

SEGURO DE VIDA COLECTIVO

CONDICIONES GENERALES

ARTÍCULO 1: LEY DE LAS PARTES.

LAS PARTES CONTRATANTES SE SOMETEN A LAS DISPOSICIONES DE LA LEY DE SEGUROS (Nº 17.418) Y A LAS DE LA PRESENTE PÓLIZA QUE LA COMPLEMENTAN EN BENEFICIO DEL ASEGURADO.

EN CASO DE NO COINCIDIR LAS CONDICIONES GENERALES CON LAS PARTICULARES, SE ESTARÁ CONDICIONADO A LO QUE DISPONGAN LAS CONDICIONES PARTICULARES.

ARTÍCULO 2: RETICENCIA O FALSA DECLARACIÓN.

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, AÚN CUANDO ÉSTOS NO FUERAN ESCRITOS POR ELLOS MISMOS.

TODA DECLARACIÓN FALSA O TODA RETICENCIA PARCIAL O TOTAL DE CIRCUNSTANCIAS O INFORMACIÓN CONOCIDAS POR EL CONTRATANTE O LOS ASEGURADOS, AÚN HECHA DE BUENA FE QUE A JUICIO DE LOS PERITOS, HUBIESE IMPEDIDO EL CONTRATO O MODIFICADO SUS CONDICIONES SI LA COMPAÑÍA HUBIESE SIDO CERCIORADA DEL VERDADERO ESTADO DEL RIESGO, HACE NULO EL CONTRATO Y/O LOS CERTIFICADOS, SEGÚN EL CASO.

ARTÍCULO 3: PERSONAS NO ASEGURABLES.

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 COMPAÑÍA AL MOMENTO DE CELEBRARSE EL CONTRATO, QUE SE ESTABLECE EN LAS CONDICIONES PARTICULARES Y EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN.

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.

ARTÍCULO 4: PERSONAS ASEGURABLES

SE CONSIDERAN ASEGURABLES A LA FECHA DE EMISIÓN DE ESTA PÓLIZA LOS INTEGRANTES DE CUALQUIER TIPO DE GRUPO DE AFINIDAD SIEMPRE Y CUANDO RESULTE PREEXISTENTE A LA CONTRATACIÓN A ESTE SEGURO Y LOS ASEGURABLES SE ENCUENTREN RELACIONADOS ENTRE SÍ POR UN INTERÉS DISTINTO AL DE CONTRATAR EL PRESENTE SEGURO.

SE CONSIDERAN POSIBLES VÍNCULOS ENTRE EL TOMADOR Y LOS ASEGURADOS FIGURAS DEL TIPO EMPLEADORES/EMPLEADOS, CLUBES, ASOCIACIONES CIVILES, CONSEJOS PROFESIONALES, CLIENTES DE UN BANCO, ETC.

ARTÍCULO 5: COBERTURA – FECHA DE INICIACIÓN – PLAZOS – BASE DE LA COBERTURA.

EL PRESENTE SEGURO CUBRE EL RIESGO DE MUERTE DE LOS EMPLEADOS EN SERVICIO ACTIVO DE LA CONTRATANTE, SIEMPRE QUE EL EVENTO TENGA LUGAR DURANTE LA VIGENCIA DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL.

ESTE CONTRATO ADQUIERE FUERZA LEGAL DESDE LA HORA CERO DEL DÍA DE LA FECHA INICIAL DEL SEGURO INDICADA EN EL FRENTE DE ESTA PÓLIZA. LOS VENCIMIENTOS DE PLAZOS SE PRODUCIRÁN A LA HORA CERO DE IGUAL DÍA DEL MES Y AÑO QUE CORRESPONDA.

LAS DENUNCIAS Y DECLARACIONES IMPUESTAS POR ESTE CONTRATO SE CONSIDERAN CUMPLIDAS SI SE EXPIDE DENTRO DEL TÉRMINO FIJADO.

LOS SUCEOS CUBIERTOS POR LA PRESENTE PÓLIZA SON LOS QUE OCURRAN DURANTE EL PERÍODO DE VIGENCIA DE LA MISMA, DEFINIDO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES.

ARTÍCULO 6: FORMA Y PLAZO PARA SOLICITAR EL SEGURO.

- TODO EMPLEADO ASEGURABLE QUE DESEE INCORPORARSE A ESTA PÓLIZA, DEBERÁ SOLICITARLO POR ESCRITO EN LAS FICHAS INDIVIDUALES QUE A ESTE EFECTO PROPORCIONA LA COMPAÑÍA. LA SOLICITUD DEBERÁ FORMALIZARLA DENTRO DEL PLAZO DE UN MES (NO INFERIOR A 30 DÍAS), A CONTAR DESDE LA FECHA EN QUE SEA ASEGURABLE.
- LOS EMPLEADOS ASEGURABLES QUE SOLICITEN SU INCORPORACIÓN A ESTA PÓLIZA DESPUÉS DE TRANSCURRIDO EL PLAZO INDICADO EN EL INCISO ANTERIOR, COMO ASIMISMO LOS QUE VUELVAN A SOLICITAR DESPUÉS DE HABERLO RESCINDIDO, DEBERÁN PRESENTAR PRUEBAS DE ASEGURABILIDAD SATISFACTORIAS PARA LA COMPAÑÍA Y PAGAR LOS GASTOS QUE SE ORIGINEN PARA OBTENERLOS.

ARTÍCULO 7: FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DE CADA CERTIFICADO INDIVIDUAL.

- EL SEGURO DE LOS EMPLEADOS ASEGURABLES QUE HUBIEREN SOLICITADO SU INCORPORACIÓN A ESTA PÓLIZA HASTA LAS 12 HORAS DEL DÍA FIJADO COMO COMIENZO DE SU VIGENCIA, COMENZARÁ A REGIR DESDE DICHA HORA Y FECHA.
- EL SEGURO DE LOS EMPLEADOS ASEGURABLES QUE SOLICITEN SU INCORPORACIÓN A ESTA PÓLIZA CON POSTERIORIDAD AL MOMENTO DE SU VIGENCIA, REGIRÁ A PARTIR DE LA CERO HORA DEL DÍA SIGUIENTE A LA FECHA DE LA SOLICITUD, O A LA APROBACIÓN DE LAS PRUEBAS DE ASEGURABILIDAD, EN CASO DE SER NECESARIAS.

ARTÍCULO 8: CANTIDAD MÍNIMA DE ASEGURADOS Y PORCENTAJE MÍNIMO DE ADHESIÓN.

ES REQUISITO PRIMORDIAL PARA QUE ESTE SEGURO PUEDA MANTENERSE EN VIGENCIA, EN LAS CONDICIONES PACTADAS EN MATERIA DE CAPITALES ASEGURADOS Y TARIFA DE PRIMAS, QUE TANTO LA CANTIDAD DE ASEGURADOS COMO EL PORCENTAJE DE LOS MISMOS EN RELACIÓN A LOS QUE SE HALLEN EN CONDICIONES DE SER INCORPORADOS AL SEGURO ALCANCEN POR LO MENOS A LOS MÍNIMOS INDICADOS EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE ESTA PÓLIZA.

SI EN UN DETERMINADO MOMENTO NO SE REUNIERAN LOS MÍNIMOS ANTES MENCIONADOS, LA COMPAÑÍA SE RESERVA EL DERECHO DE REDUCIR LAS SUMAS ASEGURADAS O DE MODIFICAR LA TARIFA DE PRIMAS APLICADA. LA COMPAÑÍA NOTIFICARÁ LA DECISIÓN POR ESCRITO AL CONTRATANTE CON UNA ANTICIPACIÓN MÍNIMA DE 30 DÍAS.

ARTÍCULO 9: CAPITALES INDIVIDUALES ASEGURADOS.

EL CAPITAL INDIVIDUAL PARA CADA ASEGURADO SERÁ UN MÚLTIPLO DEL IMPORTE INDICADO COMO “CAPITAL ASEGURADO MÍNIMO” EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE PÓLIZA, EL QUE NO PODRÁ EXCEDER DEL VALOR INDICADO COMO “CAPITAL ASEGURADO MÁXIMO”.

EL CAPITAL INDIVIDUAL PARA CADA ASEGURADO SE INDICARÁ EN LA SOLICITUD INDIVIDUAL DE COBERTURA Y EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE COBERTURA.

ARTÍCULO 10: DENUNCIA DE OTROS SEGUROS COLECTIVOS.

LOS ASEGURADOS QUE ESTUVIERAN, O LLEGARAN ESTAR INCORPORADOS A OTRA PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVA EMITIDA POR LA COMPAÑÍA, ANÁLOGA A LA PRESENTE, DEBERÁN COMUNICARLO POR ESCRITO A LA COMPAÑÍA, LA QUE PODRÁ ACEPTAR ESA SITUACIÓN O REDUCIR LA SUMA A ASEGURAR. EN CASO DE

TRASGRESIÓN, LA COMPAÑÍA CONSIDERARÁ VÁLIDO ÚNICAMENTE EL CERTIFICADO VIGENTE DE MAYOR SUMA Y DEVOLVERÁ LAS PRIMAS COBRADAS DE CUALQUIER OTRO POR EL PERÍODO DE COBERTURAS SUPERPUESTAS.

ARTÍCULO 11: PRIMAS DEL SEGURO.

LA TASA DE PRIMA MEDIA INICIAL POR MIL DE CAPITAL ASEGURADO INSERTA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE ESTA PÓLIZA REGIRÁ DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIGENCIA DEL SEGURO. DICHA TASA DE PRIMA MEDIA SERÁ AJUSTADA EN CADA ANIVERSARIO DE LA PÓLIZA POR LA COMPAÑÍA, QUIEN COMUNICARÁ POR ESCRITO AL CONTRATANTE LA NUEVA TASA DE PRIMA MEDIA RESULTANTE, CON UNA ANTICIPACIÓN NO MENOR A 30 DÍAS A LA FECHA DEL ANIVERSARIO EN QUE EMPIECE A REGIR LA MISMA.

LA TASA DE PRIMA MEDIA SE APLICARÁ SIN NINGUNA DISCRIMINACIÓN DE EDADES A TODOS LOS ASEGURADOS.

LA TASA DE PRIMA MEDIA RESULTARÁ DE APLICAR LA TARIFA DE LA COMPAÑÍA CORRESPONDIENTE A LA EDAD ALCANZADA Y AL CAPITAL ASEGURADO DE CADA CERTIFICADO INDIVIDUAL DE LOS INTEGRANTES DEL "GRUPO DE AFINIDAD" Y DE DIVIDIR LA SUMA CORRESPONDIENTE POR EL TOTAL DE CAPITALES ASEGURADOS.

EN CUALQUIER MOMENTO EN QUE SE PRODUZCA UNA VARIACIÓN SUPERIOR AL 25% DE LA CANTIDAD DE ASEGURADOS Y/O EN LA SUMA DE LOS CERTIFICADOS INDIVIDUALES, EL CONTRATANTE O LA COMPAÑÍA PODRÁN EXIGIR UN NUEVO CÁLCULO DE PRIMA PROMEDIO, LA QUE REGIRÁ HASTA EL PRÓXIMO ANIVERSARIO DE ESTA PÓLIZA.

EL IMPORTE DE LAS PRIMAS A PAGAR POR EL CONTRATANTE RESULTARÁ DE MULTIPLICAR LA PRIMA MEDIA POR EL TOTAL DE LOS CAPITALES ASEGURADOS VIGENTES.

ARTÍCULO 12: PREMIO.

COMO PREMIO DEL SEGURO SE ENTIENDE EL IMPORTE TOTAL FORMADO POR LA PRIMA, SUS ADICIONALES Y RECARGOS MÁS LOS IMPUESTOS, TASAS, CARGAS O INTERESES.

ARTÍCULO 13: PAGO DE PREMIOS.

EL PREMIO PODRÁ SER PAGADO POR EL CONTRATANTE O POR LOS INTEGRANTES DEL "GRUPO DE AFINIDAD", SEGÚN SE ESTIPULE EN LAS CONDICIONES PARTICULARES.

ARTÍCULO 14: PLAZO DE GRACIA.

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.

ARTÍCULO 15: MORA- REHABILITACION DE LA COBERTURA

MORA EN EL PAGO DE LOS PREMIOS: LA MORA SE PRODUCIRÁ POR EL MERO VENCIMIENTO DEL PLAZO DE GRACIA SIN NECESIDAD DE INTERPELACIÓN ALGUNA. LA FALTA DE PAGO DE LOS PREMIOS EN DEBIDO TIEMPO Y FORMA, PRODUCIRÁ LA CADUCIDAD AUTOMÁTICA DE LA COBERTURA, SIN NECESIDAD DE INTERPELACIÓN ALGUNA AL ASEGURADO Y/O CONTRATANTE.

REHABILITACIÓN DE LA COBERTURA: EN CASO DE REHABILITACIÓN SE DEBERÁ ABONAR EL PREMIO CORRESPONDIENTE AL PLAZO DE GRACIA. TODA REHABILITACIÓN SURTIRÁ EFECTO DESDE LA HORA CERO (0) DEL DÍA SIGUIENTE A AQUEL EN QUE EL ASEGURADOR RECIBA EL PAGO CORRESPONDIENTE, SIN PERJUICIO DE LA CARENIA Y DEMÁS CONDICIONES ACORDADAS EN LAS CONDICIONES PARTICULARES, Y SIEMPRE Y CUANDO SUBSISTA EL RIESGO CUBIERTO POR EL PRESENTE SEGURO.

EL ASEGURADOR PODRÁ EXIGIR AL ASEGURADO, CON CARÁCTER PREVIO Y A FIN DE CONSIDERAR Y EVALUAR LA EVENTUAL REHABILITACIÓN DE LA COBERTURA, QUE: (I) COMPLETE NUEVAMENTE LA DECLARACIÓN JURADA DE SALUD, (II) REALICE EXÁMENES MÉDICOS Y/O CUMPLIMENTE, A SATISFACCIÓN DEL ASEGURADOR, CON LOS REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD ESTABLECIDOS. TODOS LOS GASTOS Y COSTOS QUE POR CUALQUIER CONCEPTO SE DERIVEN DEL ANÁLISIS DE LA DECLARACIÓN JURADA DE SALUD, LOS EXÁMENES MÉDICOS Y/O DEMÁS REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD ESTABLECIDOS POR EL ASEGURADOR, SERÁN A CARGO DEL ASEGURADO Y/O CONTRATANTE.

SI EL ASEGURADO Y/O EL CONTRATANTE NO CUMPLIEREN CON LAS EXIGENCIAS DEL ASEGURADOR EN RELACIÓN CON LAS ACCIONES A SEGUIR Y/O COSTOS Y GASTOS A ASUMIR EN OCASIÓN DE CONSIDERAR Y EVALUAR UNA EVENTUAL REHABILITACIÓN DE LA COBERTURA, EL ASEGURADOR PODRÁ RECHAZAR LA REHABILITACIÓN DEL SEGURO. SIN PERJUICIO DE ELLO, EL ASEGURADOR TENDRÁ DERECHO A RECHAZAR LA REHABILITACIÓN DE LA COBERTURA SIN EXPRESIÓN DE CAUSA ALGUNA.

CUANDO NO SE SOLICITEN LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS EN EL TERCER PÁRRAFO DE ESTE ARTÍCULO, LA REHABILITACIÓN, TENDRÁ LA CARENIA PARA ENFERMEDADES PREEXISTENTES QUE SE ESTABLEZCA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES. DE ACAECER EL SINIESTRO DURANTE EL PERÍODO DE CARENIA, SALVO EN LOS CASOS EN QUE LA CAUSAL DEL SINIESTRO SEA ACCIDENTAL, EL ASEGURADOR NO SE ENCONTRARÁ OBLIGADO A EFECTIVIZAR LA INDEMNIZACIÓN CORRESPONDIENTE.

ARTÍCULO 16: CERTIFICADOS INDIVIDUALES.

