



Mista
_seguros

— de  SanCorSalud

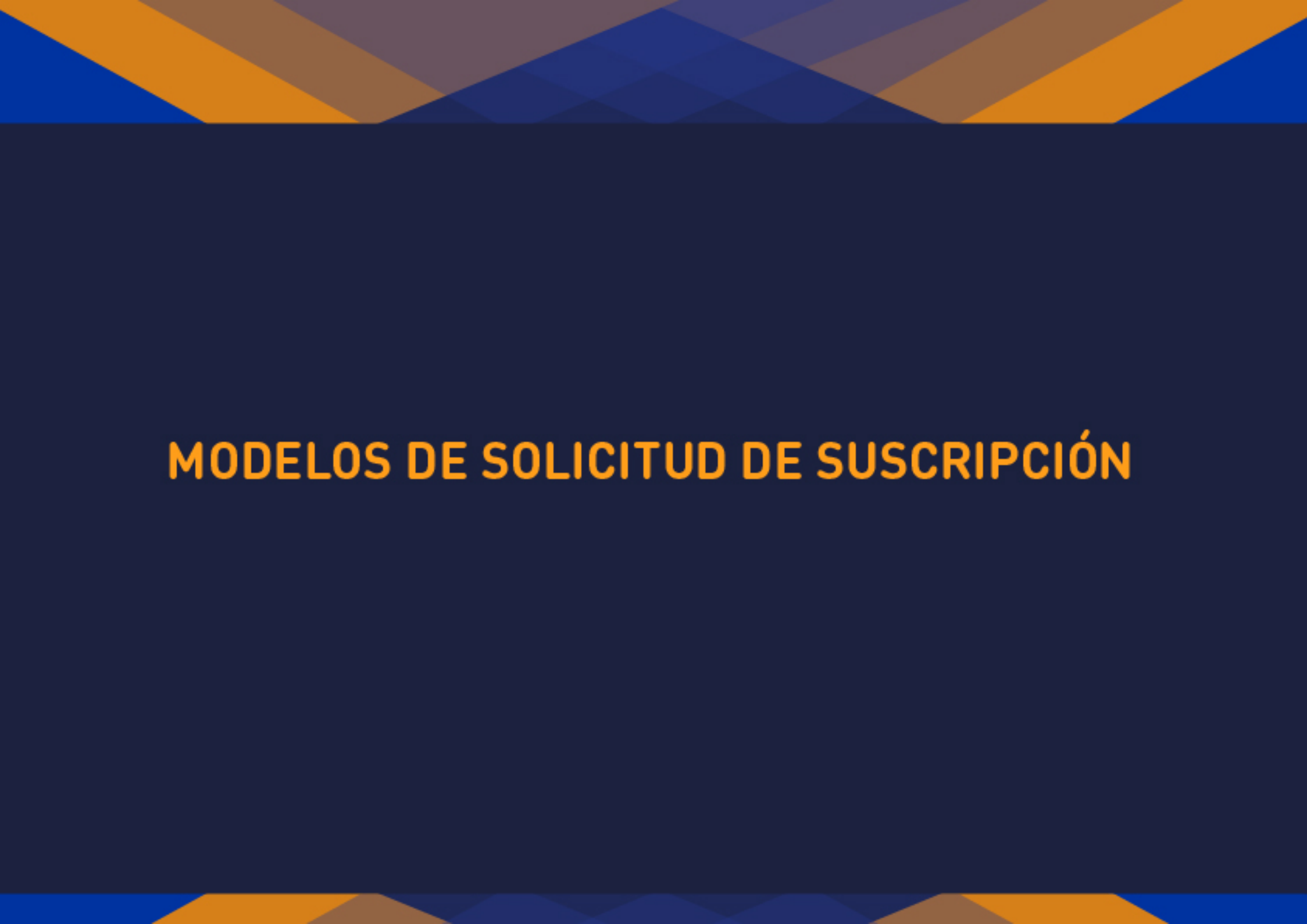
LA MEJOR COMPAÑÍA PARA PROTEGER TU FUTURO

