CD	- INDEMNIZACIONES ADICIONALES POR ACCIDENTE.
ANEXO EG	- ENFERMEDADES GRAVES
ANEXO ET	- ENFERMEDAD TERMINAL
ANEXO G	- PREEXISTENCIAS.
ANEXO T	- TRANSPLANTES

ANEXO B

CLÁUSULA DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.

LIQUIDACIÓN DEL CAPITAL ASEGURADO POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE EN UNA ÚNICA CUOTA 1º) RIESGOS CUBIERTOS

La Aseguradora concederá el beneficio que acuerda esta cláusula al Asegurado cuyo estado de invalidez total y permanente, como consecuencia de enfermedad o accidente, no le permita desempeñar por cuenta propia o en relación de dependencia cualquier actividad remunerativa, siempre que tal estado haya continuado ininterrumpidamente por tres (3) meses como mínimo y se hubiera iniciado durante la vigencia del seguro y antes de cumplir sesenta y cinco (65) años de edad. Se excluyen expresamente los casos que afecten al Asegurado en forma parcial o temporal.

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

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

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

2º) BENEFICIO

La Aseguradora, comprobada la invalidez, abonará al Asegurado una indemnización igual al capital asegurado por muerte.

3º) CARÁCTER DEL BENEFICIO

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

4º) RIESGOS NO CUBIERTOS

La Aseguradora no pagará la indemnización cuando la invalidez del Asegurado se produjera por alguna de las siguientes causas:

- a) Tentativa de suicidio voluntario del Asegurado, salvo que este contrato haya estado en vigor ininterrumpidamente durante un año como mínimo.
- b) Si es provocada deliberadamente por acto ilícito del Contratante del presente seguro, excepto que el pago de la prima esté a cargo del Asegurado; o en caso de accidente si es provocado por dolo o culpa grave del Asegurado.
- c) Por duelo o riña, salvo que se tratase de legítima defensa; empresa o acto criminal o aplicación legítima de la pena de muerte.
- d) Acto de guerra civil o internacional, guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo.
- e) Abuso del alcohol, drogas, estupefacientes, narcóticos o estimulantes.
- f) Someterse a intervenciones médicas o quirúrgicas ilícitas.
- g) Por a práctica o el uso de la navegación aérea, salvo como pasajero en líneas regulares, o por otras ascensiones aéreas o aladeltismo.
- h) Por la participación en viajes o prácticas deportivas submarinas o subacuáticas o escalamiento de montaña.
- i) Competir en pruebas de pericia y/o de velocidad con vehículos mecánicos o de tracción a sangre o en justas hípicas, o cualquier otra prueba análoga.
- j) Intervenir en pruebas de prototipos de aviones, automóviles y otros vehículos de propulsión mecánica.
- k) Desempeño paralelo de las profesiones de acróbata, buzo, jockey y domador de potros o de fieras y/o la práctica de deportes o actividades peligrosas como alpinismo, andinismo, esquí acuático o de montaña, motonáutica u otras actividades análogas y manipuleo de explosivos y/o armas o con exposición a radiaciones atómicas, salvo pacto en contrario.
- l) De una infección que sea consecuencia directa o indirecta del virus HIV (Human Immune Virus).
- m) Acontecimientos catastróficos originados por reacciones nucleares.

5º) COMPROBACIÓN DE LA INVALIDEZ



SCORSETTI & ASOCIADOS

BROKER DE SEGUROS • CONSULTORES DE RIESGO

Corresponde al Asegurado o a su representante:

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

6º) PLAZO DE PRUEBA

La aseguradora dentro de quince (15) días de recibida la denuncia y/o las constancias a que se refiere el punto anterior, contados desde la fecha que sea posterior, deberá hacer saber al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. Si las comprobaciones a que se refiere el punto 5º 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 del beneficiario reclamado.

7º) VALUACIÓN POR PERITOS

Si en la apreciación de la invalidez del Asegurado sugieran divergencias entre su médico y el designado por la Aseguradora, ambos procederán de inmediato a nombrar a un tercero, quien previo examen del Asegurado dictaminará al respecto. Si no hubiera acuerdo entre las partes sobre la apreciación de cualquier lesión del Asegurado, la misma será analizada por dos médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los ocho días de su designación, a un tercer facultativo para el caso de divergencia. Los médicos designados por las partes deberán presentar su informe dentro de los treinta (30) días y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de quince (15) días.