LA COMPAÑÍA ENTREGARÁ A CADA ASEGURADO, POR MEDIO DEL CONTRATANTE, UN CERTIFICADO INDIVIDUAL EN EL QUE SE ESTABLECEN LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES DE LAS PARTES, ASÍ COMO TAMBIÉN EL MONTO DEL RESPECTIVO CAPITAL ASEGURADO, LA FECHA DE SU ENTRADA EN VIGOR Y EL NOMBRE DEL BENEFICIARIO DESIGNADO. OTORGARÁ ADEMÁS UN CERTIFICADO SUPLEMENTARIO CADA VEZ QUE SE PRODUZCA UN AUMENTO DE LA SUMA ASEGURADA Y REEMPLAZARÁ EL O LOS CERTIFICADOS VIGENTES EN CASO REDUCCIÓN DE LA SUMA ASEGURADA.

ARTÍCULO 17: REGISTRO DE ASEGURADOS.

LA COMPAÑÍA 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 REGISTRO, PUESTO AL DÍA DE LA FECHA DE EMISIÓN DE ESTA PÓLIZA, ASÍ COMO COPIA DE LAS VARIACIONES QUE SUCESIVAMENTE SE VAYAN INTRODUCIENDO EN DICHO REGISTRO.

ARTÍCULO 18: RESCISIÓN DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL.

EL CERTIFICADO DE CADA ASEGURADO QUEDARÁ RESCINDIDO O CADUCARÁ EN LOS SIGUIENTES CASOS:

- A) POR SU RENUNCIA A CONTINUAR CON LA COBERTURA.
- B) POR RESCISIÓN O CADUCIDAD DE LA PÓLIZA.
- C) A LA HORA VEINTICUATRO (24) DEL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO EN QUE EL ASEGURADO CUMPLA LA EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA BAJO COBERTURA INDICADA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES.
- D) EN LA FECHA EN QUE SE PRODUZCA EL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO.
- E) POR DEJAR DE PERTENECER AL GRUPO DE AFINIDAD.

EN EL CASO DE LA RENUNCIA A QUE SE REFIERE EL PUNTO A) EL SEGURO QUEDARÁ RESCINDIDO DESDE LA HORA CERO (0) DEL DÍA PRIMERO DEL MES SIGUIENTE AL DÍA DE LA NOTIFICACIÓN FEFACIENTE.

EN EL CASO PREVISTO EN EL INCISO E), EL CONTRATANTE DEBERÁ INFORMAR AL ASEGURADOR LOS INTEGRANTES QUE HAN DEJADO DE PERTENECER AL GRUPO DE AFINIDAD A MÁS TARDAR EL ÚLTIMO DÍA HÁBIL DEL MES EN EL QUE SE PRODUZCA LA DESVINCULACIÓN DEL GRUPO. EL CERTIFICADO INDIVIDUAL QUEDARÁ RESCINDIDO A PARTIR DE LAS 0 (CERO) HORAS DEL PRIMER DÍA DEL MES SIGUIENTE AL QUE HUBIERA DEJADO DE SER INTEGRANTE DEL GRUPO DE AFINIDAD. EN CUALQUIER CASO DE RESCISIÓN O CADUCIDAD DE ESTA PÓLIZA, CADUCARÁN SIMULTÁNEAMENTE TODAS LAS COBERTURAS INDIVIDUALES CUBIERTAS POR ELLA, SALVO LAS OBLIGACIONES PENDIENTES A CARGO DEL ASEGURADOR. EN CASO DE CORRESPONDER SE DEVOLVERÁ LA PRIMA CORRESPONDIENTE AL RIESGO NO CORRIDO A LA FECHA DE RESCISIÓN.

ARTÍCULO 19: RESCISIÓN DE ESTA PÓLIZA.

SIN PERJUICIO DE LAS DEMÁS CAUSALES DE RESCISIÓN Y CADUCIDAD YA PREVISTAS, ESTA PÓLIZA PODRÁ SER RESCINDIDA POR EL CONTRATANTE SIN EXPRESAR CAUSA, PREVIO AVISO POR ESCRITO REMITIDO CON ANTICIPACIÓN NO MENOR A UN MES (30 DÍAS) A CUALQUIER VENCIMIENTO DE PRIMAS. ASIMISMO, LA COMPAÑÍA PODRÁ NO RENOVAR LA PÓLIZA EN CADA FECHA DE FIN DE VIGENCIA, PREVIO AVISO REMITIDO POR ESCRITO AL ASEGURADO CON UN MES (30 DÍAS) DE ANTICIPACIÓN.

ARTÍCULO 20: OPCIÓN PARA JUBILADOS.

1. EL ASEGURADO QUE EN EL FUTURO SE ACOJA A LOS BENEFICIO JUBILATORIOS, SIEMPRE QUE HAYA ESTADO ASEGURADO EN EL GRUPO POR EL TÉRMINO DE UN AÑO ANTERIOR A LA JUBILACIÓN, PODRÁ CONTINUAR EN EL SEGURO SI LO SOLICITA CON POR LO MENOS 30 DÍAS DE ANTICIPACIÓN AL ÚLTIMO DÍA QUE VAYA A PRESTAR SERVICIOS.
2. EL CAPITAL ASEGURADO PODRÁ SER IGUAL AL CAPITAL VIGENTE A LA FECHA DE RETIRO O MENOS, SIN DERECHO A POSTERIOR AUMENTO Y SUJETO A UNA REDUCCIÓN DEL 50% A PARTIR DEL DÍA PRIMERO DEL MES QUE SIGA AL DEL CUMPLIMIENTO DE LOS 70 AÑOS DE EDAD.
3. EL SEGURO QUE FUESE PRORROGADO POR VOLUNTAD DEL JUBILADO CADUCARÁ POR FALTA DE PAGO EN TÉRMINO DE UNA PRIMA CUALQUIERA Y NO SERÁ REHABILITADO EN NINGÚN CASO.
4. LAS PRIMAS CORRESPONDIENTES A SEGUROS DE JUBILADOS DEBERÁN SER ABONADOS POR INTERMEDIO DEL CONTRATANTE Y CONJUNTAMENTE CON LAS DEL PERSONAL EN ACTIVIDAD.

ARTÍCULO 21: RENOVACIÓN.

SI NO HA MEDIADO AVISO EN CONTRA POR PARTE DEL CONTRATANTE O DE LA COMPAÑÍA, NOTIFICADO POR TELEGRAMA COLACIONADO UN MES ANTES DEL TÉRMINO DE VIGENCIA, LA PÓLIZA QUEDARÁ RENOVADA AUTOMÁTICAMENTE CADA VEZ POR UN AÑO MÁS. LAS CONDICIONES ESPECIFICADAS EN ARTÍCULOS ANTERIORES SOBRE FORMA DE PAGO DE LAS PRIMAS Y EL PLAZO DE GRACIA RIGEN TAMBIÉN PARA LAS PRIMAS DE RENOVACIÓN, RESERVÁNDOSE LA COMPAÑÍA LA FACULTAD DE EXAMINAR LOS REGISTROS DEL CONTRATANTE.

ARTÍCULO 22: PRIVILEGIO DE CONVERSIÓN.

TODOS ASEGURADOS QUE DEJE DE SERLO COMO CONSECUENCIA DE HABER CESADO EN EL SERVICIO DEL PRINCIPAL, TENDRÁ DERECHO A OBTENER DE LA COMPAÑÍA, SIN PREVIO EXAMEN MÉDICO Y SIEMPRE QUE LO SOLICITE POR ESCRITO DENTRO DEL PLAZO DE UN MES SIGUIENTE A LA FECHA DE TERMINACIÓN DE SU SEGURO, UN SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL EN CUALQUIERA DE LOS PLANES USUALES EN QUE OPERE LA COMPAÑÍA (EXCEPTO EL TEMPORARIO) POR UNA SUMA NO MAYOR A 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 ANTES MENCIONADO, NO SIENDO EXIGIBLE SINO CONTRA ENTREGA DE LA PÓLIZA, SALVO QUE SE HAYA EMITIDO UN CERTIFICADO O INSTRUMENTO PROVISORIO DE COBERTURA, NO PUDIENDO ESTE SEGURO INDIVIDUAL ENTRAR EN VIGOR HASTA QUE EL PRINCIPAL HAYA DADO POR TERMINADO EL SEGURO DEL EMPLEADO.

EN CASO DE RESCISIÓN TOTAL DE ESTA PÓLIZA, NO SE CONCEDERÁ EL BENEFICIO DE CONVERSIÓN, SINO A EMPLEADOS CON EDADES INFERIORES A 60 AÑOS QUE HUBIERAN ESTADO CUBIERTOS POR LA PÓLIZA POR MÁS DE 5 AÑOS Y CUANDO LA CANTIDAD DE LOS QUE EJERZAN ESE DERECHO NO SEA INFERIOR AL 50% DE LOS QUE PUEDAN HACERLO.

ARTÍCULO 23: DESIGNACIÓN Y CAMBIOS DE LOS BENEFICIARIOS.

1. LA DESIGNACIÓN DEL BENEFICIARIO O BENEFICIARIOS SE HARÁ POR ESCRITO EN OPORTUNIDAD DE LLENAR LA SOLICITUD DE INDIVIDUAL, EN LA PROPUESTA DEL SEGURO O EN CUALQUIER OTRA COMUNICACIÓN, COMO SE ESTABLECE EN EL INCISO 2º DE ESTE ARTÍCULO. DESIGNADAS VARIAS PERSONAS SIN INDICACIÓN DE PROPORCIONES, SE ENTIENDE QUE EL BENEFICIO ES POR PARTES IGUALES. SI UN BENEFICIARIO HUBIERE FALLECIDO ANTES O AL MISMO TIEMPO QUE EL ASEGURADO, LA ASIGNACIÓN CORRESPONDIENTE DEL SEGURO ACRECERÁ LA DE LOS DEMÁS BENEFICIARIOS, SI LOS HUBIERE, EN LA PROPORCIÓN DE SUS PROPIAS ASIGNACIONES. CUANDO SE DESIGNE A LOS HIJOS SE ENTIENDE LOS CONCEBIDOS Y LOS SOBREVIVIENTES AL TIEMPO DE OCURRIDO EL EVENTO PREVISTO. CUANDO SE DISTINGUE A LOS HEREDEROS, SE ENTIENDE A LOS QUE POR LEY SUCEDEN AL ASEGURADO, SI NO HUBIERE OTORGADO TESTAMENTO; SI LO HUBIERE OTORGADO, SE TENDRÁ POR DESIGNADOS A LOS HEREDEROS INSTITUIDOS. SI NO SE FIJA CUOTA PARTE EL BENEFICIO SE DISTRIBUIRÁ CONFORME A LAS CUOTAS HEREDITARIAS. CUANDO EL ASEGURADO NO DESIGNE BENEFICIARIO O POR CUALQUIER CAUSA LA DESIGNACIÓN RESULTE INEFICAZ O QUEDE SIN EFECTO, SE ENTIENDE QUE DESIGNÓ A SUS HEREDEROS.
2. TODO ASEGURADO PODRÁ CAMBIAR, EN CUALQUIER 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 COMPAÑÍA, SI EL ASEGURADO DIRIGE A SUS OFICINAS LA COMUNICACIÓN FORMAL RESPECTIVA Y PRESENTA EL CERTIFICADO PARA QUE SE EFECTÚE EN ÉL LA ANOTACIÓN CORRESPONDIENTE. SI EL CAMBIO NO HUBIERA LLEGADO A SER REGISTRADO POR LA COMPAÑÍA EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL, EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO EL PAGO SE HARÁ CONSIGNANDO JUDICIALMENTE LOS IMPORTES QUE CORRESPONDAN A LA ORDEN CONJUNTA DE LOS BENEFICIARIOS ANOTADOS EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL Y LOS DESIGNADOS CON POSTERIORIDAD MEDIANTE CUALQUIER COMUNICACIÓN ESCRITA DEL ASEGURADO RECIBIDA POR LA COMPAÑÍA HASTA EL MOMENTO DE LA CONSIGNACIÓN. LA COMPAÑÍA QUEDARÁ LIBERADA DE TODA OBLIGACIÓN EN CASO DE PAGAR EL CAPITAL ASEGURADO A LOS BENEFICIARIOS DESIGNADOS EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL CON ANTERIORIDAD A LA RECEPCIÓN DE CUALQUIER COMUNICACIÓN MODIFICATORIA DE ESA DESIGNACIÓN.

ATENTO EL CARÁCTER IRREVOCABLE DE LA DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO A TÍTULO ONEROSO, LA COMPAÑÍA EN NINGÚN CASO ASUME RESPONSABILIDAD ALGUNA POR LA VALIDEZ DEL NEGOCIO JURÍDICO QUE DIO LUGAR A LA DESIGNACIÓN Y, ADEMÁS, POR LAS CUESTIONES QUE SE SUSCITEN CON MOTIVO DE ESA DESIGNACIÓN BENEFICIARIA.

ARTÍCULO 24: LIQUIDACIÓN.

LAS PARTES ACUERDAN QUE EL SEGURO INDIVIDUAL PODRÁ SER LIQUIDADO DE ACUERDO A LAS SIGUIENTES MODALIDADES:

A)- PAGO ÚNICO.

B)- PAGO MEDIANTE UNA RENTA CIERTA DE CUOTAS PERIÓDICAS Y CONSECUTIVAS. LAS MISMAS SE AJUSTARÁN DE ACUERDO AL FACTOR DE INCREMENTO ANUAL INDICADO EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN.

SI LA LIQUIDACIÓN DE LA SUMA ASEGURADA SE REALIZARA SEGÚN LA ALTERNATIVA B) EL CÁLCULO DE LAS RENTAS SE REALIZARÁ DE ACUERDO A LAS BASES TÉCNICAS AUTORIZADAS POR LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN.

EN TAL CASO, LOS BENEFICIARIOS INSTITUIDOS PODRÁN EN CUALQUIER MOMENTO SOLICITAR EL ANTICIPO DE LAS RENTAS FUTURAS, EL QUE SERÁ CALCULADO SEGÚN LAS BASES TÉCNICAS APROBADAS POR LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN.

EL PAGO DE LAS RENTAS PREVISTAS EN ESTA OPCIÓN SE REALIZARÁ EN LAS OFICINAS DEL ASEGURADOR, O A TRAVÉS DE LOS MEDIOS QUE ÉSTE PROVEA A TAL EFECTO.

CUALQUIER LIQUIDACIÓN QUE CORRESPONDA EN CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRAÍDAS POR LA COMPAÑÍA 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 RESPECTIVO CARGO.

CUANDO LA LIQUIDACIÓN SE EFECTÚE POR FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA, LA COMPAÑÍA EFECTUARÁ EL PAGO QUE CORRESPONDA A LOS BENEFICIARIOS DENTRO DE LOS QUINCE DÍAS DE NOTIFICADO EL SINIESTRO O DE ACOMPAÑADA, SI PROCEDIERA, LA INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA DEL ARTÍCULO 46 PÁRRAFOS 2DO. Y 3RO. DE LA LEY DE SEGUROS Nº 17.418. LA DENUNCIA DE UN SINIESTRO DEBERÁ SER ACOMPAÑADA DE COPIA LEGALIZADA DE LA PARTIDA DE DEFUNCIÓN, DECLARACIÓN DE MÉDICO QUE HUBIESE ASISTIDO AL ASEGURADO O CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN Y DECLARACIÓN DEL BENEFICIARIO, AMBAS DECLARACIONES EXTENDIDAS EN FORMULARIOS QUE SUMINISTRARÁ LA COMPAÑÍA.

TAMBIÉN SE APORTARÁ TESTIMONIO DE CUALQUIER ACTUACIÓN SUMARIAL QUE HUBIESE INSTRUIDO CON MOTIVO DEL HECHO DETERMINANTE DEL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO, SALVO QUE RAZONES PROCESALES LO IMPIDIERAN.

ASIMISMO, SE PROPORCIONARÁ A LA COMPAÑÍA CUALQUIER INFORMACIÓN QUE SE 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.

ARTÍCULO 25: RESIDENCIA Y VIAJES – RIESGOS NO CUBIERTOS – LIBERACIÓN DEL ASEGURADOR.

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 COMPAÑÍA QUEDA LIBERADA DE ABONAR LA INDEMNIZACIÓN.