Modelos de Solicitud de Suscripción

- Solicitud de Seguro de Accidentes Personales
- Solicitud de Seguro de Vida Colectivo

Condiciones generales

- Seguro de Accidentes Personales Individual
- Seguro de Accidentes Personales Colectivo
- Seguro de Vida Colectivo Amplio
- Seguro de Vida – Ley Contrato de Trabajo
- Seguro de Vida Saldo Deudor



MODELOS DE SOLICITUD DE SUSCRIPCIÓN

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

Solicitud de Seguro

Seleccionar la opción solicitada

- ☐ AP 24 hs.
 ☐ AP Ocupacional
 ☐ AP Ocupacional + in itinere
 ☐ AP Deportistas no profesionales
☐ Seguro Individual
 ☐ Seguro Colectivo
☐ Póliza Anual
 ☐ Póliza Periodo Corto
 ☐ Póliza Anual con refacturación mensual

NÚMERO DE COTIZACIÓN

APELLIDO Y NOMBRE DEL VENDEDOR

CÓDIGO DEL VENDEDOR

VIGENCIA PÓLIZA: desde: hasta:

La firma que suscribe solicita a **Mista Seguros de Personas S.A.** un seguro contra accidentes personales por el término indicado anteriormente para las personas detalladas en la nómina adjunta, basado en las siguientes declaraciones:

• FIGURA DEL CONTRATANTE (Tildar lo que corresponda y completar la sección indicada)

☐ SECCIÓN A - PERSONA HUMANA

Apellido y nombres DNI LC LE Pas. N°

Fecha de nacimiento Lugar de nacimiento Nacionalidad Sexo ☐ M ☐ F

Estado Civil CUIT CUIL CDI N° Condición Fiscal (Adjuntar Constancia de Inscripción)

¿Es agente de percepción? SI ☐ NO ☐ Ingresos Brutos

Domicilio Real: Calle Número Piso Dpto. Localidad CP

Teléfono Fijo 0 + Código Área Número sin guiones Teléfono Móvil 0 +15 Código Área Número sin guiones Email

Profesión - Ocupación - Actividad principal ¿Es persona expuesta políticamente? SI ☐ NO ☐

☐ SECCIÓN B - PERSONA JURÍDICA (*)

Razón Social CUIT CIU

Domicilio legal: Calle Número Piso Dpto. Localidad Prov. CP

Teléfono Fijo 0 + Código Área Número sin guiones Teléfono Móvil 0 +15 Código Área Número sin guiones Email

¿Es agente de percepción? SI ☐ NO ☐ Ingresos Brutos

Actividad principal realizada Condición Fiscal (Adjuntar Constancia de Inscripción)

| DATOS DEL REPRESENTANTE DE LA PERSONA JURÍDICA

Apellido y nombres del representante de la persona jurídica

En carácter de:

Fecha de nacimiento

Lugar de nacimiento

Nacionalidad

Sexo ☐ M ☐ F

Estado Civil

DNI

LC

LE

Pas.

Nº

CUIT/CUIL

Domicilio Real: Calle

Número

Piso

Dpto.

Localidad

CP

Teléfono Fijo

0

Código Área

+

Número sin guiones

Teléfono Móvil

0

Código Área

+15

Número sin guiones

Email

(*) Adjuntar: Copia del Estatuto Social actualizado / Copia del acta designado al Representante Legal.

SECCIÓN C - ORGANISMO PÚBLICO (**)

Denominación de la Dependencia

CUIT

Condición Fiscal (Adjuntar Constancia de Inscripción)

Teléfono Fijo

0

Código Área

+

Número sin guiones

Teléfono Móvil

0

Código Área

+15

Número sin guiones

Domicilio legal: Calle

Número

Piso

Dpto.