Si una de las partes omitiese designar médico dentro del octavo día de requerido por la otra, o si el tercer facultativo no fuese electo en el plazo establecido en el párrafo anterior, la parte más diligente previa intimación a la otra, procederá a su designación. Los honorarios y gastos de los médicos de las partes estarán a su respectivo cargo, y los del tercero serán pagados por la parte cuyas pretensiones se alejen más del dictamen definitivo, salvo el caso de equidistancia en que se pagará por mitades entre las partes.

8º) TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

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

- Al caducar la póliza y/o certificado individual por cualquier causa;
- A partir de la fecha en que el Asegurado cumpla sesenta y cinco (65) años de edad;
- Al retirarse el empleado del servicio activo del contratante.

ANEXO CD

CLÁUSULA ADICIONAL INDEMNIZACIONES ADICIONALES POR ACCIDENTE

1º) RIESGOS CUBIERTOS

La Aseguradora concederá el beneficio que acuerda esta cláusula al Asegurado que sufra las consecuencias de lesiones corporales producidas directa y exclusivamente por causas externas, violentas y fortuitas, ajenas a toda otra causa e independientes de su voluntad experimentadas dentro de los ciento ochenta (180) días del suceso o accidente, siempre que éste ocurra durante la vigencia del seguro y antes de que haya cumplido sesenta y cinco (65) años de edad. Se excluyen expresamente los casos que sean consecuencia de enfermedades o infecciones de cualquier naturaleza.

2º) BENEFICIO

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

Por la pérdida:

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



SCORSETTI & ASOCIADOS

BROKER DE SEGUROS • CONSULTORES DE RIESGO

r) Del dedo pulgar del pie 8 %

s) De cualquier otro dedo del pie 4%

En caso de constar en la solicitud individual que el Asegurado haya declarado ser zurdo, se invertirán los porcentajes de indemnizaciones fijados por las pérdidas en los miembros superiores. Con respecto a brazos, manos, piernas, pies y dedos, se

entiende por pérdida la amputación o la inabilitación funcional completa y definitiva de los mismos; en cuanto a los ojos, consiste en

la pérdida de la vista de manera total e irrecuperable por tratamiento médico y/o quirúrgico.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada únicamente cuando se ha producido por amputación total y la

indemnización será igual a la mitad de la que corresponda por pérdida del dedo entero si la falange fuera del pulgar y a la tercera parte, por cada falange de cualquier otro dedo.

En el caso de varias pérdidas en uno o más accidentes, la Aseguradora abonará la indemnización que corresponda a la suma de los

respectivos porcentajes. Cuando esa suma sea del 80 por ciento o más, se pagará la indemnización máxima prevista por esta cláusula

que es del 100% del capital asegurado.

Si las consecuencias de un accidente ya indemnizado se agravan y, durante el transcurso de los doce meses siguientes a la fecha

del accidente, ocasionaran otra u otras pérdidas o la muerte, la Aseguradora pagará cualquier diferencia que pudiera corresponder, sin

excederse al máximo de la cobertura.

VC - Anexo CD Cláusula Indm. Adic. Por accidente Versión: 0001 (23/08/2011) Vida Colectivo Página 2 de 2

3º) CARÁCTER DEL BENEFICIO

Las indemnizaciones por accidente son adicionales e independientes de los demás beneficios previstos en la póliza y, en

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

por fallecimiento o por invalidez del Asegurado.

4º) RIESGOS NO CUBIERTOS

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

a) Suicidio o tentativa de suicidio, voluntario, o culpa grave del Asegurado;

b) Duelo o riña, salvo que se tratase de legítima defensa; huelga o tumulto popular en que hubiese participado como elemento activo;

revolución o empresa criminal;

c) Abuso del alcohol, drogas o narcóticos;

d) Acciones de guerra, declarada o no, dentro o fuera del país;

e) Participar como conductor o integrante de equipo en competencias de pericia y/o velocidad, con vehículos mecánicos o de tracción a sangre, o en justas hípicas (saltos de vallas o carreras con obstáculos);

f) Intervenir en la prueba de prototipos de aviones, automóviles u otros vehículos de propulsión mecánica;

g) Practicar o hacer uso de la aviación, salvo como pasajero en servicios de transporte aéreo regular;

h) Intervenir en otras ascensiones aéreas o en operaciones o viajes subacuáticos;

i) Inhalación de gases o envenenamientos de cualquier naturaleza;

j) Operación quirúrgica no motivada por accidente;

k) Fenómenos sísmicos, huracanes;

l) Actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por ninguna necesidad profesional, salvo en caso de tentativa de salvamento de vidas o bienes;

m) Acontecimientos catastróficos originados por la energía atómica.