1. PARTICIPACIÓN COMO CONDUCTOR O COMO INTEGRANTE DE EQUIPO EN COMPETENCIAS DE PERICIA O VELOCIDAD, CON VEHÍCULOS MECÁNICOS O DE TRACCIÓN DE SANGRE; JUSTAS HÍPICAS, SALTO DE VALLAS O CARRERAS CON OBSTÁCULOS.
2. PARTICIPACIÓN EN EMPRESA CRIMINAL.
3. DESEMPEÑO PARALELO DE LAS PROFESIONES DE ACRÓBATA, BUZO, JOCKEY, DOMADOR DE POTROS O FIERAS O DE TAREAS CON MANIPULEO DE ARMAS, DE EXPLOSIVOS O CON EXPOSICIÓN A RADIACIONES ATÓMICAS, SALVO PACTO EN CONTRARIO.
4. OPERACIONES O VIAJES SUBACUÁTICOS O AÉREOS DE CUALQUIER NATURALEZA, SALVO COMO PASAJERO EN SERVICIOS DE TRANSPORTE AÉREO REGULAR CON ITINERARIO FIJO O EN "VUELOS CHARTERS" CONTRATADOS ENTRE UNA EMPRESA TRANSPORTADORA Y UNA AGENCIA DE VIAJES, CON CARACTERÍSTICAS SIMILARES A LOS SERVICIOS DE TRANSPORTE AÉREO REGULAR.
5. PARTICIPACIÓN EN CUALQUIER ACTO DE GUERRA, DECLARADA O NO, QUE NO COMPRENDA A LA REPÚBLICA ARGENTINA, SIEMPRE QUE EL SINIESTRO FUERA CAUSADO POR UN HECHO DE GUERRA. EN CASO DE GUERRA QUE COMPRENDA A LA NACIÓN ARGENTINA LAS OBLIGACIONES TANTO DE PARTE DEL ASEGURADOR COMO DEL ASEGURADO SE REGIRÁN POR LAS NORMAS QUE PARA TAL EMERGENCIA DICTE LA AUTORIDAD COMPETENTE.
6. PRÁCTICA DE DEPORTES O ACTIVIDADES PELIGROSAS COMO ESCALAMIENTO DE MONTAÑAS, ESQUÍ ACUÁTICO O DE MONTAÑA, CAZA, MOTONÁUTICA, PRÁCTICA DE PARACAJISMO O ALADELTISMO, BUNGEE JUMPING, SNOWBOARD, SURF, RAFTING, PARAPENTE, ESQUÍ, CICLISMO DE MONTAÑA, KITESURF, WINDSURF, PLANEADOR O SOARING, SANDBOARD, PIRAGÜISMO O CANOTAJE, GLOBO AEROSTÁTICO, BUCEO DEPORTIVO.
7. TODO RIESGO DERIVADO DE REACCIONES NUCLEARES, FENÓMENOS SÍSMICOS, INHALACIÓN DE GASES O ENVENENAMIENTO DE CUALQUIER NATURALEZA, REACCIONES QUÍMICAS BIOLÓGICAS, BACTERIOLÓGICAS, EPIDEMIAS, PESTES U OTROS FENÓMENOS NATURALES DE CARACTERÍSTICAS CATASTRÓFICAS.
8. ACCIDENTE QUE EL ASEGURADO POR ACCIÓN U OMISIÓN PROVOQUE DOLOSAMENTE O CON CULPA GRAVE.
9. ABUSO DE ALCOHOL O NARCÓTICOS, CONSUMO DE DROGAS, ENERVANTES, ESTIMULANTES O SIMILARES EXCEPTO QUE FUERAN UTILIZADOS BAJO PRESCRIPCIÓN MÉDICA.
10. DUELO O RIÑA, SALVO QUE SE TRATE DE LEGÍTIMA DEFENSA.
11. ACTOS DE GUERRILLA, REBELIÓN, SEDICIÓN, MOTÍN, TERRORISMO, TUMULTO POPULAR (EXCLUYENDO HUELGA), CUANDO EL ASEGURADO HUBIERA PARTICIPADO COMO ELEMENTO ACTIVO.
12. ACTOS NOTORIAMENTE PELIGROSOS QUE NO ESTÉN JUSTIFICADOS POR NINGUNA NECESIDAD PROFESIONAL, SALVO EN CASO DE TENTATIVA DE SALVAMENTO DE VIDAS O BIENES.
13. INTERVENCIONES MÉDICAS O QUIRÚRGICAS ILÍCITAS, TRATAMIENTOS NO AUTORIZADOS LEGALMENTE, O DE CARÁCTER EXPERIMENTAL, O REALIZADO EN INSTITUCIONES O POR PERSONAL LEGALMENTE NO HABILITADO TENIENDO CONOCIMIENTO DE TAL CIRCUNSTANCIA.
14. PARTICIPACIÓN EN VIAJES O EXCURSIONES A REGIONES O ZONAS INEXPLORADAS.
15. ACCIDENTES DERIVADOS DEL USO DE MOTONETAS, MOTOCICLETAS, MOTOS O VEHÍCULOS SIMILARES.
16. LESIONES CAUSADAS POR EL USO DE RAYOS "X" O SIMILARES O DE CUALQUIER ELEMENTO RADIOACTIVO.
17. SUICIDIO VOLUNTARIO, SALVO QUE EL CERTIFICADO HAYA ESTADO EN VIGENCIA ININTERRUMPIDAMENTE POR 3 AÑOS.
18. ACTO ILÍCITO PROVOCADO DELIBERADAMENTE POR EL BENEFICIARIO, POR EL IMPORTE QUE LE PUDIERA CORRESPONDER COMO BENEFICIO DEL SEGURO.
19. APLICACIÓN LEGÍTIMA DE LA PENA DE MUERTE.
20. HERIDAS AUTO INFLIGIDAS POR EL ASEGURADO, AUN LAS COMETIDAS EN ESTADO DE INSANÍA, PSICOPATÍA O ENAJENACIÓN MENTAL.

ARTÍCULO 26: INFORMACIONES QUE DEBEN SUMINISTRARSE A LA COMPAÑÍA - EDAD.

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.

CUANDO SE COMPROBARE QUE LA EDAD DEL ASEGURADO EN LA FECHA DE CONTRATACIÓN DEL CERTIFICADO SOBREPASARA LA MÁXIMA ESTABLECIDA PARA ESTE PLAN, SERÁ DE APLICACIÓN LO ESTIPULADO EN EL ARTÍCULO 2º (RETICENCIA O FALSA DECLARACIÓN) DE ESTAS CONDICIONES GENERALES, EN LO RELATIVO A LA NULIDAD DE LA COBERTURA.

ARTÍCULO 27: IMPUESTOS, CONTRIBUCIONES, TASAS Y SELLADOS.

TODOS LOS IMPUESTOS, TASAS, CONTRIBUCIONES 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.

ARTÍCULO 28: DOMICILIO.

LAS DENUNCIAS, DECLARACIONES Y DEMÁS ACTOS QUE LAS PARTES DEBEN EFECTUAR DE CONFORMIDAD CON LA PRESENTE PÓLIZA SE HARÁN EN FORMA EXPRESA Y FEHACIENTE EN EL ÚLTIMO DOMICILIO DECLARADO POR LAS PARTES.

ARTÍCULO 29: CESIONES.

CUALQUIER CESIÓN DE DERECHOS, GRAVAMEN, CAUCIÓN O GARANTÍA QUE TENGA POR BASE ESTE CONTRATO, DEBERÁ NOTIFICARSE FEHACIENTEMENTE POR ESCRITO AL ASEGURADOR, EL QUE LO HARÁ CONSTAR EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL O CONDICIONES PARTICULARES SEGÚN CORRESPONDA. SIN ESTOS REQUISITOS, LOS CONVENIOS REALIZADOS POR EL ASEGURADO CON TERCEROS, NO TENDRÁN NINGÚN VALOR PARA EL ASEGURADOR.

ARTÍCULO 30: DUPLICADO DE PÓLIZA Y DE LOS CERTIFICADOS INDIVIDUALES.

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 COPIAS DE LAS DECLARACIONES EFECTUADAS PARA LA CELEBRACIÓN DEL CONTRATO Y COPIA NO NEGOCIABLES DE LA PÓLIZA Y/O CERTIFICADOS.

ARTÍCULO 31: JURISDICCIÓN.

TODA CONTROVERSA JUDICIAL QUE SE PLANTEE EN RELACIÓN AL PRESENTE CONTRATO SE SUBSTANCIARÁ ANTE LOS JUECES COMPETENTES DE LA CIUDAD CABECERA DE LA CIRCUNSCRIPCIÓN JUDICIAL DEL DOMICILIO DEL ASEGURADO O DEL TOMADOR, SIEMPRE QUE SEA DENTRO DE LOS LÍMITES DEL PAÍS.

SIN PERJUICIO DE ELLO, EL ASEGURADO O EL TOMADOR, PODRÁN PRESENTAR SUS DEMANDAS CONTRA EL ASEGURADOR ANTE LOS TRIBUNALES COMPETENTES DEL DOMICILIO DE LA SEDE CENTRAL O SUCURSAL DONDE SE EMITIÓ LA PÓLIZA.

ARTÍCULO 32: FACULTADES DEL PRODUCTOR O AGENTE.

EL PRODUCTOR O AGENTE DEL SEGURO, CUALQUIERA SEA SU VINCULACIÓN CON LA COMPAÑÍA, AUTORIZADO POR ÉSTA PARA LA MEDIACIÓN, 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 COMPAÑÍA, REFERENTES A CONTRATOS O SUS PRÓRROGAS;
- ACEPTAR EL PAGO DE LA PRIMA SI SE HALLA EN POSESIÓN DE UN RECIBO DE LA COMPAÑÍA.

ARTÍCULO 33: AGRAVACIÓN DEL RIESGO.

EL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO ESTÁN OBLIGADOS A DENUNCIAR AL ASEGURADOR LA AGRAVACIÓN DEL RIESGO CAUSADAS POR UN HECHO DEL ASEGURADO, ANTES DE QUE PRODUZCAN; Y LAS DEBIDAS A UN HECHO AJENO, DENTRO DE LAS CUARENTA Y OCHO (48) HORAS DESPUÉS DE CONOCERLAS.

LOS CAMBIOS O DESEMPEÑO PARALELO DE PROFESIÓN, OCUPACIÓN O DE ACTIVIDAD DEL ASEGURADO AUTORIZAN LA RESCISIÓN –DENTRO DE LOS SIETE (7) DÍAS DE RECIBIDA LA COMUNICACIÓN FEHACIENTE DEL ASEGURADO Y/O CONTRATANTE–, CUANDO AGRAVAN EL RIESGO DE MODO TAL QUE, DE EXISTIR AL MOMENTO DE LA CELEBRACIÓN, EL ASEGURADOR NO HABRÍA FORMALIZADO EL CONTRATO.

SE CONSIDERARÁ AGRAVACIÓN DEL RIESGO, Y AUTORIZARÁ AL ASEGURADOR LA RESCISIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO, CUANDO EL ASEGURADO REALIZARA CUALESQUIERA DE LAS ACTIVIDADES Y/O PROFESIONES QUE SE INDIVIDUALIZAN EN EL ARTÍCULO 25 DE LAS CONDICIONES GENERALES.

CONDICIONES ESPECÍFICAS**COBERTURA ADICIONAL DE RENTA DIARIA POR INTERNACION****ART. 1 – RIESGO CUBIERTO**

ESTAS CONDICIONES ESPECÍFICAS SÓLO PUEDEN SER CONTRATADAS COMO UNA COBERTURA ADICIONAL A LA COBERTURA BÁSICA CONTRATADA DEL PRESENTE PLAN DE VIDA COLECTIVO. LAS MISMAS NO RIGEN SI NO FIGURA SU INCLUSIÓN EN LAS CONDICIONES PARTICULARES Y EN EL RESPECTIVO CERTIFICADO INDIVIDUAL.

EL ASEGURADOR, A CAMBIO DEL PAGO DE LAS EXTRAPRIMAS CORRESPONDIENTES, CONCEDERÁ EL BENEFICIO CUANDO EL ASEGURADO SEA INTERNADO EN UNO O MÁS ESTABLECIMIENTOS ASISTENCIALES DE LAS CARACTERÍSTICAS DESCRIPTAS EN EL ARTÍCULO 5º DE ESTAS CONDICIONES ESPECÍFICAS DESPUÉS DE TRANSCURRIDO EL PERÍODO DE CARENIA ESTABLECIDO PARA ESTA COBERTURA ADICIONAL EN LAS CONDICIONES PARTICULARES Y EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL A CONTAR DEL INICIO DE VIGENCIA DE ESTA COBERTURA ADICIONAL EN SU CERTIFICADO INDIVIDUAL.

NINGÚN BENEFICIO SE OTORGARÁ SI LA INTERNACIÓN CORRESPONDE A UNA ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA ANTES O DURANTE EL PERÍODO DE CARENIA ESTABLECIDO PARA ESTA COBERTURA ADICIONAL EN LAS CONDICIONES PARTICULARES Y EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL.

EL IMPORTE DE LA RENTA DIARIA QUE SE INDICA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES Y EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL PARA ESTA COBERTURA ADICIONAL, SE COMENZARÁ A ABONAR UNA VEZ SUPERADO EL PERÍODO DE ESPERA QUE SE INDICA EN LAS MISMAS CONDICIONES Y SE ABONARÁ POR TODO EL PERÍODO DE INTERNACIÓN HASTA EL PLAZO MÁXIMO ESTABLECIDO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES Y EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE LA PRESENTE PÓLIZA PARA ESTA COBERTURA ADICIONAL.

UNA VEZ SUPERADO EL PERÍODO DE ESPERA, ANTES MENCIONADO, SE ABONARÁ EL BENEFICIO QUE CORRESPONDA A LA CANTIDAD DE DÍAS CONTADOS DESDE EL PRIMER DÍA DE INTERNACIÓN Y HASTA EL ALTA O HASTA ALCANZAR EL MÁXIMO DE DÍAS ESTABLECIDO EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL PARA ESTA COBERTURA ADICIONAL.

LA INDEMNIZACIÓN MÁXIMA A LA QUE EL ASEGURADO TENDRÁ DERECHO POR CADA PERÍODO DE VIGENCIA ANUAL DE ESTA COBERTURA ADICIONAL EN SU CERTIFICADO INDIVIDUAL, PARA TODOS LOS EVENTOS OCURRIDOS EN ESE PERÍODO, SERÁ EL ESTABLECIDO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PRESENTE PÓLIZA Y EN EL RESPECTIVO CERTIFICADO INDIVIDUAL PARA ESTA COBERTURA ADICIONAL.

ART. 2 - PERIODO DE CARENIA

LA PRESENTE CLÁUSULA PROCEDERÁ SIEMPRE Y CUANDO NO SE SOLICITE EL CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD.

EL ASEGURADO CARECERÁ DE COBERTURA DURANTE EL PERÍODO DE TIEMPO QUE SE ESPECIFICA COMO PERÍODO DE CARENIA PARA ESTA COBERTURA ADICIONAL EN LAS CONDICIONES PARTICULARES Y EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL, CONTADO DESDE EL INICIO DE VIGENCIA DE ESTA COBERTURA ADICIONAL ESTABLECIDO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES Y EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL. EL PERÍODO DE CARENIA NO SE APLICARÁ CUANDO LA INTERNACIÓN SURJA DE UN ACCIDENTE.

EL PERÍODO DE CARENIA NO PODRÁ SUPERAR LOS 60 DÍAS.

SE ENTIENDE POR ACCIDENTE, A LOS EFECTOS DE ESTA COBERTURA ADICIONAL, ÚNICAMENTE TODA LESIÓN CORPORAL QUE PUEDA SER DETERMINADA POR LOS MÉDICOS DE UNA MANERA CIERTA, SUFRIDA POR UN ASEGURADO INDEPENDIENTEMENTE DE SU VOLUNTAD, POR LA ACCIÓN REPENTINA Y VIOLENTA DE O CON UN AGENTE EXTERNO.

ART. 3 – BENEFICIO

EL ASEGURADOR ABONARÁ LOS BENEFICIOS QUE CORRESPONDAN POR ESTA COBERTURA ADICIONAL, UNA VEZ COMPROBADA LA NECESIDAD DE INTERNACIÓN SEGÚN LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 8.

EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO, DURANTE LA INTERNACIÓN, LOS BENEFICIOS PENDIENTES DE PAGO QUE ACUERDA LA PRESENTE PÓLIZA SERÁN ABONADOS POR EL ASEGURADOR AL / A LOS BENEFICIARIO/S DESIGNADO/S EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL O, EN AUSENCIA DE ÉSTE O ESTOS, A LOS HEREDEROS LEGALES. ES REQUISITO INDISPENSABLE PARA LA SOLICITUD DEL BENEFICIO, QUE LA INTERNACIÓN HAYA SIDO PRESCRIPTA POR UN PROFESIONAL MÉDICO.

EL ASEGURADO PODRÁ SOLICITAR AL ASEGURADOR ANTICIPOS DURANTE SU INTERNACIÓN. PARA SOLICITAR UN ANTICIPO, EL ASEGURADO DEBERÁ HABER PERMANECIDO INTERNADO COMO MÍNIMO SIETE (7) DÍAS COMPLETOS Y CONSECUTIVOS EN UNO O MÁS ESTABLECIMIENTOS ASISTENCIALES DE LAS CARACTERÍSTICAS DESCRIPTAS EN EL ARTÍCULO 5º. ACORDADO EL PRIMER ANTICIPO, LOS SUCESIVOS ANTICIPOS PODRÁN SOLICITARSE CADA SIETE (7) DÍAS.

ART. 4 - CARÁCTER DEL BENEFICIO

LA INDEMNIZACIÓN POR LA COBERTURA “RENTA DIARIA POR INTERNACIÓN” ES ADICIONAL E INDEPENDIENTE DE LOS DEMÁS BENEFICIOS PREVISTOS EN LA PÓLIZA.

ART. 5 – ELECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL

LA ELECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL (SANATORIO, HOSPITAL, CLÍNICA, INSTITUTO POLICLÍNICO, ETC.) QUEDA LIBRADA A LA VOLUNTAD DEL ASEGURADO.

SE REQUIERE ÚNICAMENTE QUE DICHOS ESTABLECIMIENTOS SE HALLEN LEGALMENTE AUTORIZADOS, POSEAN SERVICIOS DE ENFERMEROS DURANTE LAS 24 HORAS DEL DÍA Y ESTÉN EQUIPADOS PARA CIRUGÍA MAYOR.

ART. 6 – RIESGOS NO CUBIERTOS

EL ASEGURADOR NO ABONARÁ EL BENEFICIO CUANDO LA INTERNACIÓN SE PRODUJERA POR ALGUNAS DE LAS SIGUIENTES CAUSAS:

- 1) PARTICIPACIÓN COMO CONDUCTOR O COMO INTEGRANTE DE EQUIPO EN COMPETENCIAS DE PERICIA O VELOCIDAD, CON VEHÍCULOS MECÁNICOS O DE TRACCIÓN DE SANGRE; JUSTAS HÍPICAS, SALTO DE VALLAS O CARRERAS CON OBSTÁCULOS.
- 2) PARTICIPACIÓN EN EMPRESA CRIMINAL.
- 3) DESEMPEÑO PARALELO DE LAS PROFESIONES DE ACRÓBATA, BUZO, JOCKEY, DOMADOR DE POTROS O FIERAS O DE TAREAS CON MANIPULEO DE ARMAS, DE EXPLOSIVOS O CON EXPOSICIÓN A RADIACIONES ATÓMICAS, SALVO PACTO EN CONTRARIO.
- 4) OPERACIONES O VIAJES SUBACUÁTICOS O AÉREOS DE CUALQUIER NATURALEZA, SALVO COMO PASAJERO EN SERVICIOS DE TRANSPORTE AÉREO REGULAR CON ITINERARIO FIJO O EN “VUELOS CHARTERS” CONTRATADOS ENTRE UNA EMPRESA TRANSPORTADORA Y UNA AGENCIA DE VIAJES, CON CARACTERÍSTICAS SIMILARES A LOS SERVICIOS DE TRANSPORTE AÉREO REGULAR.
- 5) PARTICIPACIÓN EN CUALQUIER ACTO DE GUERRA, DECLARADA O NO, QUE NO COMPRENDA A LA REPÚBLICA ARGENTINA, SIEMPRE QUE EL SINIESTRO FUERA CAUSADO POR UN HECHO DE GUERRA. EN CASO DE GUERRA QUE COMPRENDA A LA NACIÓN ARGENTINA LAS OBLIGACIONES TANTO DE PARTE DEL ASEGURADOR COMO DEL ASEGURADO SE REGIRÁN POR LAS NORMAS QUE PARA TAL EMERGENCIA DICTE LA AUTORIDAD COMPETENTE.
- 6) PRÁCTICA DE DEPORTES O ACTIVIDADES PELIGROSAS COMO ESCALAMIENTO DE MONTAÑAS, ESQUÍ ACUÁTICO O DE MONTAÑA, CAZA, MOTONÁUTICA, PRÁCTICA DE PARACAJISMO O ALADELTISMO U OTRAS ACTIVIDADES ANÁLOGAS.
- 7) TODO RIESGO DERIVADO DE REACCIONES NUCLEARES, FENÓMENOS SÍSMICOS, INHALACIÓN DE GASES O ENVENENAMIENTO DE CUALQUIER NATURALEZA, REACCIONES QUÍMICAS BIOLÓGICAS, BACTERIOLÓGICAS, EPIDEMIAS, PESTES U OTROS FENÓMENOS NATURALES DE CARACTERÍSTICAS CATASTRÓFICAS.

- 8) ACCIDENTE QUE EL ASEGURADO POR ACCIÓN U OMISIÓN PROVOQUE DOLOSAMENTE O CON CULPA GRAVE.
- 9) ABUSO DE ALCOHOL O NARCÓTICOS, CONSUMO DE DROGAS, ENERVANTES, ESTIMULANTES O SIMILARES EXCEPTO QUE FUERAN UTILIZADOS BAJO PRESCRIPCIÓN MÉDICA.
- 10) DUELO O RIÑA, SALVO QUE SE TRATE DE LEGÍTIMA DEFENSA.
- 11) ACTOS DE GUERRILLA, REBELIÓN, SEDICIÓN, MOTÍN, TERRORISMO, HUELGA O TUMULTO POPULAR, CUANDO EL ASEGURADO HUBIERA PARTICIPADO COMO ELEMENTO ACTIVO.
- 12) ACTOS NOTORIAMENTE PELIGROSOS QUE NO ESTÉN JUSTIFICADOS POR NINGUNA NECESIDAD PROFESIONAL, SALVO EN CASO DE TENTATIVA DE SALVAMENTO DE VIDAS O BIENES.
- 13) INTERVENCIONES MÉDICAS O QUIRÚRGICAS ILÍCITAS, TRATAMIENTOS NO AUTORIZADOS LEGALMENTE, O DE CARÁCTER EXPERIMENTAL, O REALIZADO EN INSTITUCIONES O POR PERSONAL LEGALMENTE NO HABILITADO TENIENDO CONOCIMIENTO DE TAL CIRCUNSTANCIA.
- 14) PARTICIPACIÓN EN VIAJES O EXCURSIONES A REGIONES O ZONAS INEXPLORADAS.
- 15) ACCIDENTES DERIVADOS DEL USO DE MOTONETAS, MOTOCICLETAS, MOTOS O VEHÍCULOS SIMILARES.
- 16) LESIONES CAUSADAS POR EL USO DE RAYOS "X" O SIMILARES O DE CUALQUIER ELEMENTO RADIOACTIVO.
- 17) TENTATIVA DE SUICIDIO.
- 18) EMBARAZO O MATERNIDAD: COMPRENDE TODA INTERNACIÓN QUE SE LLEVE A CABO DURANTE EL EMBARAZO, CONSECUENCIA O NO DE ÉSTE, EL PARTO Y HASTA DENTRO DE LOS 45 DÍAS DESPUÉS DEL PARTO.
- 19) TRASTORNOS MENTALES O EMOCIONALES.
- 20) HERIDAS AUTO INFLIGIDAS POR EL ASEGURADO, AUN LAS COMETIDAS EN ESTADO DE INSANÍA, PSICOPATÍA O ENAJENACIÓN MENTAL.
- 21) ENFERMEDADES PREEXISTENTES: SE ENTIENDEN POR ENFERMEDADES PREEXISTENTES AQUELLAS DIAGNOSTICADAS CON ANTERIORIDAD AL INICIO DE VIGENCIA DE ESTA COBERTURA ADICIONAL EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL.
- 22) INTERNACIÓN QUE TENGA POR OBJETO PRINCIPAL EL DIAGNÓSTICO, ANÁLISIS, RADIOGRAFÍAS, RADIOSCOPIA O FISIOTERAPIA, SALVO QUE A CONSECUENCIA DE DICHO DIAGNÓSTICO Y REVISIÓN, EL ASEGURADO TUVIERE QUE SOMETERSE A UNA INTERNACIÓN.
- 23) INTERNACIÓN QUE CORRESPONDA A:
 - A) CIRUGÍA PLÁSTICA PARA CONDICIONES PREEXISTENTES;
 - B) CIRUGÍA ESTÉTICA PARA FINES DE EMBELLECIMIENTO, EXCEPTO AQUELLA QUE SEA NECESARIA COMO CONSECUENCIA DE UNA INTERNACIÓN CUBIERTA POR LA PRESENTE PÓLIZA;
 - C) TRATAMIENTO POR ESTERILIDAD Y FERTILIZACIÓN;
 - D) LESIONES QUE EL ASEGURADO SE HUBIERA OCASIONADO VOLUNTARIAMENTE O ESTANDO INSANO;
 - E) ALTERACIONES MENTALES;
 - F) CURA DE REPOSO O ADELGAZAMIENTO PARA FINES DE EMBELLECIMIENTO O ESTÉTICO, EXCEPTO AQUELLA QUE SEA NECESARIA COMO CONSECUENCIA DE UN EVENTO CUBIERTO POR LA PRESENTE PÓLIZA;
 - G) ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSAS DECLARADAS EPIDÉMICAS POR LA AUTORIDAD SANITARIA COMPETENTE, DE ACUERDO CON LA LISTA DE ENFERMEDADES CONTEMPLADAS EN LA LEY N° 15.465.

ART. 7 – INICIO Y FINALIZACIÓN DE LA COBERTURA ADICIONAL

LA COBERTURA QUE CONCEDEN LAS PRESENTES CONDICIONES ESPECÍFICAS INICIA SU VIGENCIA EN LA FECHA SEÑALADA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES O LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL, DE AMBAS LA POSTERIOR Y CESARÁ EN LAS SIGUIENTES CIRCUNSTANCIAS:

1. EN LA FECHA EN QUE EL ASEGURADO SOLICITE POR ESCRITO LA RESCISIÓN DE ESTA COBERTURA ADICIONAL. LA RESCISIÓN SE PRODUCIRÁ EN LA FECHA EN QUE NOTIFIQUE FORMALMENTE ESTA DECISIÓN A LA COMPAÑÍA Y EL ASEGURADOR TENDRÁ DERECHO A LA PRIMA DEVENGADA POR EL TIEMPO TRANSCURRIDO HASTA LA FECHA DE RESCISIÓN. EN CASO DE EXISTIR PRIMA DE RIESGO NO CORRIDO, LA MISMA SERÁ REINTEGRADA AL ASEGURADO.
2. POR TERMINACIÓN DE LA COBERTURA BÁSICA, SEGÚN LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 5 DE LAS CONDICIONES GENERALES; POR APLICACIÓN DE UNA COBERTURA ADICIONAL QUE SEA SUSTITUTIVA EN FORMA TOTAL DE CAPITAL ASEGURADO POR LA COBERTURA BÁSICA;
3. A PARTIR DEL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO EN QUE EL ASEGURADO CUMPLA LA MÁXIMA EDAD DE PERMANENCIA PARA LA COBERTURA ADICIONAL DEFINIDA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES E INDICADA EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL.

MIENTRAS NO TENGA VIGENCIA ESTA COBERTURA, NO CORRESPONDERÁ EL PAGO DE LA EXTRAPRIMA CORRESPONDIENTE.

LA RESCISIÓN TENDRÁ EFECTO A PARTIR DE LA FECHA EN QUE EL ASEGURADO SOLICITE POR ESCRITO LA RESCISIÓN DE ESTA COBERTURA ADICIONAL, EL ASEGURADOR TENDRÁ DERECHO A LA PRIMA DEVENGADA POR EL TIEMPO TRANSCURRIDO Y EL REMANENTE SERÁ ENTREGADO AL ASEGURADO EN LA CUENTA QUE ÉL INDIQUE.

ART. 8 – COMPROBACIÓN DE LA NECESIDAD DE INTERNACIÓN.

EL ASEGURADO O SUS REPRESENTANTES LEGALES DEBERÁN DENUNCIAR AL ASEGURADOR POR ESCRITO, MEDIANTE EL FORMULARIO DE DENUNCIA DEL SINIESTRO, LA INTERNACIÓN EN UN ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL, DENTRO DE LOS TRES (3) DÍAS DE CONOCIDA, SALVO QUE SE ACREDITE CASO FORTUITO, FUERZA MAYOR O IMPOSIBILIDAD DE HECHO SIN CULPA O NEGLIGENCIA. JUNTO CON LA DENUNCIA, EL ASEGURADO O SUS REPRESENTANTES LEGALES DEBERÁN COMPLETAR LA PARTE DEL FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTRO QUE CORRESPONDE AL ASEGURADO Y DEBERÁN REQUERIR AL MÉDICO QUE COMPLETE LA PARTE QUE LE CORRESPONDA.

EL ASEGURADOR, DENTRO DE LOS QUINCE (15) DÍAS DE RECIBIDA LA DENUNCIA Y/O DOCUMENTACIÓN A QUE SE REFIERE ESTE ARTÍCULO, LA FECHA QUE SEA POSTERIOR, DEBERÁ HACER SABER AL ASEGURADO LA ACEPTACIÓN, O RECHAZO DEL OTORGAMIENTO DEL BENEFICIO O BIEN DEBERÁ REQUERIR LOS EXÁMENES O DOCUMENTACIÓN QUE CONSIDERE NECESARIA A LOS FINES DE DETERMINAR SI CORRESPONDE ACEPTAR O RECHAZAR EL SINIESTRO.

ASIMISMO, EL ASEGURADO O SUS REPRESENTANTES LEGALES DEBERÁN SUMINISTRAR LAS PRUEBAS QUE EL ASEGURADOR O SUS REPRESENTANTES CONSIDEREN PERTINENTES A EFECTOS DE ACREDITAR LA NECESIDAD DE INTERNACIÓN, FACILITAR CUALESQUIERA COMPROBACIÓN, INCLUSO HASTA DOS (2) EXÁMENES MÉDICOS POR FACULTATIVOS QUE EL ASEGURADOR DESIGNE Y PRESENTAR LA DOCUMENTACIÓN QUE EL ASEGURADOR LE REQUIERA A EFECTOS DE COMPROBAR LA NECESIDAD DE INTERNACIÓN. DURANTE ESTE PERÍODO DE COMPROBACIÓN DE LA NECESIDAD DE INTERNACIÓN, EL "PERÍODO DE COMPROBACIÓN", EL ASEGURADO O SUS REPRESENTANTES DEBERÁN PAGAR LAS PRIMAS QUE VENZAN. EL "PERÍODO DE COMPROBACIÓN" SE PODRÁ EXTENDER HASTA TREINTA (30) DÍAS CONTADOS DESDE LA FECHA DE PRESENTACIÓN DE LA DENUNCIA Y/O DE LA DOCUMENTACIÓN A LA QUE SE REFIERE EL PRIMER PÁRRAFO DE ESTE ARTÍCULO.

LOS GASTOS DE COMPROBACIÓN DE LA INCAPACIDAD ESTARÁN A CARGO DEL ASEGURADOR.

EL PERÍODO DE ESPERA SE COMPUTARÁ A LOS EFECTOS DEL PERÍODO DE COMPROBACIÓN. SIN PERJUICIO DE ELLO, EN CASO QUE EL PERÍODO DE ESPERA FUERA MAYOR AL PERÍODO DE COMPROBACIÓN, EL BENEFICIO SE PAGARÁ UNA VEZ FINALIZADO EL PERÍODO DE ESPERA, SIEMPRE QUE EL ASEGURADO CONTÍNUO INTERNADO, AÚN CUANDO LA NECESIDAD DE INTERNACIÓN HUBIERA QUEDADO COMPROBADA CON ANTERIORIDAD A LA FINALIZACIÓN DEL PERÍODO DE ESPERA.