Localidad

Provincia

CP

E-mail

| DATOS DEL FUNCIONARIO DEL ORGANISMO PÚBLICO

Apellido y nombres del funcionario

DNI

LC

LE

Pas.

Nº

Domicilio Real: Calle

Número

Piso

Dpto.

Localidad

Prov.

CP

(**) Adjuntar: Copia del acto administrativo de designación del funcionario interviniente / Copia del documento de identidad del funcionario interviniente.

• RIESGOS CUBIERTOS (Sumas aseguradas por persona)

Tipo de Cobertura

Tildar las coberturas adicionales solicitadas

Riesgo

Suma Asegurada (Máxima Individual)

☐ Básica

Fallecimiento Accidental

☐ Adicional

Invalidez Permanente Accidental

☐ Adicional

Reembolso de Gastos por Asistencia Médica y/o Farmacéutica por Accidente

10% de la Cobertura de Fallecimiento Accidental.

☐ Adicional

Asistencia Médica y/o Farmacéutica por Accidentes - PRESTACIONAL (*)

10% de la Cobertura de Fallecimiento Accidental

☐ Adicional

Uso de moto

(*) Esta cláusula no se puede contratar conjuntamente con la Cláusula de "Reembolso de Gastos por Asistencia Médica y / o Farmacéutica"

• FORMA Y MEDIO DE PAGO

☐ TRANSFERENCIA BANCARIA ☐ PAGO ELECTRÓNICO

☐ TARJETA DE CRÉDITO

Tarjeta: _____ Vencimiento: _____ Nro. de Tarjeta: _____ Titular de Tarjeta: _____

☐ DÉBITO EN CUENTA

Banco: _____ CBU: _____ Tipo de cuenta: _____

• SUMA ASEGURADA, PRIMA Y PREMIO TOTAL

SUMA TOTAL ASEGURADA

PRIMA TOTAL

PREMIO TOTAL

Los únicos sistemas habilitados para cancelar premios son: medios electrónicos de cobro, entidades bancarias con convenios de recaudación (pago en ventanilla o débito en cuenta) y tarjetas de débito, crédito o compras. Todo pago efectuado a esta entidad aseguradora y a los productores asesores de seguros no es cancelatorio de la obligación hasta tanto se formalice el ingreso de los fondos en alguno de los sistemas mencionados anteriormente. Dicho ingreso de fondos deberá ser realizado por esta entidad o por los productores asesores de seguro dentro de los dos días hábiles de percibidos. Asimismo, un comprobante de cancelación de dicha obligación deberá ser entregado a los Asegurados dentro de las 24 horas hábiles posteriores al ingreso.

Cuando el productor asesor de seguros ejerza su actividad en una localidad distante a más de veinticinco kilómetros de una boca de percepción correspondiente a los sistemas habilitado para el cobro mencionados en el párrafo anterior, el plazo para el ingreso de los fondos se extenderá a cinco días hábiles, en vez de dos. (Resolución 429/00 del Ministerio de Economía y Resolución N° 27.627 de la Superintendencia de Seguros de la Nación).

PREGUNTAS DE LA COMPAÑÍA

Solo para **Pólizas Colectivas**

1. ¿Ha ocurrido entre personal a asegurarse accidentes que, de haber existido el seguro que se solicita hubieran sido cubiertos por el mismo?
(En caso afirmativo indíquese el número y la importancia de los mismos)

RESPUESTAS DEL SOLICITANTE

2. ¿Tiene, ha tenido o está tramitando para su personal otros seguros de accidentes personales o de infortunios de aeronavegación para pasajeros?