5º) COMPROBACIÓN DEL ACCIDENTE

Corresponde al Asegurado o al beneficiario instituido:

a) Denunciar el accidente dentro de los quince (15) días de la fecha en que haya ocurrido, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia, so pena de perder todo derecho a indemnización.

b) Suministrar pruebas sobre la fecha y la causa del accidente, como acerca de la manera y del lugar en que se produjo.

c) Facilitar cualquier aprobación o aclaración;

d) Adoptar todas las medidas posibles conducentes a disminuir las consecuencias del accidente.

La aseguradora en caso del muerte del Asegurado, se reserva el derecho de gestionar la exhumación del cadáver y practicar la

autopsia en presencia de uno de sus facultativos, con gastos a cargo de la misma. El beneficiario prestará su conformidad y su

concurso para la obtención de las correspondientes autorizaciones para realizarlas.

6º) VALUACIÓN POR PERITOS

Si en la apreciación de cualquier lesión del Asegurado surgieran divergencias entre su médico y el designado por la Aseguradora

ambos procederán de inmediato a nombrar un tercero, quien previo examen del Asegurado dictaminará al respecto. De no llegarse a un acuerdo para la designación del tercero, este nombramiento lo hará la Secretaría de Estado de Salud



SCORSETTI & ASOCIADOS

BROKER DE SEGUROS • CONSULTORES DE RIESGO

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

7º TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

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

- a) A partir del momento en que el Asegurado haya recibido, por aplicación de esta cláusula, indemnizaciones equivalentes al capital asegurado;
- b) Al caducar la póliza y/o certificado individual por cualquier causa;
- c) Al producirse la invalidez total y permanente del Asegurado;
- d) A partir de la fecha en que el Asegurado cumpla sesenta y cinco (65) años de edad;
- e) Al retirarse el empleado del servicio activo del Contratante

VC - Anexo G Preexistencias Versión: 0001 (06/02/2013) Vida Colectivo Página 1 de 1

ANEXO EG

CLÁUSULA ADICIONAL DE ENFERMEDADES GRAVES

1º RIESGOS CUBIERTOS

La Aseguradora concederá el beneficio que acuerda esta cláusula cuando el Asegurado padezca exclusivamente alguna de las Enfermedades Graves descriptas a continuación, siempre y cuando se verifiquen los requisitos exigidos por la presente cláusula:

- a) **Cáncer:** Enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno caracterizado por el crecimiento y expansión incontrolada de células malignas e invasión de tejidos normales, que afecte al asegurado por primera vez. El tumor debe ser primario en el órgano detectado.

El diagnóstico debe ser evidenciado por una histología claramente definida y confirmado por un informe anatómopatológico suscripto por especialista. El término cáncer también incluye las leucemias y las enfermedades malignas del sistema linfático como la enfermedad de Hodgkin.

Se excluyen:

- cualquier etapa CIN (neoplasia intraepitelial cervical)
- cualquier tumor pre-maligno
- cualquier cáncer no invasivo (cáncer in situ)
- el cáncer de próstata en estadio 1 (T1a, 1b, 1c)
- carcinoma basocelular y carcinoma de células escamosas
- melanoma maligno estadio IA (T1a N0 M0)
- cualquier tumor maligno en presencia de cualquier Virus de Inmunodeficiencia Humana.

- b) **Cirugía de Arterias Coronarias (By Pass):** La realización de cirugía a tórax abierto para la corrección de dos o más arterias coronarias, que están estrechadas u ocluidas, por el implante de un puente arteriocoronario. La necesidad de tal cirugía debe haber sido probada por angiografía coronaria y la realización de la cirugía debe ser confirmada por un especialista.

Se excluyen:

- la angioplastía
- cualquier otros procedimiento intra-arterial
- cirugía por toracotomía mínima

- c) **Infarto al corazón (infarto al Miocardio):** Muerte de una parte del músculo cardíaco como resultado de un flujo sanguíneo insuficiente hacia el área comprometida.