CONFIRMADA LA NECESIDAD DE INTERNACIÓN, EL ASEGURADOR REEMBOLSARÁ LAS PRIMAS QUE SE HUBIEREN PAGADO DURANTE EL PERÍODO DE COMPROBACIÓN. EN CASO DE QUE EL PERÍODO DE ESPERA SEA MAYOR AL PERÍODO DE COMPROBACIÓN, Y SÓLO SI EL ASEGURADO CONTÍNUO INTERNADO UNA VEZ FINALIZADO EL PERÍODO DE ESPERA, SE LE OTORGARÁN LOS BENEFICIOS ACORDADOS Y SE LE DEVOLVERÁN LAS PRIMAS ABONADAS DURANTE EL PERÍODO DE COMPROBACIÓN Y PERÍODO DE ESPERA.

SI EL ASEGURADO FALLECE DURANTE EL PERÍODO DE COMPROBACIÓN, HABIENDO FINALIZADO EL PERÍODO DE ESPERA, SE ABONARÁN LOS BENEFICIOS A LOS BENEFICIARIOS DESIGNADOS (O A LOS HEREDEROS LEGALES SI NO HUBIERE BENEFICIARIOS DESIGNADOS) SI UNA VEZ FINALIZADO EL PERÍODO DE COMPROBACIÓN EL ASEGURADOR NO RECHAZA EL OTORGAMIENTO DE LOS BENEFICIOS.

LA NO CONTESTACIÓN POR PARTE DEL ASEGURADOR DENTRO DE LOS PLAZOS ESTABLECIDOS, SIGNIFICARÁ AUTOMÁTICAMENTE EL RECONOCIMIENTO DEL BENEFICIO RECLAMADO.

ART. 9 – VALUACION DE PERITOS

EN CASO DE SOBREVENIR ALGUNA DIFERENCIA EN CUANTO A LA APRECIACIÓN DE LA NECESIDAD DE LA INTERNACIÓN Y/O SU EXTENSIÓN, LA MISMA SERÁ SOMETIDA A LA DECISIÓN DE PERITOS MÉDICOS NOMBRADOS UNO POR CADA PARTE, QUIENES ANTES DE DESEMPEÑAR SU COMETIDO, DEBERÁN DESIGNAR A UN TERCERO PARA QUE DECIDA EN CASO DE DESACUERDO.

SI UNA DE LAS PARTES NO DESIGNARA SU PERITO ANTES DEL SÉPTIMO (7º) DÍA HÁBIL DE REQUERIDO FEHACIENTEMENTE POR LA OTRA PARTE, EL MISMO SERÁ NOMBRADO POR LA PARTE MÁS DILIGENTE.

LOS ÁRBITROS Y EL PERITO TERCERO DEBERÁN DESEMPEÑAR SU COMETIDO EN LA REPÚBLICA ARGENTINA Y TANTO UNOS COMO EL OTRO DEBERÁN EXPEDIRSE DENTRO DE LOS TREINTA (30) DÍAS DE SU DESIGNACIÓN Y DE SU INTERVENCIÓN RESPECTIVAMENTE.

CADA PARTE PAGARÁ LOS HONORARIOS DE SU PERITO Y LOS DEL TERCERO SERÁN A CARGO DE LA PARTE CUYAS PRETENSIONES SEAN RECHAZADAS, SALVO EN CASO DE EQUIDISTANCIA EN EL PAGO DE DICHOS HONORARIOS EN CUYO CASO CADA PARTE PAGARÁ LA MITAD DE DICHAS COSTAS.

CONDICIONES ESPECÍFICAS

COBERTURA ADICIONAL DE MUERTE ACCIDENTAL

ART. 1 - RIESGOS CUBIERTOS

ESTAS CONDICIONES ESPECÍFICAS SÓLO PUEDEN SER CONTRATADAS COMO UNA COBERTURA ADICIONAL A LA COBERTURA BÁSICA CONTRATADA DEL PRESENTE PLAN DE VIDA COLECTIVO. LAS MISMAS NO RIGEN SI NO FIGURA SU INCLUSIÓN EN LAS CONDICIONES PARTICULARES Y EN EL RESPECTIVO CERTIFICADO INDIVIDUAL.

EL ASEGURADOR, A CAMBIO DEL PAGO DE LAS EXTRAPRIMAS CORRESPONDIENTES, CONCEDERÁ EL BENEFICIO QUE ACUERDAN ESTAS CONDICIONES ESPECÍFICAS CUANDO EL ASEGURADO FALLEZCA COMO CONSECUENCIA DE LESIONES CORPORALES PRODUCIDAS DIRECTA Y EXCLUSIVAMENTE POR CAUSAS EXTERNAS, VIOLENTAS Y FORTUITAS, AJENAS A TODA OTRA CAUSA E INDEPENDIENTES DE LA VOLUNTAD DEL ASEGURADO Y, SIEMPRE QUE:

- (I) EL FALLECIMIENTO OCURRA DENTRO DE LOS CIENTO OCHENTA (180) DÍAS DEL SUCESO O ACCIDENTE,
- (II) SE HAYAN ADOPTADO TODAS LAS MEDIDAS POSIBLES CONDUCTENTES A DISMINUIR LAS CONSECUENCIAS DEL ACCIDENTE O SUCESO,
- (III) EL FALLECIMIENTO OCURRA DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA COBERTURA ADICIONAL ESTIPULADA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES Y EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL PARA ESTA COBERTURA ADICIONAL.

SE EXCLUYEN EXPRESAMENTE LOS CASOS QUE SEAN CONSECUENCIA DE ENFERMEDADES O INFECCIONES DE CUALQUIER NATURALEZA.

ART. 2 - BENEFICIO

EL ASEGURADOR, COMPROBADO EL FALLECIMIENTO ACCIDENTAL, ABONARÁ A LOS BENEFICIARIOS DESIGNADOS (O A LOS HEREDEROS LEGALES SI NO SE DESIGNO BENEFICIARIOS), LA SUMA ASEGURADA VIGENTE A LA FECHA DE OCURRENCIA DEL ACCIDENTE, PARA ESTA COBERTURA ADICIONAL INDICADA EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL.

SE ENTIENDE POR ACCIDENTE A LOS FINES DE ESTA COBERTURA ADICIONAL, ÚNICAMENTE A TODA LESIÓN CORPORAL QUE PUEDA SER DETERMINADA POR LOS MÉDICOS DE UNA MANERA CIERTA, SUFRIDA POR UN ASEGURADO INDEPENDIENTEMENTE DE SU VOLUNTAD, POR LA ACCIÓN REPENTINA Y VIOLENTA DE O CON UN AGENTE EXTERNO.

ART. 3 - CARÁCTER DEL BENEFICIO

LA INDEMNIZACIÓN POR LA COBERTURA “MUERTE ACCIDENTAL” ES ADICIONAL E INDEPENDIENTE DE LOS DEMÁS BENEFICIOS PREVISTOS EN LA PÓLIZA.

ART. 4 – RIESGOS NO CUBIERTOS

QUEDAN EXCLUIDOS DE ESTAS CONDICIONES ESPECÍFICAS, LOS FALLECIMIENTOS OCURRIDOS COMO CONSECUENCIA DE:

1. PARTICIPACIÓN COMO CONDUCTOR O COMO INTEGRANTE DE EQUIPO EN COMPETENCIAS DE PERICIA O VELOCIDAD, CON VEHÍCULOS MECÁNICOS O DE TRACCIÓN DE SANGRE; JUSTAS HÍPICAS, SALTO DE VALLAS O CARRERAS CON OBSTÁCULOS.
2. PARTICIPACIÓN EN EMPRESA CRIMINAL.
3. DESEMPEÑO PARALELO DE LAS PROFESIONES DE ACRÓBATA, BUZO, JOCKEY, DOMADOR DE POTROS O FIERAS O DE TAREAS CON MANIPULEO DE ARMAS, DE EXPLOSIVOS O CON EXPOSICIÓN A RADIACIONES ATÓMICAS, SALVO PACTO EN CONTRARIO.
4. OPERACIONES O VIAJES SUBACUÁTICOS O AÉREOS DE CUALQUIER NATURALEZA, SALVO COMO PASAJERO EN SERVICIOS DE TRANSPORTE AÉREO REGULAR CON ITINERARIO FIJO O EN “VUELOS CHARTERS” CONTRATADOS ENTRE UNA EMPRESA TRANSPORTADORA Y UNA AGENCIA DE VIAJES, CON CARACTERÍSTICAS SIMILARES A LOS SERVICIOS DE TRANSPORTE AÉREO REGULAR.
5. PARTICIPACIÓN EN CUALQUIER ACTO DE GUERRA, DECLARADA O NO, QUE NO COMPRENDA A LA REPÚBLICA ARGENTINA, SIEMPRE QUE EL SINIESTRO FUERA CAUSADO POR UN HECHO DE GUERRA. EN CASO DE GUERRA QUE COMPRENDA A LA NACIÓN ARGENTINA LAS OBLIGACIONES TANTO DE PARTE DEL ASEGURADOR COMO DEL ASEGURADO SE REGIRÁN POR LAS NORMAS QUE PARA TAL EMERGENCIA DICTE LA AUTORIDAD COMPETENTE.
6. PRÁCTICA DE DEPORTES O ACTIVIDADES PELIGROSAS COMO ESCALAMIENTO DE MONTAÑAS, ESQUÍ ACUÁTICO O DE MONTAÑA, CAZA, MOTONÁUTICA, PRÁCTICA DE PARACAIDISMO O ALADELTISMO U OTRAS ACTIVIDADES ANÁLOGAS.
7. TODO RIESGO DERIVADO DE REACCIONES NUCLEARES, FENÓMENOS SÍSMICOS, INHALACIÓN DE GASES O ENVENENAMIENTO DE CUALQUIER NATURALEZA, REACCIONES QUÍMICAS BIOLÓGICAS, BACTERIOLÓGICAS, EPIDEMIAS, PESTES U OTROS FENÓMENOS NATURALES DE CARACTERÍSTICAS CATASTRÓFICAS.
8. ACCIDENTE QUE EL ASEGURADO POR ACCIÓN U OMISIÓN PROVOQUE DOLOSAMENTE O CON CULPA GRAVE.
9. ABUSO DE ALCOHOL O NARCÓTICOS, CONSUMO DE DROGAS, ENERVANTES, ESTIMULANTES O SIMILARES EXCEPTO QUE FUERAN UTILIZADOS BAJO PRESCRIPCIÓN MÉDICA.
10. DUELO O RIÑA, SALVO QUE SE TRATE DE LEGÍTIMA DEFENSA.
11. ACTOS DE GUERRILLA, REBELIÓN, SEDICIÓN, MOTÍN, TERRORISMO, HUELGA O TUMULTO POPULAR, CUANDO EL ASEGURADO HUBIERA PARTICIPADO COMO ELEMENTO ACTIVO.
12. ACTOS NOTORIAMENTE PELIGROSOS QUE NO ESTÉN JUSTIFICADOS POR NINGUNA NECESIDAD PROFESIONAL, SALVO EN CASO DE TENTATIVA DE SALVAMENTO DE VIDAS O BIENES.
13. INTERVENCIONES MÉDICAS O QUIRÚRGICAS ILÍCITAS, TRATAMIENTOS NO AUTORIZADOS LEGALMENTE, O DE CARÁCTER EXPERIMENTAL, O REALIZADO EN INSTITUCIONES O POR PERSONAL LEGALMENTE NO HABILITADO TENIENDO CONOCIMIENTO DE TAL CIRCUNSTANCIA.
14. PARTICIPACIÓN EN VIAJES O EXCURSIONES A REGIONES O ZONAS INEXPLORADAS.
15. ACCIDENTES DERIVADOS DEL USO DE MOTONETAS, MOTOCICLETAS, MOTOS O VEHÍCULOS SIMILARES.
16. LESIONES CAUSADAS POR EL USO DE RAYOS “X” O SIMILARES O DE CUALQUIER ELEMENTO RADIOACTIVO.
17. ACTO ILÍCITO PROVOCADO DELIBERADAMENTE POR EL BENEFICIARIO, POR EL IMPORTE QUE LE PUEDIERA CORRESPONDER COMO BENEFICIO DEL SEGURO.
18. ENFERMEDADES O INFECCIONES DE CUALQUIER NATURALEZA Y ORIGEN, NO MOTIVADAS POR UN ACCIDENTE INDEMNIZABLE.
19. INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS NO MOTIVADAS POR EL ACCIDENTE.

ART. 5 – INICIO Y FINALIZACION DE LA COBERTURA ADICIONAL

LA COBERTURA QUE CONCEDE LAS PRESENTES CONDICIONES ESPECÍFICAS INICIA SU VIGENCIA EN LA FECHA SEÑALADA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES O LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL, DE AMBAS LA POSTERIOR Y CESARÁ EN LAS SIGUIENTES CIRCUNSTANCIAS:

1. EN LA FECHA EN QUE EL ASEGURADO SOLICITE POR ESCRITO LA RESCISIÓN DE ESTA COBERTURA ADICIONAL. LA RESCISIÓN SE PRODUCIRÁ EN LA FECHA EN QUE NOTIFIQUE FEHACIENTEMENTE ESTA DECISIÓN A LA COMPAÑÍA Y EL ASEGURADOR TENDRÁ DERECHO A LA PRIMA DEVENGADA POR EL TIEMPO TRANSCURRIDO HASTA LA FECHA DE RESCISIÓN. EN CASO DE EXISTIR PRIMA DE RIESGO NO CORRIDO, LA MISMA SERÁ REINTEGRADA AL ASEGURADO.
2. POR TERMINACIÓN DE LA COBERTURA BÁSICA, SEGÚN LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 5 DE LAS CONDICIONES GENERALES; POR APLICACIÓN DE UNA COBERTURA ADICIONAL QUE SEA SUSTITUTIVA EN FORMA TOTAL DE CAPITAL ASEGURADO POR LA COBERTURA BÁSICA;
3. A PARTIR DEL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO EN QUE EL ASEGURADO CUMPLA LA MÁXIMA EDAD DE PERMANENCIA PARA LA COBERTURA ADICIONAL DEFINIDA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES E INDICADA EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL.
4. POR OCURRENCIA DE UN SINIESTRO CUBIERTO BAJO ESTA COBERTURA ADICIONAL.

MIENTRAS NO TENGA VIGENCIA ESTA COBERTURA, NO CORRESPONDERÁ EL PAGO DE LA EXTRAPRIMA CORRESPONDIENTE.

LA RESCISIÓN TENDRÁ EFECTO A PARTIR DE LA FECHA EN QUE EL ASEGURADO SOLICITE POR ESCRITO LA RESCISIÓN DE ESTA COBERTURA ADICIONAL, EL ASEGURADOR TENDRÁ DERECHO A LA PRIMA DEVENGADA POR EL TIEMPO TRANSCURRIDO Y EL REMANENTE SERÁ ENTREGADO AL ASEGURADO EN LA CUENTA QUE ÉL INDIQUE.

ART. 6- COMPROBACIÓN DEL ACCIDENTE

CORRESPONDE A LOS BENEFICIARIOS DESIGNADOS:

- 1) DENUNCIAR EL FALLECIMIENTO 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, O PENA DE PERDER TODO DERECHO A INDEMNIZACIÓN.
- 2) SUMINISTRAR PRUEBAS SOBRE LA FECHA Y LA CAUSA DEL ACCIDENTE, COMO ACERCA DE LA MANERA Y DEL LUGAR EN QUE SE PRODUJO, SIN PERJUICIO DE LA FACULTAD QUE SE RESERVA EL ASEGURADOR DE OBTENERLAS POR SUS PROPIOS MEDIOS.
- 3) FACILITAR CUALQUIER COMPROBACIÓN O ACLARACIÓN, SIN PERJUICIO DE LA FACULTAD QUE SE RESERVA EL ASEGURADOR DE OBTENERLAS POR SUS PROPIOS MEDIOS.