DECLARACIÓN JURADA DE BENEFICIARIOS

Solo para **Pólizas Individuales**

APELLIDO Y NOMBRE	DNI	FECHA DE NACIMIENTO	VINCULO	%

Firma y Sello del Contratante

SEGURO COLECTIVO DE VIDA

Solicitud de Seguro Contratante

Seleccionar la opción solicitada

En la ciudad de _____, ____/____/____

- ☐ Vida Amplio
 ☐ Ley Contrato de Trabajo
 ☐ Convenio Mercantil
 ☐ Saldo Deudor
☐ Póliza Anual
 ☐ Póliza Período Corto
 ☐ Póliza Anual con refacturación mensual

NÚMERO DE COTIZACIÓN

APELLIDO Y NOMBRE DEL VENDEDOR

CÓDIGO DEL VENDEDOR

VIGENCIA PÓLIZA: desde: _____ hasta: _____

La firma que suscribe solicita a **Mista Seguros de Personas S.A.** un seguro contra accidentes personales por el término indicado anteriormente para las personas detalladas en la nómina adjunta, basado en las siguientes declaraciones:

• FIGURA DEL CONTRATANTE (Tildar lo que corresponda y completar la sección indicada)

☐ SECCIÓN A – PERSONA HUMANA

Apellido y nombres

_____ DNI ☐ LC ☐ LE ☐ Pas. ☐ N° _____

Fecha de nacimiento

Lugar de nacimiento

Nacionalidad

Sexo ☐ M ☐ F

Estado Civil

CUIT

CUIL

CDI

N°

Condición Fiscal (Adjuntar Constancia de Inscripción)

¿Es agente de percepción? SI ☐ NO ☐

Ingresos Brutos

Domicilio Real: Calle

Número

Piso

Dpto.

Localidad

CP

Teléfono Fijo

0 _____ + _____
Código Área Número sin guiones

Teléfono Móvil

0 _____ +15 _____
Código Área Número sin guiones

Email

Profesión - Ocupación - Actividad principal

¿Es persona expuesta políticamente?

SI ☐ NO ☐

☐ SECCIÓN B – PERSONA JURÍDICA (*)

Razón Social

CUIT

CIU

Domicilio legal: Calle

Número

Piso

Dpto.

Localidad

Prov.

CP

Teléfono Fijo

0 _____ + _____
Código Área Número sin guiones

Teléfono Móvil

0 _____ +15 _____
Código Área Número sin guiones

Email

¿Es agente de percepción? SI ☐ NO ☐

Ingresos Brutos

Actividad principal realizada

Condición Fiscal (Adjuntar Constancia de Inscripción)

| DATOS DEL REPRESENTANTE DE LA PERSONA JURÍDICA

Apellido y nombres del representante de la persona jurídica

En carácter de:

Fecha de nacimiento

Lugar de nacimiento

Nacionalidad

Sexo

M

F

Estado Civil

DNI

LC

LE

Pas.

Nº

CUIT/CUIL

Domicilio Real: Calle

Número

Piso

Dpto.

Localidad

CP

Teléfono Fijo

0

Código Área

+

Número sin guiones

Teléfono Móvil

0

Código Área

+

15

Número sin guiones

Email

(*) Adjuntar: Copia del Estatuto Social actualizado / Copia del acta designado al Representante Legal.

SECCIÓN C - ORGANISMO PÚBLICO (**)

Denominación de la Dependencia

CUIT

Condición Fiscal (Adjuntar Constancia de Inscripción)

Teléfono Fijo

0

Código Área

+

Número sin guiones

Teléfono Móvil

0

Código Área

+

15

Número sin guiones

Domicilio legal: Calle

Número

Piso

Dpto.

Localidad

Provincia

CP

E-mail

| DATOS DEL FUNCIONARIO DEL ORGANISMO PÚBLICO

Apellido y nombres del funcionario

DNI

LC

LE

Pas.

Nº

Domicilio Real: Calle

Número

Piso

Dpto.

Localidad

Prov.

CP

(**) Adjuntar: Copia del acto administrativo de designación del funcionario interviniente / Copia del documento de identidad del funcionario interviniente.