El diagnóstico debe ser confirmado por especialista y evidenciado **por todos** los siguientes criterios:

1. Una historia de dolor torácico típico,
2. Historia clínica que revele sistomatología de isquemia miocárdica
3. Nuevos cambios característicos de infarto en el ECG
4. Elevación de las enzimas específicas de infarto, troponinas u otros marcadores bioquímicos.

Se excluyen:

- El infarto del miocardio sin elevación del segmento ST con solamente elevación de Troponina I ó T;
- Otros síndromes Coronarios Agudos (por ejemplo angina de pecho estable o inestable)
- Infarto de miocardio silente

En todos los casos se abonará la indemnización ante las pruebas pertinentes de los daños producidos con un mínimo de seis semanas posteriores al hecho, siempre y cuando el Asegurado se encuentre con vida.

- d) **Falla Renal (Enfermedad Renal en etapa final):** Etapa final de enfermedad renal que se manifiesta por una falla crónica e irreversible de la función de ambos riñones, como resultado de lo cual se hace necesario realizar regularmente diálisis renal (hemodiálisis o diálisis peritoneal) o requirió de un trasplante renal. El diagnóstico debe ser confirmado por un especialista.

- e) **Derrame e Infarto Cerebral:** Cualquier suceso cerebrovascular que produzca secuelas neurológicas permanentes y que incluya infarto del tejido cerebral, hemorragia o embolización proveniente de una fuente extracraneal. El diagnóstico debe ser confirmado por un especialista y evidenciado por síntomas clínicos típicos y por resultados de tomografía axial computada de cerebro o por

resonancia magnética de cerebro. Deben documentarse pruebas de deficiencia neurológica de por lo menos tres (3) meses después de su diagnóstico.

Se excluyen:



SCORSETTI & ASOCIADOS

BROKER DE SEGUROS • CONSULTORES DE RIESGO

- Accidente Isquémico Transitorio (TIA)

- Daño traumático del cerebro

- Infartos lacunares sin déficit neurológico

- Síntomas neurológicos secundarios a migraña.

En todos los casos se abonará la indemnización ante las pruebas neurológicas y de diagnóstico por imágenes de los daños producidos con un mínimo de 3 meses posteriores al hecho, siempre y cuando el Asegurado se encuentre con vida.

f) Reemplazo de Válvula del Corazón:

Reemplazo quirúrgico de una o más válvulas cardíacas por válvulas artificiales.

Esto incluye el

reemplazo de válvulas aórtica, mitral, tricúspide y pulmonar por válvulas artificiales, debido a una estenosis o insuficiencia o a la combinación de ambos factores. La realización de la cirugía de reemplazo valvular debe ser confirmada por un especialista. Están excluidas: la reparación de válvulas cardíacas, valvulotomías y valvuloplastías.

g) SIDA: VIH debido a transfusión de sangre:

- Infección por cualquier Virus de Immunodeficiencia Humana (VIH) o Síndrome de Inmunodeficiencia Humana Adquirida (SIDA) contraída como resultado de transfusión sanguínea siempre y cuando se cumplan todas las siguientes condiciones:

- 1. La infección se debe a una transfusión de sangre médica necesaria, recibida después del comienzo de la póliza.
- 2. La institución que realizó la transfusión admite responsabilidad en el hecho.
- 3. El asegurado no es hemofílico.

El Asegurado deberá recurrir para el tratamiento de su enfermedad, a un establecimiento asistencial (Sanatorio, Hospital, Clínica, Instituto, Policlínica, etc.) habilitado legalmente para funcionar por el Organismo de Control Sanitario correspondiente, Municipal, Provincial o Nacional y autorizado por éste a dar asistencia y tratamiento clínico al tipo de enfermedad padecida por el Asegurado y que posea servicio de enfermeros durante las 24 horas del día y esté equipado para cirugía mayor. En caso que la institución no reconozca su responsabilidad, se admitirá que el Asegurado presente las pruebas y/o constancias médicas que avalan su reclamo siendo de aplicación lo previsto en los artículos 6º y 7º de la presente cláusula.

2º) BENEFICIO

La Aseguradora, comprobado el diagnóstico de alguna de las enfermedades descriptas en el artículo anterior, abonará al Asegurado el capital asegurado previsto en las Condiciones Particulares de esta cláusula, en un pago único y dentro del plazo estipulado en el Artículo 49º, 2do párrafo de la Ley 17.418.