RECIBIDA LA DOCUMENTACIÓN Y PRODUCIDAS LAS PRUEBAS QUE FUERAN REQUERIDAS POR EL ASEGURADOR, EL ASEGURADOR PONDRÁ EL IMPORTE DEL BENEFICIO A DISPOSICIÓN DEL/DE LOS BENEFICIARIO/S EN LOS PLAZOS ESTABLECIDOS POR EL ARTÍCULO 49º DE LA LEY DE SEGUROS Nº 17.418.

EL ASEGURADOR 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.

ART. 7 - VALUACIÓN POR PERITOS

EN CASO DE SOBREVENIR ALGUNA DIFERENCIA EN CUANTO A LA APRECIACIÓN DEL CARÁCTER ACCIDENTAL DEL FALLECIMIENTO, LA MISMA SERÁ SOMETIDA A LA DECISIÓN DE PERITOS MÉDICOS NOMBRADOS UNO POR CADA PARTE, QUIENES ANTES DE DESEMPEÑAR SU COMETIDO, DEBERÁN DESIGNAR A UN TERCERO PARA QUE DECIDA EN CASO DE DESACUERDO.

SI UNA DE LAS PARTES NO DESIGNARA SU PERITO ANTES DEL SÉPTIMO (7º) DÍA HÁBIL DE REQUERIDO FEHACIENTEMENTE POR LA OTRA PARTE, EL MISMO SERÁ NOMBRADO POR LA PARTE MÁS DILIGENTE.

LOS ÁRBITROS Y EL PERITO TERCERO DEBERÁN DESEMPEÑAR SU COMETIDO EN LA REPÚBLICA ARGENTINA Y TANTO UNOS COMO EL OTRO DEBERÁN EXPEDIRSE DENTRO DE LOS TREINTA (30) DÍAS DE SU DESIGNACIÓN Y DE SU INTERVENCIÓN RESPECTIVAMENTE.

CADA PARTE PAGARÁ LOS HONORARIOS DE SU PERITO Y LOS DEL TERCERO SERÁN A CARGO DE LA PARTE CUYAS PRETENSIONES SEAN RECHAZADAS, SALVO EN CASO DE EQUIDISTANCIA EN EL PAGO DE DICHOS HONORARIOS EN CUYO CASO CADA PARTE PAGARÁ LA MITAD DE DICHAS COSTAS.

COBERTURA ADICIONAL DE DIAGNOSTICO DE ENFERMEDADES CRÍTICAS - ANTICIPO**ART. 1 – RIESGO CUBIERTO**

ESTAS CONDICIONES ESPECÍFICAS SÓLO PUEDEN SER CONTRATADAS COMO UNA COBERTURA ADICIONAL A LA COBERTURA BÁSICA CONTRATADA DEL PRESENTE PLAN DE VIDA COLECTIVO. LAS MISMAS NO RIGEN SI NO FIGURA SU INCLUSIÓN EN LAS CONDICIONES PARTICULARES Y EN EL RESPECTIVO CERTIFICADO INDIVIDUAL.

EL ASEGURADOR, A CAMBIO DEL PAGO DE LAS EXTRAPRIMAS CORRESPONDIENTES, ABONARÁ AL ASEGURADO, EL BENEFICIO ESTABLECIDO PARA ESTA COBERTURA ADICIONAL EN LAS CONDICIONES PARTICULARES Y EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL, SI UNA DE LAS ENFERMEDADES CRÍTICAS DETALLADAS EN EL ARTÍCULO 5 DE LAS PRESENTES CONDICIONES ESPECÍFICAS ES DIAGNOSTICADA AL ASEGURADO POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE LA COBERTURA ADICIONAL Y UNA VEZ TRANSCURRIDO EL PERÍODO DE CARENCIA PARA ESTA COBERTURA ADICIONAL, AMBOS ESTABLECIDOS EN LAS CONDICIONES PARTICULARES Y EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL. EL PERÍODO DE CARENCIA, ANTES MENCIONADO, NO SE APLICARÁ CUANDO LA ENFERMEDAD CUBIERTA SURJA DE UN ACCIDENTE.

NO SE ABONARÁ INDEMNIZACIÓN ALGUNA, A MENOS QUE LA ENFERMEDAD CRÍTICA SEA CONFIRMADA POR UN MÉDICO CLÍNICO Y ACREDITADA MEDIANTE EL DIAGNÓSTICO POSITIVO DE UN MÉDICO PATÓLOGO (CUANDO EL ASEGURADOR LO CONSIDERE PERTINENTE), QUIENES DEBERÁN FUNDAMENTAR SUS OPINIONES EXCLUSIVAMENTE EN LA DEFINICIÓN DE CADA ENFERMEDAD EN PARTICULAR CONTEMPLADA EN LAS PRESENTES CONDICIONES ESPECÍFICAS, LUEGO DE CONSIDERAR EL EXAMEN HISTOLÓGICO Y LOS DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS BASADOS EN LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE, EXÁMENES FÍSICOS, RADIOGRAFÍAS Y/O CUALQUIER OTRO ANÁLISIS DE LABORATORIO. LOS GASTOS DE LOS MÉDICOS DESIGNADOS POR EL ASEGURADOR ESTARÁN A CARGO DEL MISMO.

NO SE PAGARÁ INDEMNIZACIÓN ALGUNA EN CASO QUE SE DIAGNOSTIQUE AL ASEGURADO UNA ENFERMEDAD CRÍTICA ANTES O DENTRO DEL PERÍODO DE CARENCIA ESTABLECIDO PARA ESTA COBERTURA ADICIONAL EN LAS CONDICIONES PARTICULARES Y EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL QUE RIGEN A PARTIR DE LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE LA COBERTURA ADICIONAL.

ART. 2 – PERÍODO DE CARENCIA

LA PRESENTE CLÁUSULA PROCEDERÁ SIEMPRE Y CUANDO NO SE SOLICITE EL CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD.

EL ASEGURADO CARECERÁ DE COBERTURA DURANTE EL PERÍODO DE TIEMPO QUE SE ESPECIFICA COMO PERÍODO DE CARENCIA PARA ESTA COBERTURA ADICIONAL EN LAS CONDICIONES PARTICULARES Y EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL, CONTADO DESDE EL INICIO DE VIGENCIA DE ESTA COBERTURA ADICIONAL ESTABLECIDO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES Y EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL. EL PERÍODO DE CARENCIA NO SE APLICARÁ CUANDO AL ASEGURADO SE LE DIAGNOSTIQUE UNA ENFERMEDAD CRÍTICA DURANTE EL PERÍODO DE CARENCIA A CAUSA DE UN ACCIDENTE OCURRIDO DURANTE ESE MISMO PERÍODO.

EL PERÍODO DE CARENCIA NO PODRÁ SUPERAR LOS 60 DÍAS.

SE ENTIENDE POR ACCIDENTE, A LOS FINES DE ESTA COBERTURA, ÚNICAMENTE TODA LESIÓN CORPORAL QUE PUEDA SER DETERMINADA POR LOS MÉDICOS DE UNA MANERA CIERTA, SUFRIDA POR UN ASEGURADO INDEPENDIENTEMENTE DE SU VOLUNTAD, POR LA ACCIÓN REPENTINA Y VIOLENTA DE O CON UN AGENTE EXTERNO.

ART. 3 - BENEFICIO

EL ASEGURADOR, COMPROBADO EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD CRÍTICA, ABONARÁ AL ASEGURADO, LA SUMA ASEGURADA PARA ESTA COBERTURA ADICIONAL VIGENTE A LA FECHA DE OCURRENCIA DE LA ENFERMEDAD CRÍTICA INDICADA EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL PARA ESTA COBERTURA ADICIONAL.

LA FECHA DE OCURRENCIA DE LA ENFERMEDAD RESULTARÁ LA FECHA EN QUE LA ENFERMEDAD CRÍTICA ES DIAGNOSTICADA AL ASEGURADO POR PRIMERA VEZ.

EL BENEFICIO SERÁ PAGADO EN UN PAGO ÚNICO Y POR ÚNICA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE LA COBERTURA ADICIONAL INDEPENDIENTEMENTE DEL NÚMERO DE ENFERMEDADES CRÍTICAS QUE SUFRA O PADEZCA EL ASEGURADO, POR LO QUE ADEMÁS NO SE RENOVARÁ LA VIGENCIA DE ESTA COBERTURA ADICIONAL EN CASO DE RENOVARSE EL RESTO DE LA COBERTURA.

ART. 4 – CARACTER DEL BENEFICIO

LA INDEMNIZACIÓN POR ESTA COBERTURA ADICIONAL ES SUSTITUTIVA DEL CAPITAL QUE DEBIERA LIQUIDARSE POR LA COBERTURA BÁSICA (Y DE LA COBERTURA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DE CORRESPONDER) EN EL PORCENTAJE QUE CORRESPONDA.

EL BENEFICIO ACORDADO POR ESTA COBERTURA ADICIONAL SE CONSIDERA UN ANTICIPO PARCIAL, EL CUAL NO PODRÁ SUPERAR AL 50% DEL CAPITAL ASEGURADO PARA LA COBERTURA BÁSICA (Y DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE DE CORRESPONDER) A LA FECHA DEL SINIESTRO. EN CASO DE ABONARSE ESTE BENEFICIO, LA SUMA ASEGURADA DE LA COBERTURA BÁSICA (Y DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE DE CORRESPONDER) SE REDUCIRÁ A PARTIR DE DICHO PAGO.

SI EL ASEGURADO FALLECE ANTES DE LA FINALIZACIÓN DEL PERÍODO DE COMPROBACIÓN, ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 9, LA COBERTURA QUEDA SIN EFECTO. A PARTIR DE ESE MOMENTO, COMENZARÁN A REGIR LAS CONDICIONES DE LA COBERTURA BÁSICA PARA ESTABLECER SI SE DEBE PAGAR EL BENEFICIO CORRESPONDIENTE AL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO.

SI EL ASEGURADO FALLECE UNA VEZ FINALIZADO EL PERÍODO DE COMPROBACIÓN SE ABONARÁ A LOS BENEFICIARIOS (DESIGNADOS PARA LA COBERTURA BÁSICA) EL BENEFICIO ACORDADO PARA ESTA COBERTURA ADICIONAL. POR EL REMANENTE, COMENZARÁN A REGIR LAS CONDICIONES DE LA COBERTURA BÁSICA PARA ESTABLECER SI SE DEBE PAGAR EL BENEFICIO CORRESPONDIENTE AL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO.

ART. 5 - DEFINICIONES

EL BENEFICIO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 3º DE LAS PRESENTES CONDICIONES ESPECÍFICAS REGIRÁ PARA LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES CRÍTICAS:

CÁNCER- PRESENCIA DE TUMOR MALIGNO CARACTERIZADO POR EL CRECIMIENTO Y DISPERSIÓN INCONTROLABLE DE CÉLULAS MALIGNAS Y LA INVASIÓN DEL TEJIDO, INCLUYENDO LEUCEMIA (EXCEPTO LEUCEMIA LINFÁTICA CRÓNICA), PERO SE EXCLUYEN CÁNCERES NO INVASIVOS IN SITU, TUMORES POR LA PRESENCIA DE CUALQUIER SÍNDROME DE INMUNO DEFICIENCIA HUMANA Y CUALQUIER CÁNCER DE PIEL CON EXCEPCIÓN DEL MELANOMA MALIGNO.

EL DIAGNÓSTICO POSITIVO DEBERÁ SER CONFIRMADO POR EXAMEN ANATOMO-PATOLÓGICO POSITIVO. SE DEBERÁ PRESENTAR AL ASEGURADOR LA DOCUMENTACIÓN RELATIVA AL EXAMEN ANATOMO-PATOLÓGICO.

INFARTO AL MIOCARDIO- NECROSIS DEL MIOCARDIO A CONSECUENCIA DE HIPOXIA AGUDA. EL DIAGNÓSTICO DEBERÁ INCLUIR LOS CUATRO ÍTEMS SIGUIENTES:

- A) HISTORIA DE DOLORES EN EL PECHO;
- B) ALTERACIONES DEL ELECTROCARDIOGRAMA QUE CONFIRMA LA LESIÓN MIOCARDIA;
- C) ENZIMAS CARDÍACAS ELEVADAS Y
- D) ESTUDIO RADIOISÓTOPO DEL MÚSCULO CARDÍACO.

APOPLEJÍA- ACCIDENTE CEREBROVASCULAR QUE CAUSE SECUELAS NEUROLÓGICAS DURANTE MÁS DE VEINTICUATRO (24) HORAS INCLUYENDO DESTRUCCIÓN DEL TEJIDO CEREBRAL POR TROMBOSIS, HEMORRAGIA O EMBOLIA DE FUENTE EXTRACRANEAL. DEBERÁ EXISTIR PRUEBA DE DISFUNCIÓN NEUROLÓGICA YA SEA REVERSIBLE O IRREVERSIBLE.

INSUFICIENCIA RENAL- ES LA FALLA RENAL EN SU ÚLTIMA ETAPA QUE SE PRESENTA COMO INSUFICIENCIA CRÓNICA IRREVERSIBLE EN EL FUNCIONAMIENTO DE AMBOS RIÑONES, A RAÍZ DE LA CUAL SE INSTITUYE DIÁLISIS RENAL REGULAR PERMANENTE O SE LLEVA A CABO UN TRANSPLANTE RENAL.

BY - PASS DE LAS ARTERIAS CORONARIAS- CIRUGÍAS REALIZADAS PARA CORREGIR ESTENOSIS U OCLUSIÓN DE DOS O MÁS ARTERIAS CORONARIAS MEDIANTE LA TÉCNICA DE BY - PASS EN PERSONAS QUE PRESENTAN SÍNTOMAS DE ANGIOPATÍA AGUDA. SE EXCLUYE TODA OTRA TÉCNICA QUE NO REQUIERA LA APERTURA QUIRÚRGICA DE TÓRAX, TALES COMO LA ANGIOPLASTIA O TRATAMIENTO LÁSER.

ESCLEROSIS MÚLTIPLE- EL DIAGNÓSTICO INEQUÍVOCO REALIZADO POR UN MÉDICO ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA CONFIRMANDO ANORMALIDADES NEUROLÓGICAS PERSISTENTES, COMO MÍNIMO MODERADAS, CON DAÑOS FUNCIONALES, SIN QUE EL ASEGURADO DEBA NECESARIAMENTE HALLARSE CONFINADO A UNA SILLA DE RUEDAS. LA ENFERMEDAD ES MARCADA POR LA DEGENERACIÓN DE TEJIDO NEURONAL DESMIELIZADO EN EL CEREBRO O EN LA MÉDULA ESPINAL MANIFESTADO POR LA PARÁLISIS PARCIAL O TOTAL, PARESTESIAS, Y/O NEURITIS ÓPTICA. SE CARACTERIZA ADEMÁS POR EPISODIOS DE EXACERBACIÓN Y REMISIÓN.

EL DIAGNÓSTICO SE FUNDAMENTA POR LA HISTORIA, ESTUDIOS POR IMÁGENES, POTENCIALES EVOCADOS Y LOS ANÁLISIS FÍSICOS DEL FLUIDO CEREBRO-ESPINAL; UN ATAQUE PREMATURO O UN EPISODIO AISLADO DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE NO CONSTITUIRÁ ESCLEROSIS MÚLTIPLE A LOS EFECTOS DE ESTA PÓLIZA. EN NINGÚN CASO EL ASEGURADOR PAGARÁ UN BENEFICIO SI EL PRIMER EPISODIO OCURRIÓ CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE ESTA COBERTURA ADICIONAL.

DISTROFIA MUSCULAR- ENFERMEDAD HEREDITARIA CARACTERIZADA POR LA PÉRDIDA PROGRESIVA DE LOS MÚSCULOS.

EL DIAGNÓSTICO DEBERÁ SER EFECTUADO POR UN MÉDICO ESPECIALISTA Y DEBERÁ ESTAR FUNDAMENTADO EN SÍNTOMAS CLÍNICOS Y LA HISTORIA GENÉTICA DEL PACIENTE (ESTUDIO CROMOSOMÁTICO O HISTORIA GENÉTICA FAMILIAR). EL INFORME DE CUALQUIER BIOPSIA MUSCULAR O ELECTROMIOGRAFÍA NO CONSTITUIRÁ POR SÍ EL DIAGNÓSTICO.