• RIESGOS CUBIERTOS (Sumas aseguradas por persona)

Tipo de Cobertura

Tildar las coberturas adicionales solicitadas

Riesgo

Suma Asegurada (Máxima Individual)

Básica

Muerte

Adicional

Invalidez Total y Permanente

Adicional

Muerte por Accidente

• FORMA Y MEDIO DE PAGO

☐

DÉBITO EN CUENTA

Banco: _____ CBU: _____

Caja de Ahorro: ☐ \$ ☐ U\$S Cuenta Corriente: ☐ \$ ☐ U\$S

Declaración: Presto conformidad para que Mista Seguros de Personas S.A. debite de la cuenta bancaria informada las cuotas del seguro.

☐

TRANSFERENCIA BANCARIA

Banco HSBC - Cuenta corriente Pesos: Nro.: 6573254242

CBU: 15006570-00065732542428

☐

TARJETA DE CRÉDITO

Tarjeta: _____ Vencimiento: _____

Nro. de Tarjeta: _____

Titular de Tarjeta: _____

☐

OTROS MEDIOS DE PAGO

(Mercado de Pago - Pagos Mis Cuentas - Rapi Pago - Pago Fácil)

• SUMA ASEGURADA, PRIMA Y PREMIO TOTAL

SUMA TOTAL ASEGURADA

PRIMA TOTAL

PREMIO TOTAL

Los únicos sistemas habilitados para cancelar premios son: medios electrónicos de cobro, entidades bancarias con convenios de recaudación (pago en ventanilla o débito en cuenta) y tarjetas de débito, crédito o compras. Todo pago efectuado a esta entidad aseguradora y a los productores asesores de seguros no es cancelatorio de la obligación hasta tanto se formalice el ingreso de los fondos en alguno de los sistemas mencionados anteriormente. Dicho ingreso de fondos deberá ser realizado por esta entidad o por los productores asesores de seguro dentro de los dos días hábiles de percibidos. Asimismo, un comprobante de cancelación de dicha obligación deberá ser entregado a los Asegurados dentro de las 24 horas hábiles posteriores al ingreso.

Cuando el productor asesor de seguros ejerza su actividad en una localidad distante a más de veinticinco kilómetros de una boca de percepción correspondiente a los sistemas habilitado para el cobro mencionados en el párrafo anterior, el plazo para el ingreso de los fondos se extenderá a cinco días hábiles, en vez de dos. (Resolución 429/00 del Ministerio de Economía y Resolución N° 27.627 de la Superintendencia de Seguros de la Nación).

Firma y Sello del Contratante



SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

INDIVIDUAL

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES INDIVIDUAL

CONDICIONES GENERALES COMUNES

Cláusula 1.- Ley de las Partes Contratantes

Las partes contratantes se someten a las disposiciones de la Ley de Seguros N° 17.418 y a las de la presente póliza.

En caso de discordancia entre las condiciones generales y las particulares, predominarán estas últimas.

Los derechos y obligaciones del Asegurado y del Asegurador que se mencionan con indicación de los respectivos artículos de la Ley de Seguros, deben entenderse como simples enunciaciones informativas del contenido esencial de la Ley, la que rige en su integridad con las modalidades convenidas por las partes.

Cláusula 2.- Vigencia

Esta póliza adquiere fuerza legal desde el día y hora fijado en Condiciones Particulares como comienzo de su vigencia. Finalizará la vigencia a la misma hora del día indicado en las Condiciones Particulares.

La vigencia será anual renovable automáticamente, o bien podrá pactarse por períodos inferiores a un año, según se indique en las Condiciones Particulares.

No obstante ello, cualquiera de las partes (Tomador o Aseguradora) podrá decidir no renovar el contrato, debiendo para ello notificar dicha decisión de manera fehaciente a la otra parte, y con una anticipación no menor a treinta (30) días corridos al vencimiento de la vigencia de la póliza.