Este beneficio será aplicable solamente a aquellas enfermedades iniciadas o diagnosticadas por primera vez luego de transcurrido el período de carencia previsto en la presente cláusula y en tanto la cobertura principal se encuentre vigente. Ningún beneficio se abonará si la enfermedad en cuestión ha sido diagnosticada o si se ha recibido tratamiento por dicha enfermedad antes de la fecha anteriormente mencionada. Para el caso de Derrame Cerebral se comenzará a abonar una vez que se compruebe el mismo, luego del lapso de tres (3) meses.

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

3º) CARÁCTER DEL BENEFICIO

El beneficio acordado por esta Cláusula es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la póliza, y en consecuencia, la Aseguradora no hará deducción alguna del capital asegurado a pagarse por esta cláusula al abonar cualquier otro beneficio, en caso de que un mismo evento genere otras indemnizaciones.

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

4º) CARENCIAS

La cobertura de cada Asegurado bajo esta cláusula se iniciará luego de transcurrido un período de carencia, con pago de premios, contados desde la fecha de Inicio de Vigencia de cada Certificado Individual o de la presente cláusula, si ésta última fuera posterior.

Los períodos de carencias a aplicar en cada caso serán los siguientes:

Falla Renal (Enfermedad Renal en etapa final): noventa (90) días.

SIDA: VIH debido a transfusión de sangre: cero (0) días.

Resto de enfermedades: sesenta (60) días.

Dichos períodos de carencia no serán aplicables en los casos en que la afección cubierta se origine en un accidente.

Los referidos períodos de carencia deberán cumplirse cada vez que el Asegurado ingrese al seguro, independientemente que el citado Asegurado lo hubiese cumplido en un ingreso anterior.

No se encuentran cubiertos bajo esta cláusula los diagnósticos de enfermedades producidos durante dichos períodos de carencia.

5º) COMPROBACIÓN DE LA ENFERMEDAD

Para obtener el beneficio previsto en esta cláusula, corresponde al Asegurado:

a) Denunciar la existencia de la enfermedad dentro de los treinta (30) días de diagnosticada la misma, salvo casos de fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.

b) Presentar a la Aseguradora el diagnóstico de su enfermedad, confirmado mediante evidencias clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio, efectuado y certificado por un profesional médico autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión. El médico que

extienda tal certificación no podrá ser el propio Asegurado, ni su cónyuge o conviviente en aparente matrimonio, ni un parente del mismo de hasta el tercer grado de consanguinidad o afinidad.



SCORSETTI & ASOCIADOS

BROKER DE SEGUROS • CONSULTORES DE RIESGO

- b) Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta dos exámenes médicos por facultativos designados por la Aseguradora y con gastos a cargo de ésta.

6º PLAZOS DE PRUEBA

La Aseguradora dentro de los 15 días de recibida la denuncia y/o las constancias a que se refiere el punto 2º, contados desde la fecha que sea posterior, deberá hacer saber al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. Si las comprobaciones a que se refiere el mencionado punto no resultaran concluyentes en cuanto al carácter de la enfermedad, la Aseguradora podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor a 30 días, a fin de confirmar el diagnóstico. La no contestación por parte de la Aseguradora dentro del plazo establecido, significará automáticamente el reconocimiento del beneficio reclamado.

7º VALUACIÓN POR PERITOS

Si no hubiera acuerdo entre las partes sobre la apreciación de la situación del Asegurado, la misma será analizada por dos médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los ocho días de su designación, a un tercer facultativo para el caso de divergencia. Los médicos designados por las partes deberán presentar su informe dentro de los treinta (30) días de su designación y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de quince (15) días de su designación.

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

Los honorarios y gastos de los médicos de las partes estarán a su respectivo cargo, y los del tercero serán pagados por la parte cuyas pretensiones se alejen más del dictamen definitivo, salvo en el caso de equidistancia en que se pagará por mitades entre las partes.

8º VINCULACIÓN CON LA COBERTURA PRINCIPAL

Esta cláusula está subordinada a las Condiciones Generales de la Cobertura Principal, y mantendrá plena vigencia en tanto aquella se encuentre también vigente o el Tomador/Asegurado no soliciten expresamente su finalización o se den las condiciones previstas en el punto 10º.

Las extraprimes de esta cláusula adicional serán pagaderas en las mismas oportunidades y en formas que las previstas en la póliza principal.