PARÁLISIS- PERDIDA TOTAL Y PERMANENTE DEL USO Y MOVIMIENTO DE DOS O MÁS MIEMBROS DEBIDO A LA PARÁLISIS, YA SEAN ÉSTOS MIEMBROS INFERIORES Y/O SUPERIORES.

UN MÉDICO ESPECIALIZADO DEBERÁ REALIZAR EL DIAGNÓSTICO Y DETERMINAR QUE LA PÉRDIDA DEL USO DE LOS MIEMBROS ES PERMANENTE. LA PARÁLISIS DEBERÁ SER CONTINUA Y PERMANENTE DURANTE AL MENOS SEIS (6) MESES CONSECUTIVOS DESDE EL INICIO DE LA ENFERMEDAD. SE REQUIERE EVIDENCIA DOCUMENTADA DE LA CAUSA DE LA PARÁLISIS.

SE ENTENDERÁ POR:

“MÉDICO” ES AQUEL FACULTATIVO DEBIDAMENTE MATRICULADO Y HABILITADO PARA LA PRÁCTICA DE LA MEDICINA CON EJERCICIO DENTRO DEL ALCANCE DE SU INCUMBENCIA PROFESIONAL. NO SE ACEPTARÁ LA INTERVENCIÓN NI EL DIAGNÓSTICO DE NINGÚN MÉDICO QUE, AÚN MATRICULADO Y HABILITADO PARA LA PRÁCTICA DE MEDICINA, (A) SEA EL ASEGURADO MISMO, (B) SEA EL O LA CÓNYUGE DEL ASEGURADO O (C) SEA FAMILIAR DEL ASEGURADO O DE SU CÓNYUGE CON PARENTESCO DE HASTA CUARTO GRADO DE CONSANGUINIDAD; O (D) RESIDA EN LA CASA DEL ASEGURADO; O (E) EFECTUARA EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD CRÍTICA MEDIANTE ACUPUNTURA, USO DE HIERBAS O EMPLEARA CUALQUIER OTRA TÉCNICA NO TRADICIONAL QUE NO ESTÉ ESPECÍFICAMENTE DESCRIPTA EN LA PRESENTE PÓLIZA.

“CONDICIÓN PREEXISTENTE” ES CUALQUIER CONDICIÓN POR LA CUAL SE HAYA RECIBIDO CUIDADO, ATENCIÓN, TRATAMIENTO O CONSEJO MÉDICO O QUE SE HAYA MANIFESTADO O CONTRAÍDO POR PRIMERA VEZ CON ANTERIORIDAD DE LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE LA COBERTURA INDIVIDUAL.

“SÍNDROME DE INMUNO DEFICIENCIA ADQUIRIDA” TENDRÁ EL SIGNIFICADO QUE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD LE ATRIBUYE. EL SÍNDROME DE INMUNO DEFICIENCIA ADQUIRIDA INCLUIRÁ EL H.I.V. (VIRUS DE INMUNO DEFICIENCIA HUMANA) DETECTADO (O SEA POSITIVIDAD EN LAS REACCIONES DE LABORATORIO HABITUALES), ENCEFALOPATÍA (DEMENCIA), SÍNDROME DE DEBILITAMIENTO DEL H.I.V Y “ARC” (ASOCIACIÓN DE SÍNTOMAS RELACIONADOS CON EL SIDA).

ART.6– FORMA Y PLAZO PARA LA SOLICITUD DE LA PRESENTE COBERTURA

ADEMÁS DE LOS REQUISITOS QUE DEBE CUMPLIR EL ASEGURADO PARA INGRESAR AL SEGURO Y QUE CONSTAN EN LAS CONDICIONES DE LA PÓLIZA, PARA INGRESAR A ESTA COBERTURA ADICIONAL EL ASEGURADOR PUEDE SOLICITAR UN EXAMEN MÉDICO, A CARGO DEL ASEGURADOR, EL CUAL DEBERÁ SER EFECTUADO DENTRO DE LOS QUINCE (15) DÍAS DE SU SOLICITUD.

UNA VEZ TRANSCURRIDOS LOS QUINCE (15) DÍAS CONTADOS DESDE EFECTUADA LA SOLICITUD DE INCORPORACIÓN AL SEGURO, SI EL ASEGURADOR NO SOLICITA UN EXÁMEN MÉDICO, EL ASEGURADO SE INCORPORA AUTOMÁTICAMENTE A ESTA COBERTURA ADICIONAL.

SI DENTRO DEL PLAZO DE QUINCE (15) DÍAS, CONTADOS DESDE QUE SE SOLICITA LA INCORPORACIÓN A LA COBERTURA, EL ASEGURADOR SOLICITA UN EXAMEN MÉDICO, EL ASEGURADOR CONTARÁ CON UN PLAZO DE DIEZ (10) DÍAS, CONTADOS DESDE EL MOMENTO EN EL QUE RECIBE LOS RESULTADOS DE LOS EXÁMENES QUE HUBIERA

REQUERIDO, PARA RECHAZAR LA SOLICITUD. TRANSCURRIDO ESE PLAZO SIN QUE MEDIARA RECHAZO POR PARTE DEL ASEGURADOR, EL ASEGURADO SE INCORPORA AUTOMÁTICAMENTE A ESTA COBERTURA ADICIONAL.

ART. 7 – RIESGOS NO CUBIERTOS

EL ASEGURADOR NO ABONARÁ LA INDEMNIZACIÓN CUANDO LA ENFERMEDAD CRÍTICA DEL ASEGURADO SEA CONSECUENCIA DE:

1. GUERRA DECLARADA O NO, QUE NO COMPRENDA A LA REPÚBLICA ARGENTINA; EN CASO DE COMPRENDERLA LAS OBLIGACIONES DEL ASEGURADO COMO LAS DEL ASEGURADOR, SE REGIRÁN POR LAS NORMAS QUE, EN TAL CASO, DICTAREN LAS AUTORIDADES COMPETENTES.
2. ADICCIONES AL ALCOHOL, DROGAS, ESTUPEFACIENTES Y/O ALCALOIDES.
3. USO INDEBIDO O ABUSO DE ALCOHOL, DROGAS, ESTUPEFACIENTES Y/O ALCALOIDES, SALVO QUE HUBIEREN SIDO INGERIDOS EN UN TODO DE ACUERDO CON LA PRESCRIPCIÓN DEL MÉDICO QUE LO ASISTA.
4. UN DAÑO O HERIDA INFLIGIDO POR EL ASEGURADO A SÍ MISMO EN FORMA DELIBERADA.
5. CONDICIONES PREEXISTENTES, ENTENDIÉNDOSE POR TALES LAS ORIGINADAS CON ANTERIORIDAD A LA ENTRADA EN VIGOR DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE ESTA COBERTURA ADICIONAL.
6. CUALQUIER ENFERMEDAD CRÍTICA, DAÑO O ENFERMEDAD QUE NO ESTÉ ESPECÍFICAMENTE DEFINIDA EN LA PRESENTE COBERTURA ADICIONAL.
7. CUALQUIER DIAGNÓSTICO EFECTUADO POR UN ESPECIALISTA EN HIERBAS O ACUPUNTURA O QUE EMPLEE CUALQUIER OTRA TÉCNICA NO TRADICIONAL QUE NO ESTÉ ESPECÍFICAMENTE DEFINIDA EN LA PRESENTE PÓLIZA, ES DECIR QUE SE REALICE POR UNA PERSONA QUE NO ESTÉ COMPRENDIDA EN LA DEFINICIÓN DE MÉDICO.
8. ANOMALÍAS CONGÉNITAS Y PATOLÓGICAS DERIVADAS O RESULTANTES DE LAS MISMAS.

ART. 8– INICIO Y FINALIZACION DE LA COBERTURA ADICIONAL

LA COBERTURA QUE CONCEDEN LAS PRESENTES CONDICIONES ESPECÍFICAS INICIA SU VIGENCIA EN LA FECHA SEÑALADA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES O LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL, DE AMBAS LA POSTERIOR Y CESARÁ EN LAS SIGUIENTES CIRCUNSTANCIAS:

1. EN LA FECHA EN QUE EL ASEGURADO SOLICITE POR ESCRITO LA RESCISIÓN DE ESTA COBERTURA ADICIONAL. LA RESCISIÓN SE PRODUCIRÁ EN LA FECHA EN QUE NOTIFIQUE FEHACIENTEMENTE ESTA DECISIÓN A LA COMPAÑÍA Y EL ASEGURADOR TENDRÁ DERECHO A LA PRIMA DEVENGADA POR EL TIEMPO TRANSCURRIDO HASTA LA FECHA DE RESCISIÓN. EN CASO DE EXISTIR PRIMA DE RIESGO NO CORRIDO, LA MISMA SERÁ REINTEGRADA AL ASEGURADO.
2. POR TERMINACIÓN DE LA COBERTURA BÁSICA, SEGÚN LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 5 DE LAS CONDICIONES GENERALES; POR APLICACIÓN DE UNA COBERTURA ADICIONAL QUE SEA SUSTITUTIVA EN FORMA TOTAL DE CAPITAL ASEGURADO POR LA COBERTURA BÁSICA;
3. A PARTIR DEL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO EN QUE EL ASEGURADO CUMPLA LA MÁXIMA EDAD DE PERMANENCIA PARA LA COBERTURA ADICIONAL DEFINIDA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES E INDICADA EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL.
4. POR OCURRENCIA DE UN SINIESTRO CUBIERTO BAJO ESTA COBERTURA ADICIONAL.

MIENTRAS NO TENGA VIGENCIA ESTA COBERTURA, NO CORRESPONDERÁ EL PAGO DE LA EXTRAPRIMA CORRESPONDIENTE.

LA RESCISIÓN TENDRÁ EFECTO A PARTIR DE LA FECHA EN QUE EL ASEGURADO SOLICITE POR ESCRITO LA RESCISIÓN DE ESTA COBERTURA ADICIONAL, EL ASEGURADOR TENDRÁ DERECHO A LA PRIMA DEVENGADA POR EL TIEMPO TRANSCURRIDO Y EL REMANENTE SERÁ ENTREGADO AL ASEGURADO EN LA CUENTA QUE ÉL INDIQUE.

ART. 9 – COMPROBACIÓN DE LA ENFERMEDAD CRÍTICA

EL ASEGURADO O SUS REPRESENTANTES LEGALES DEBERÁN DENUNCIAR AL ASEGURADOR POR ESCRITO, MEDIANTE EL FORMULARIO DE DENUNCIA DEL SINIESTRO, LA EXISTENCIA DE LA ENFERMEDAD, DENTRO DE LOS TRES (3) DÍAS DE CONOCIDO EL DIAGNÓSTICO DE LA MISMA, SALVO QUE SE ACREDITE CASO FORTUITO, FUERZA MAYOR O IMPOSIBILIDAD DE HECHO SIN CULPA O NEGLIGENCIA. JUNTO CON LA DENUNCIA, EL ASEGURADO O SUS REPRESENTANTES LEGALES DEBERÁN COMPLETAR LA PARTE DEL FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTRO QUE CORRESPONDE AL ASEGURADO, DEBERÁN REQUERIR AL MÉDICO QUE COMPLETE LA PARTE QUE LE CORRESPONDA.

EL ASEGURADOR, DENTRO DE LOS QUINCE (15) DÍAS DE RECIBIDA LA DENUNCIA Y/O DOCUMENTACIÓN A QUE SE REFIERE ESTE ARTÍCULO, LA FECHA QUE SEA POSTERIOR, DEBERÁ HACER SABER AL ASEGURADO LA ACEPTACIÓN, O RECHAZO DEL OTORGAMIENTO DEL BENEFICIO O BIEN DEBERÁ REQUERIR LOS EXÁMENES O DOCUMENTACIÓN QUE CONSIDERE NECESARIA A LOS FINES DE DETERMINAR SI CORRESPONDE ACEPTAR O RECHAZAR EL SINIESTRO.

ASIMISMO, EL ASEGURADO O SUS REPRESENTANTES LEGALES DEBERÁN SUMINISTRAR LAS PRUEBAS QUE EL ASEGURADOR O SUS REPRESENTANTES CONSIDEREN PERTINENTES A EFECTOS DE ACREDITAR LA EXISTENCIA DE LA ENFERMEDAD, FACILITAR CUALESQUIERA COMPROBACIÓN, INCLUSO HASTA DOS (2) EXÁMENES MÉDICOS POR FACULTATIVOS QUE EL ASEGURADOR DESIGNE A EFECTOS DE COMPROBAR LA EXISTENCIA DE LA ENFERMEDAD CRÍTICA. DURANTE ESTE PERÍODO DE COMPROBACIÓN DE LA EXISTENCIA DE LA ENFERMEDAD, EL “PERÍODO DE COMPROBACIÓN”, EL ASEGURADO O SUS REPRESENTANTES DEBERÁN PAGAR LAS PRIMAS QUE VENZAN. EL “PERÍODO DE COMPROBACIÓN” SE PODRÁ EXTENDER HASTA NOVENTA (90) DÍAS CONTADOS DESDE LA FECHA DE PRESENTACIÓN DE LA DENUNCIA Y/O DE LA DOCUMENTACIÓN A LA QUE SE REFIERE EL PRIMER PÁRRAFO DE ESTE ARTÍCULO.

LOS GASTOS DE COMPROBACIÓN DE LA EXISTENCIA DE LA ENFERMEDAD ESTARÁN A CARGO DEL ASEGURADOR.

CONFIRMADA LA EXISTENCIA DE LA ENFERMEDAD, EL BENEFICIO TENDRÁ EFECTO A PARTIR DE LA FECHA EN QUE HA COMENZADO A DEVENGARSE EL MISMO. DE ACUERDO CON ÉSTE, EL ASEGURADOR REEMBOLSARÁ LAS PRIMAS QUE SE HUBIEREN PAGADO DURANTE EL PERÍODO DE COMPROBACIÓN.

LA NO CONTESTACIÓN POR PARTE DEL ASEGURADOR DENTRO DE LOS PLAZOS ESTABLECIDOS, SIGNIFICARÁ AUTOMÁTICAMENTE EL RECONOCIMIENTO DEL BENEFICIO RECLAMADO.

ART. 10 – VALUACION DE PERITOS

EN CASO DE SOBREVENIR ALGUNA DIFERENCIA EN CUANTO A LA APRECIACIÓN DEL DIAGNÓSTICO, LA MISMA SERÁ SOMETIDA A LA DECISIÓN DE PERITOS MÉDICOS NOMBRADOS UNO POR CADA PARTE, QUIENES ANTES DE DESEMPEÑAR SU COMETIDO, DEBERÁN DESIGNAR A UN TERCERO PARA QUE DECIDA EN CASO DE DESACUERDO.

SI UNA DE LAS PARTES NO DESIGNARA SU PERITO ANTES DEL SÉPTIMO (7º) DÍA HÁBIL DE REQUERIDO FEHACIENTEMENTE POR LA OTRA PARTE, EL MISMO SERÁ NOMBRADO POR LA PARTE MÁS DILIGENTE.

LOS ÁRBITROS Y EL PERITO TERCERO DEBERÁN DESEMPEÑAR SU COMETIDO EN LA REPÚBLICA ARGENTINA Y TANTO UNOS COMO EL OTRO DEBERÁN EXPEDIRSE DENTRO DE LOS TREINTA (30) DÍAS DE SU DESIGNACIÓN Y DE SU INTERVENCIÓN RESPECTIVAMENTE.

CADA PARTE PAGARÁ LOS HONORARIOS DE SU PERITO Y LOS DEL TERCERO SERÁN A CARGO DE LA PARTE CUYAS PRETENSIONES SEAN RECHAZADAS, SALVO EN CASO DE EQUIDISTANCIA EN EL PAGO DE DICHOS HONORARIOS EN CUYO CASO CADA PARTE PAGARÁ LA MITAD DE DICHAS COSTAS.

ANEXO DE EXCLUSIONES

EXCLUSIONES GENERALES

ESTAS EXCLUSIONES SON APLICABLES A LA COBERTURA BÁSICA Y A TODAS LAS COBERTURAS ADICIONALES (EXCEPTO A LA COBERTURA ADICIONAL POR DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES CRÍTICAS)

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 EL SINIESTRO SE PRODUCE COMO CONSECUENCIA DE UNA DE LAS CAUSAS ENUNCIADAS, LA COMPAÑÍA QUEDA LIBERADA DE ABONAR LA INDEMNIZACIÓN.