9º RIESGOS NO CUBIERTOS

Además de los riesgos no cubiertos bajo la cobertura principal, la Aseguradora no abonará los beneficios de esta cláusula cuando el siniestro se produzca como consecuencia de:

- Someterse a intervenciones quirúrgicas ilícitas;
- Utilización de medicamentos no aprobados por el Ministerio de Salud y Acción Social o autoridad competente;
- Someterse a tratamiento en establecimientos asistenciales no habilitados para funcionar por el Organismo de Control Sanitario correspondiente, Municipal, Provincial o Nacional y autorizado por éste, a dar asistencia y tratamiento clínico de enfermedades padecidas por el Asegurado.

"Toda reticencia o declaración falsa de circunstancias, aún hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiera impedido el contrato o modificado sus condiciones si el Asegurador hubiese sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato y/o los certificados individuales, según sea el caso." (Artículo 5º, Ley 17.418)

10º TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

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

- Al caducar la póliza y/o el Certificado Individual por cualquier causa;
- Por rescisión de la presente Cláusula;
- Por la percepción del beneficio que acuerda esta Cláusula;
- A partir de la fecha en que el Asegurado cumpla los sesenta y cinco (65) años de edad.
- Por dejar de pertenecer el Asegurado al grupo regido por el Tomador

En los casos de los incisos d) y e), la Aseguradora procederá a la devolución de la prima correspondiente al riesgo no corrido.

ANEXO ET

CLÁUSULA ADICIONAL ANTICIPO POR ENFERMEDAD TERMINAL

1º RIESGO CUBIERTO

La Aseguradora concederá el beneficio que acuerda esta cláusula cuando el Asegurado haya sido diagnosticado como enfermo Terminal, siempre que tal enfermedad Terminal se hubiere iniciado durante la vigencia de su seguro y antes de cumplir sesenta y cinco (65) años de edad.

2º BENEFICIO

Comprobado el estado de enfermo Terminal la Aseguradora abonará al Asegurado una proporción del capital asegurado por muerte, cuyo máximo se estipula en las condiciones particulares de la póliza.

Este beneficio será aplicable solamente a aquellas enfermedades terminales diagnosticadas por primera vez después de la fecha de comienzo de la póliza o de vigencia del certificado individual. Ningún beneficio se abonará si la enfermedad en cuestión ha sido diagnosticada o si se ha recibido tratamiento por dicha enfermedad antes de las fechas mencionadas. Efectuado el diagnóstico de la enfermedad terminal cubierta por esta cláusula, el capital asegurado por muerte no podrá aumentarse posteriormente por ninguna causa, incluso en el caso de incrementos masivos para todo el resto del grupo asegurado.



SCORSETTI & ASOCIADOS

BROKER DE SEGUROS • CONSULTORES DE RIESGO

3º) CARÁCTER DEL BENEFICIO

Este beneficio es complementario y constituye un anticipo de la indemnización prevista en caso de muerte del Asegurado. El monto indemnizado en virtud de esta cláusula será deducido del capital asegurado a pagarse al fallecimiento del asegurado.

4º) RIESGOS NO CUBIERTOS:

La Aseguradora no anticipará ninguna indemnización cuando la enfermedad terminal sea consecuencia de alguna de las siguientes causas:

Tentativa de suicidio voluntario del Asegurado;

Si es provocada deliberadamente por acto ilícito del Contratante del presente seguro, excepto que el pago de la prima esté a cargo del Asegurado; o en caso de accidente si es provocado por dolo o culpa grave del Asegurado;

Por duelo o riña, salvo que se trate de legítima defensa; empresa o acto criminal;

Abuso de alcohol, drogas, estupefacientes, narcóticos o estimulantes; Someterse a intervenciones médicas o quirúrgicas ilícitas;

De una infección que sea consecuencia directa o indirecta del virus HIV (Human Inmune Virus) o de una infección oportunista y/o neoplasia maligno (tumor) y/o cualquier condición de enfermedad si al momento de producirse el asegurado tiene el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o es cero positivo al HIV.

Las infecciones oportunistas incluirán entre otras a la neumonía pneumosistitis carinii, organismo del virus de enteritis crónica y/o infección diseminada de hongos. El neoplasma maligno incluirá entre otros al 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 causas de enfermedad en presencia del SIDA.

5º) COMPROBACIÓN DE LA ENFERMEDAD TERMINAL

Corresponde al Asegurado o a su representante:

a) Denunciar la existencia de la Enfermedad Terminal;

b) Proveer pruebas satisfactorias a la Aseguradora de su Enfermedad Terminal y que la expectativa de vida del Asegurado sea de doce (12) meses o menos desde el día de la presentación de la solicitud del beneficio. Estas pruebas deberán incluir constancias médicas necesarias realizadas por un profesional médico autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión. El médico que extienda tal certificación no podrá ser el mismo asegurado, ni su cónyuge, ni un miembro cercano de su familia, ni una persona que conviva con él.

Asimismo se requerirá que el Asegurado recurra para el tratamiento de su Enfermedad Terminal a un establecimiento asistencial (Sanatorio, Hospital, Clínica, Instituto, Policlínico, etc.) que se halle habilitado legalmente para funcionar por el Organismo de Control Sanitario correspondiente, Municipal, Provincial o Nacional y autorizado por éste a dar asistencia y tratamiento clínico al tipo de enfermedad padecida por el Asegurado.

c) Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta dos exámenes médicos por facultativos designados por la Aseguradora y con gastos a cargo de ésta.

6º) PLAZO DE PRUEBA

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

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

7º) TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

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

A partir del momento en que el Asegurado haya percibido la totalidad del beneficio que concede esta cláusula.

Al caducar la póliza y/o el certificado individual por cualquier causa. A partir de la fecha en que el Asegurado cumpla sesenta y cinco (65) años de edad.

ANEXO G

PREEXISTENCIAS

No se cubrirán los beneficios que sean consecuencia de condiciones preexistentes a la fecha de inicio de la vigencia de la póliza para cada asegurado. Se entiende por condiciones preexistentes aquellas enfermedades diagnosticadas o tratadas con anterioridad al inicio de vigencia de la póliza para cada asegurado.

ANEXO T

CLÁUSULA ADICIONAL TRASPLANTES

1º) RIESGOS CUBIERTOS

La Aseguradora concederá el beneficio que acuerda esta cláusula cuando el Asegurado deba ser sometido a un trasplante de los órganos humanos:

* Trasplante de médula

* Trasplante Cardíaco

* Trasplante Hepático

* Trasplante Renal

* Trasplante Cardiopulmonar

y siempre que la necesidad de efectuar el trasplante de órganos se haya prescripto en la forma establecida en la presente cláusula, 120 (ciento veinte) días a partir de la fecha de inicio de la vigencia de su seguro y antes que el Asegurado haya cumplido los 65 (sesenta y cinco) años de edad.



SCORSETTI & ASOCIADOS

BROKER DE SEGUROS • CONSULTORES DE RIESGO

El período de carencia de 120 días deberá cumplirse cada vez que se ingrese al seguro, independientemente de que el Asegurado lo hubiese cumplido en un ingreso anterior.

Los trasplantes deberán ser realizados en establecimientos de la República Argentina, debidamente autorizados a tal fin por la autoridad nacional competente, y por profesionales habilitados para tal fin, quedando excluida cualquier indemnización por trasplantes que no cumplan con estos requisitos.

2º) BENEFICIO

Con posterioridad a la realización del trasplante de órganos, la Aseguradora abonará al Asegurado los importes especificados en las Condiciones Particulares, según sea el trasplante efectuado.

3º) COMPROBACIÓN DEL TRASPLANTE

Corresponde al Asegurado:

- Denunciar el trasplante a la Aseguradora dentro de los treinta días de realizado el mismo.
- Presentar todas las evidencias y comprobantes médicos que certifiquen su enfermedad (clínicas, radiológicas, de laboratorio u otras).
- Facilitar la comprobación por parte de la Aseguradora, relevando a los facultativos del secreto profesional, a estos fines, incluyendo un examen por médicos de la Aseguradora si así lo dispusiera.

4º) CARÁCTER DEL BENEFICIO

El Beneficio previsto en esta cláusula es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la póliza principal. No obstante, cuando esta cobertura sea contratada simultáneamente o se encuentre vigente con otras al mismo tiempo, como principio general, ante la superposición de diagnósticos de enfermedades cubiertas por las Cláusulas Anexas contratadas, la Aseguradora cumplirá con la obligación emergente de la cobertura afectada que reconozca el mayor capital asegurado.