1. PARTICIPACIÓN COMO CONDUCTOR O COMO INTEGRANTE DE EQUIPO EN COMPETENCIAS DE PERICIA O VELOCIDAD, CON VEHÍCULOS MECÁNICOS O DE TRACCIÓN DE SANGRE; JUSTAS HÍPICAS, SALTO DE VALLAS O CARRERAS CON OBSTÁCULOS.
2. PARTICIPACIÓN EN EMPRESA CRIMINAL.
3. DESEMPEÑO PARALELO DE LAS PROFESIONES DE ACRÓBATA, BUZO, JOCKEY, DOMADOR DE POTROS O FIERAS O DE TAREAS CON MANIPULEO DE ARMAS, DE EXPLOSIVOS O CON EXPOSICIÓN A RADIACIONES ATÓMICAS, SALVO PACTO EN CONTRARIO.
4. OPERACIONES O VIAJES SUBACUÁTICOS O AÉREOS DE CUALQUIER NATURALEZA, SALVO COMO PASAJERO EN SERVICIOS DE TRANSPORTE AÉREO REGULAR CON ITINERARIO FIJO O EN "VUELOS CHARTERS" CONTRATADOS ENTRE UNA EMPRESA TRANSPORTADORA Y UNA AGENCIA DE VIAJES, CON CARACTERÍSTICAS SIMILARES A LOS SERVICIOS DE TRANSPORTE AÉREO REGULAR.
5. PARTICIPACIÓN EN CUALQUIER ACTO DE GUERRA, DECLARADA O NO, QUE NO COMPRENDA A LA REPÚBLICA ARGENTINA, SIEMPRE QUE EL SINIESTRO FUERA CAUSADO POR UN HECHO DE GUERRA. EN CASO DE GUERRA QUE COMPRENDA A LA NACIÓN ARGENTINA LAS OBLIGACIONES TANTO DE PARTE DEL ASEGURADOR COMO DEL ASEGURADO SE REGIRÁN POR LAS NORMAS QUE PARA TAL EMERGENCIA DICTE LA AUTORIDAD COMPETENTE.
6. PRÁCTICA DE DEPORTES O ACTIVIDADES PELIGROSAS COMO ESCALAMIENTO DE MONTAÑAS, ESQUÍ ACUÁTICO O DE MONTAÑA, CAZA, MOTONÁUTICA, PRÁCTICA DE PARACAJISMO O ALADELTISMO U OTRAS ACTIVIDADES ANÁLOGAS.
7. TODO RIESGO DERIVADO DE REACCIONES NUCLEARES, FENÓMENOS SÍSMICOS, INHALACIÓN DE GASES O ENVENENAMIENTO DE CUALQUIER NATURALEZA, REACCIONES QUÍMICAS BIOLÓGICAS, BACTERIOLÓGICAS, EPIDEMIAS, PESTES U OTROS FENÓMENOS NATURALES DE CARACTERÍSTICAS CATASTRÓFICAS.
8. ACCIDENTE QUE EL ASEGURADO POR ACCIÓN U OMISIÓN PROVOQUE DOLOSAMENTE O CON CULPA GRAVE.
9. ABUSO DE ALCOHOL O NARCÓTICOS, CONSUMO DE DROGAS, ENERVANTES, ESTIMULANTES O SIMILARES EXCEPTO QUE FUERAN UTILIZADOS BAJO PRESCRIPCIÓN MÉDICA.
10. DUELO O RIÑA, SALVO QUE SE TRATE DE LEGÍTIMA DEFENSA.
11. ACTOS DE GUERRILLA, REBELIÓN, SEDICIÓN, MOTÍN, TERRORISMO, HUELGA O TUMULTO POPULAR, CUANDO EL ASEGURADO HUBIERA PARTICIPADO COMO ELEMENTO ACTIVO.
12. ACTOS NOTORIAMENTE PELIGROSOS QUE NO ESTÉN JUSTIFICADOS POR NINGUNA NECESIDAD PROFESIONAL, SALVO EN CASO DE TENTATIVA DE SALVAMENTO DE VIDAS O BIENES.
13. INTERVENCIONES MÉDICAS O QUIRÚRGICAS ILÍCITAS, TRATAMIENTOS NO AUTORIZADOS LEGALMENTE, O DE CARÁCTER EXPERIMENTAL, O REALIZADO EN INSTITUCIONES O POR PERSONAL LEGALMENTE NO HABILITADO TENIENDO CONOCIMIENTO DE TAL CIRCUNSTANCIA.
14. PARTICIPACIÓN EN VIAJES O EXCURSIONES A REGIONES O ZONAS INEXPLORADAS.
15. ACCIDENTES DERIVADOS DEL USO DE MOTONETAS, MOTOCICLETAS, MOTOS O VEHÍCULOS SIMILARES.
16. LESIONES CAUSADAS POR EL USO DE RAYOS "X" O SIMILARES O DE CUALQUIER ELEMENTO RADIOACTIVO.
17. SUICIDIO VOLUNTARIO, SALVO QUE EL CERTIFICADO HAYA ESTADO EN VIGENCIA ININTERRUMPIDAMENTE POR 3 AÑOS.
18. ACTO ILÍCITO PROVOCADO DELIBERADAMENTE POR EL BENEFICIARIO, POR EL IMPORTE QUE LE PUDIERA CORRESPONDER COMO BENEFICIO DEL SEGURO.
19. APLICACIÓN LEGÍTIMA DE LA PENA DE MUERTE.
20. HERIDAS AUTO INFLIGIDAS POR EL ASEGURADO, AUN LAS COMETIDAS EN ESTADO DE INSANÍA, PSICOPATÍA O ENAJENACIÓN MENTAL.

EXCLUSIONES QUE APLICAN A LA COBERTURA ADICIONAL POR RENTA DIARIA POR INTERNACIÓN

EL ASEGURADOR NO ABONARÁ EL BENEFICIO, ADEMÁS DE LO INDICADO EN LAS EXCLUSIONES GENERALES, CUANDO LA INTERNACIÓN SE PRODUJERA POR ALGUNAS DE LAS SIGUIENTES CAUSAS:

1. TENTATIVA DE SUICIDIO.
2. EMBARAZO O MATERNIDAD: COMPRENDE TODA INTERNACIÓN QUE SE LLEVE A CABO DURANTE EL EMBARAZO, CONSECUENCIA O NO DE ÉSTE, EL PARTO Y HASTA DENTRO DE LOS 45 DÍAS DESPUÉS DEL PARTO.
3. TRASTORNOS MENTALES O EMOCIONALES.
4. HERIDAS AUTO INFLIGIDAS POR EL ASEGURADO, AUN LAS COMETIDAS EN ESTADO DE INSANÍA, PSICOPATÍA O ENAJENACIÓN MENTAL.
5. ENFERMEDADES PREEXISTENTES: SE ENTIENDEN POR ENFERMEDADES PREEXISTENTES AQUELLAS DIAGNOSTICADAS CON ANTERIORIDAD AL INICIO DE VIGENCIA DE ESTA COBERTURA ADICIONAL EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL.
6. INTERNACIÓN QUE TENGA POR OBJETO PRINCIPAL EL DIAGNÓSTICO, ANÁLISIS, RADIOGRAFÍAS, RADIOSCOPIA O FISIOTERAPIA, SALVO QUE A CONSECUENCIA DE DICHO DIAGNÓSTICO Y REVISIÓN, EL ASEGURADO TUVIERE QUE SOMETERSE A UNA INTERNACIÓN.
7. INTERNACIÓN QUE CORRESPONDA A:
 - A) CIRUGÍA PLÁSTICA PARA CONDICIONES PREEXISTENTES;
 - B) CIRUGÍA ESTÉTICA PARA FINES DE EMBELLECIMIENTO, EXCEPTO AQUELLA QUE SEA NECESARIA COMO CONSECUENCIA DE UNA INTERNACIÓN CUBIERTA POR LA PRESENTE PÓLIZA;
 - C) TRATAMIENTO POR ESTERILIDAD Y FERTILIZACIÓN;
 - D) LESIONES QUE EL ASEGURADO SE HUBIERA OCASIONADO VOLUNTARIAMENTE O ESTANDO INSANO;
 - E) ALTERACIONES MENTALES;
 - F) CURA DE REPOSO O ADELGAZAMIENTO PARA FINES DE EMBELLECIMIENTO O ESTÉTICO, EXCEPTO AQUELLA QUE SEA NECESARIA COMO CONSECUENCIA DE UN EVENTO CUBIERTO POR LA PRESENTE PÓLIZA;
 - G) ENFERMEDADES INFECCIOSAS DECLARADAS EPIDÉMICAS POR LA AUTORIDAD SANITARIA COMPETENTE, DE ACUERDO CON LA LISTA DE ENFERMEDADES CONTEMPLADAS EN LA LEY Nº 15.465.

EXCLUSIONES QUE APLICAN A LA COBERTURA ADICIONAL DE MUERTE ACCIDENTAL

QUEDAN EXCLUIDOS DE LA COBERTURA DE ESTAS CONDICIONES ESPECÍFICAS, ADEMÁS DE LO INDICADO EN LAS EXCLUSIONES GENERALES, LOS FALLECIMIENTOS OCURRIDOS COMO CONSECUENCIA DE:

1. ACTO ILÍCITO PROVOCADO DELIBERADAMENTE POR EL BENEFICIARIO, POR EL IMPORTE QUE LE PUDIERA CORRESPONDER COMO BENEFICIO DEL SEGURO.
2. ENFERMEDADES O INFECCIONES DE CUALQUIER NATURALEZA Y ORIGEN, NO MOTIVADAS POR UN ACCIDENTE INDEMNIZABLE.
3. INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS NO MOTIVADAS POR EL ACCIDENTE.

EXCLUSIONES QUE APLICAN A LA COBERTURA ADICIONAL DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES CRÍTICAS

EL ASEGURADOR NO ABONARÁ LA INDEMNIZACIÓN CUANDO LA ENFERMEDAD CRÍTICA DEL ASEGURADO SEA CONSECUENCIA DE:

1. GUERRA DECLARADA O NO, QUE NO COMPRENDA A LA REPÚBLICA ARGENTINA; EN CASO DE COMPRENDERLA LAS OBLIGACIONES DEL ASEGURADO COMO LAS DEL ASEGURADOR, SE REGISTRAN POR LAS NORMAS QUE, EN TAL CASO, DICTAREN LAS AUTORIDADES COMPETENTES.
2. ADICCIONES AL ALCOHOL, DROGAS, ESTUPEFACIENTES Y/O ALCALOIDES.
3. USO INDEBIDO O ABUSO DE ALCOHOL, DROGAS, ESTUPEFACIENTES Y/O ALCALOIDES, SALVO QUE HUBIEREN SIDO INGERIDOS EN UN TODO DE ACUERDO CON LA PRESCRIPCIÓN DEL MÉDICO QUE LO ASISTA.
4. UN DAÑO O HERIDA INFLIGIDO POR EL ASEGURADO A SÍ MISMO EN FORMA DELIBERADA.
5. CONDICIONES PREEXISTENTES, ENTENDIÉNDOSE POR TALES LAS ORIGINADAS CON ANTERIORIDAD A LA ENTRADA EN VIGOR DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE ESTA COBERTURA ADICIONAL.
6. CUALQUIER ENFERMEDAD CRÍTICA, DAÑO O ENFERMEDAD QUE NO ESTÉ ESPECÍFICAMENTE DEFINIDA EN LA PRESENTE COBERTURA ADICIONAL.
7. CUALQUIER DIAGNÓSTICO EFECTUADO POR UN ESPECIALISTA EN HIERBAS O ACUPUNTURA O QUE EMPLEE CUALQUIER OTRA TÉCNICA NO TRADICIONAL QUE NO ESTÉ ESPECÍFICAMENTE DEFINIDA EN LA PRESENTE PÓLIZA, ES DECIR QUE SE REALICE POR UNA PERSONA QUE NO ESTÉ COMPRENDIDA EN LA DEFINICIÓN DE MÉDICO.
ANOMALÍAS CONGÉNITAS Y PATOLÓGICAS DERIVADAS O RESULTANTES DE LAS MISMAS.

ANEXO 103**CLÁUSULA DE CARENCIA POR ENFERMEDADES PREEXISTENTES
(POR AUMENTO DE SUMA ASEGURADA)**

LA PRESENTE CLÁUSULA PROCEDERÁ SIEMPRE Y CUANDO NO SE SOLICITE EL CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD.

EL ASEGURADO CARECERÁ DE COBERTURA DURANTE LOS 180 DÍAS POSTERIORES AL INICIO DE VIGENCIA DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL POR LA INCORPORACIÓN DE CADA PERSONA A LA PÓLIZA COLECTIVA RESPECTO DE ENFERMEDADES PREEXISTENTES. DURANTE EL PLAZO CITADO SÓLO SE CUBRIRÁN LOS ACONTECIMIENTOS ACAECIDOS COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE.

ASIMISMO, Y EN EL CASO DE QUE UN ASEGURADO SOLICITARA EL AUMENTO DE SUMA ASEGURADA DURANTE LA VIGENCIA DE SU CERTIFICADO SIN QUE SE SOLICITE EL CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD, EN AQUELLOS CASOS EN QUE LA ASEGURADORA ACEPTÉ EL REFERIDO AUMENTO DE SUMA ASEGURADA, SE APLICARÁ LA CARENCIA MENCIONADA EN EL PÁRRAFO ANTERIOR, AUNQUE SOLAMENTE POR EL MONTO QUE REPRESENTA EL AUMENTO DE SUMA ASEGURADA SOLICITADA POR EL ASEGURADO. DE ACEPTARSE EL AUMENTO DE LA SUMA ASEGURADA DENTRO DEL PLAZO DE LA VIGENCIA DE LA CARENCIA COMENTADA EN EL PÁRRAFO INICIAL, SE MANTENDRÁN LOS EFECTOS DE LA MISMA SOBRE LA SUMA ASEGURADA VIGENTE PREVIO AL AUMENTO DE LA SUMA ASEGURADA.

EL ASEGURADOR NO PAGARÁ LA INDEMNIZACIÓN CUANDO EL FALLECIMIENTO DE UN ASEGURADO SE PRODUJERE COMO CONSECUENCIA DE UNA ENFERMEDAD PREEXISTENTE QUE, LUEGO DE VIGENTE EL CERTIFICADO INDIVIDUAL O ENDOSO DE AUMENTO DE SUMA ASEGURADA, Y DURANTE EL PLAZO DE CARENCIA DE 180 DÍAS, LE PROVOCARA DIRECTA O INDIRECTAMENTE LA MUERTE.

COMO ENFERMEDAD PREEXISTENTE SE ENTIENDE A TODA ENFERMEDAD QUE PADECIERA EL ASEGURADO, DIAGNOSTICADA CON ANTERIORIDAD AL INICIO DE VIGENCIA DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL O ENDOSO DE AUMENTO DE SUMA ASEGURADA, Y QUE FUERA LA CAUSA DIRECTA DEL FALLECIMIENTO O BIEN, CUANDO RESULTÉ DESENCADENANTE DEL PROCESO DE FALLECIMIENTO, FUERA BASE DEL MISMO O TUVIERA CONEXIÓN PRINCIPAL CON ÉL.

SE ENTIENDE POR ACCIDENTE, A LOS EFECTOS DE ESTA COBERTURA ADICIONAL, ÚNICAMENTE TODA LESIÓN CORPORAL QUE PUEDA SER DETERMINADA POR LOS MÉDICOS DE UNA MANERA CIERTA, SUFRIDA POR UN ASEGURADO INDEPENDIENTEMENTE DE SU VOLUNTAD, POR LA ACCIÓN REPENTINA Y VIOLENTA DE O CON UN AGENTE EXTERNO.

LA PRESENTE CLÁUSULA PROCEDERÁ SIEMPRE Y CUANDO FIGURE SU INCLUSIÓN EN LAS CONDICIONES PARTICULARES Y CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN Y SOLO PODRÁ INCLUIRSE SI NO SE INCLUYE CLÁUSULA DE CARENCIA.