Con respecto a las coberturas restantes, la Aseguradora procederá a devolver el 100% de las primas pagadas por las otras cláusulas capitalizadas a una tasa de interés del 4% anual aplicada en forma equivalente diaria desde el momento en que se recibió el pago hasta el día anterior a la fecha de devolución, dentro de los quince días de abonado el beneficio. A partir del momento en que el Asegurado haya recibido la totalidad del beneficio que concede a esta cláusula, la cobertura que otorga la misma cesará, no teniendo vigencia en las futuras renovaciones, si la misma tuviera lugar dentro de los 6 meses inmediatos posteriores a la ocurrencia del siniestro.

En el supuesto párrafo precedente, tampoco tendrán vigencia en las futuras renovaciones aquellas enfermedades que fueran diagnosticadas y por cuyos capitales asegurados no se haya reconocido indemnización, con la modalidad prevista al respecto para cada una de ellas en la cláusula correspondiente.

5º) RIESGOS NO CUBIERTOS

Además de los riesgos no cubiertos bajo la cobertura principal, no serán amparados bajo esta cláusula aquellos trasplantes de órganos prescriptos antes de los 120 días de vigencia de la misma, como así tampoco aquellos trasplantes de órganos humanos que no hayan sido prescriptos como única terapéutica de sobrevida de su enfermedad ni que no hayan sido denunciados como tales e inscriptos en el I.N.C.U.C.A.I. (Instituto Nacional Centro Único Coordinador de Ablaciones e Implantes).

Asimismo, no se indemnizarán bajo esta cláusula trasplantes de médula como terapéutica de rescate de tumores sólidos.

6º) EXCLUSIONES

Serán consideradas no asegurables, y por lo tanto excluidas de esta cobertura:

- a) Aquellas personas con neoplasia diagnosticada al momento del ingreso al seguro;
- b) Personas que se encuentren al momento del ingreso sufriendo una insuficiencia renal irreversible (con hemodiálisis crónica);
- c) Personas inscriptas como receptoras de órganos en el I.N.C.U.C.A.I., con anterioridad a la contratación.

7º) PLAZOS DE PRUEBA

La Aseguradora dentro de los 15 días de recibida la denuncia y/o las constancias a que se refiere el punto 3º, contados desde la fecha que sea posterior, deberá hacer saber al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. Si las comprobaciones a que se refiere el mencionado punto no resultaran concluyentes en cuanto al carácter de la enfermedad, la Aseguradora podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor a 30 días, a fin de confirmar el diagnóstico. La no contestación por parte de la Aseguradora dentro del plazo establecido, significará automáticamente el reconocimiento del beneficio reclamado.

8º) EVALUACIÓN DE PERITOS

Si no hubiese acuerdo entre las partes por las consecuencias indemnizables provenientes de los riesgos cubiertos por esta cláusula, las mismas serán determinadas por los médicos designados uno por cada parte, quienes deberán elegir dentro de los 8 días de su designación a un tercer facultativo para el caso de divergencia.

Los médicos designados por las partes deberán presentar su informe dentro de los 30 días; y en caso de divergencia, el tercero deberá expedirse dentro del plazo de 15 días.

Si una de las partes omitiese 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 apartado anterior, la parte más diligente podrá requerir su nombramiento a la Secretaría de Estado o de Salud Pública de la Nación.

Los honorarios y gastos de los médicos de las partes serán a su respectivo cargo y los del tercer médico serán pagados por la parte cuyas pretensiones se alejen más del dictamen definitivo, salvo en caso de equidistancia, en que se pagarán por mitades entre partes.

9º) VINCULACIÓN CON LA COBERTURA PRINCIPAL



SCORSETTI & ASOCIADOS

BROKER DE SEGUROS • CONSULTORES DE RIESGO

Esta cláusula está subordinada a las Condiciones Generales de la Cobertura Principal, y mantendrá plena vigencia en tanto aquella se encuentre también vigente o el Tomador/Asegurado no soliciten expresamente su finalización o se den las condiciones previstas en el punto 4°.

Las extraprimeras de esta cláusula adicional serán pagaderas en las mismas oportunidades y en formas que las previstas en la póliza principal.

10º) 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. (Instituto Nacional Centro Único Coordinador de Ablaciones e Implantes) 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.

"Toda reticencia o declaración falsa de circunstancias aun hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiera impedido el contrato o modificado sus condiciones si el Asegurador hubiese sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato y/o los certificados individuales, según sea el caso" (Artículo 5°, Ley 17.418)