Cláusula 3. - Personas Asegurables

Se consideran asegurables a todas las personas de existencia visible mayores de 14 años de edad y menores a la edad máxima de ingreso al seguro establecida en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Deberá asimismo cumplimentarse con los requisitos de asegurabilidad solicitados por el Asegurador

Cláusula 4.- Definición de Accidente

A los efectos de este seguro, se entiende por accidente toda lesión corporal que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta, sufrida por el Asegurado independientemente de su voluntad, por la acción repentina y violenta de o con un agente externo.

Se consideran también por accidentes: la asfixia o intoxicación por vapores o gases, la asfixia por inmersión u obstrucción en el aparato respiratorio que no provenga de enfermedad; la intoxicación o envenenamiento por ingestión de sustancias tóxicas o alimentos en mal estado consumidos en lugares públicos o adquiridos en tal estado; las quemaduras de todo tipo producidas por cualquier Agente, salvo lo dispuesto en el Cláusula 9, inc. b); el carbunclo, tétanos u otras infecciones microbianas o intoxicaciones cuando sean de origen traumático; rabia, luxaciones articulares y distensiones, dilaceraciones y rupturas musculares, tendinosas y viscerales (excepto lumbalgias, várices y hernias) causadas por esfuerzo repentino y evidentes al diagnóstico.

Cláusula 5.- Alcance de la Cobertura

Salvo las limitaciones o exclusiones que resulten de la presente póliza, el seguro cubre todos los accidentes —en los términos y alcances establecidos en la Cláusula anterior- que puedan ocurrir al Asegurado, ya sea en el ejercicio de la profesión declarada, o mientras se halle prestando servicio militar en tiempo de paz, en su vida particular, o mientras esté circulando o viajando en vehículos particulares terrestres o acuáticos, propios o ajenos, conduciéndolos o no, haciendo uso de cualquier medio habitual de transporte público de personas, ya sea terrestre, fluvial, lacustre, marítimo o en líneas de transporte aéreo regular.

Se cubren también los accidentes que se produzcan durante la participación en los siguientes entretenimientos y deportes exclusivamente: juegos de salón y la práctica normal y no profesional de atletismo, básquetbol, bochas, bolos, canotaje, caza menor, ciclismo, deporte náutico a vela y/o motor por ríos o lagos, equitación, esgrima, excursiones a montañas por carreteras y senderos, gimnasia, golf, hand-ball, hockey sobre césped, natación, patinaje, pelota a paleta, pelota al cesto, pesca (salvo en alta mar), remo, tenis, tiro (en polígonos habilitados), volley-ball, water-polo y fútbol.

Cláusula 6.- Residencia y Viajes

La cobertura se extiende al tránsito y/o permanencia del Asegurado en el extranjero, salvo en países que no mantengan relaciones diplomáticas con la República Argentina.

Cláusula 7.- Riesgo Cubierto: Cobertura Básica

El presente seguro cubre el riesgo básico de fallecimiento por accidente del Asegurado, siempre y cuando el accidente haya ocurrido durante la vigencia de la póliza, y que las consecuencias del mismo se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia.

Cláusula 8.- Beneficio Básico

En caso de corresponder derecho a beneficio en virtud de la cobertura básica de esta póliza, el Asegurador abonará a los Beneficiarios designados la suma asegurada indicada en las Condiciones Particulares, quedando automáticamente sin efecto las restantes coberturas que se hubieren contratado, ganando el Asegurador la totalidad de la prima.

Cláusula 9.- Riesgos No Cubiertos

Quedan excluidos de este seguro:

- a. Las consecuencias de las enfermedades de cualquier naturaleza inclusive las originadas por la picadura de insectos, salvo lo especificado en el Cláusula 4.
- b. Las lesiones causadas por la acción de rayos “X” y similares, y cualquier elemento radiactivo, u originadas en reacciones nucleares; de las lesiones imputables a esfuerzo, salvo los casos contemplados en el Cláusula 4; de insolación, quemaduras por rayos solares, enfriamiento y demás efectos de las condiciones atmosféricas o ambientales; de psicopatías transitorias o permanentes y de las operaciones quirúrgicas o tratamientos; salvo que cualquiera de tales hechos sobrevenga a consecuencia de un accidente cubierto conforme con el Cláusula 4 o del tratamiento de las lesiones por él producidas.
- c. Los accidentes que el Asegurado o los beneficiarios, por acción u omisión provoquen dolosamente o con culpa grave o el Asegurado los sufra en empresa criminal. No obstante quedan cubiertos los actos realizados para precaver el siniestro o atenuar sus consecuencias o por un deber de humanidad generalmente aceptado. (Artículos 152 y 70 L. de S.).
- d. Los accidentes causados por vértigos, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que ocurran por estado de enajenación mental, salvo cuando tales trastornos sean consecuencia de un accidente cubierto conforme el Cláusula 4; o por estado de ebriedad o por estar el Asegurado bajo la influencia de estupefacientes o alcaloides.

- e. Los accidentes que ocurran mientras el Asegurado tome parte en carreras, ejercicios o juegos atléticos de acrobacia o que tengan por objeto pruebas de carácter excepcional, o mientras participe en viajes o excursiones a regiones o zonas inexploradas.
- f. Los accidentes derivados de la navegación aérea no realizada en líneas de transporte aéreo regular.
- g. Los accidentes derivados del uso de motocicletas y vehículos similares, o de la práctica de deportes que no sean los enumerados en el Cláusula 5, o en condiciones distintas a las enunciadas en la misma, salvo pacto en contrario.
- h. Los accidentes causados por hechos de guerra civil o internacional, en caso de guerra se estará a lo que dictamine la autoridad competente.
- i. Los accidentes causados por hechos de guerrilla, rebelión, terrorismo, motín o tumulto popular (excepto huelga), lock-out, cuando el Asegurado participe como elemento activo.
- j. Los accidentes causados por fenómenos sísmicos, inundaciones u otros fenómenos naturales de carácter catastrófico.

Cláusula 10.- Agravación por Concausas

Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente a él, de un estado constitucional anormal con respecto a la edad del Asegurado, o de un defecto físico de cualquier naturaleza y origen, la indemnización que corresponda se liquidará de acuerdo con las consecuencias que el mismo accidente hubiera presumiblemente producido sin la mencionada concausa, salvo que ésta fuere consecuencia de un accidente cubierto por la póliza y ocurrido durante la vigencia de la misma.

Cláusula 11.- Pluralidad de Seguros

El Asegurado deberá notificar sin dilación a cada asegurador los seguros de Accidentes Personales y/o Accidentes Personales Aeronáuticos que tenga contratados o contrate en lo sucesivo, cuando en conjunto excedan la suma que a tal efecto conste en las Condiciones Particulares.

En caso de hallarse el Asegurado cubierto por un importe superior a dicha suma, sin conocimiento y aceptación expresa de los aseguradores, estos indemnizarán a prorrata de sus respectivas sumas aseguradas solamente hasta la suma a que se refiere el párrafo anterior, sin derecho del Asegurado a restitución de primas.

El Asegurado no tiene obligación de notificar los riesgos de Accidentes Personales que se cubran accesoriamente en otras ramas de seguros.

Cláusula 12.- Reticencia

Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Asegurado, aún hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones, si el asegurador hubiese sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato.

El Asegurador debe impugnar el contrato dentro de los tres meses de haber conocido la reticencia o falsedad (Art. 5 L. de S.).

Cuando la reticencia no dolosa es alegada en el plazo del artículo 5 de la Ley de Seguros, el Asegurador, a su exclusivo juicio, puede anular el contrato restituyendo la prima percibida con deducción de los gastos, o reajustarla con la conformidad del Asegurado al verdadero estado del riesgo (Art.6 L. de S.).

Si la reticencia fuese dolosa o de mala fe, el Asegurador tiene derecho a las primas de los períodos transcurridos y del período en cuyo transcurridos y del período en cuyo transcurso invoque la reticencia o falsa declaración (Art. 8 L. de S.).

En todos los casos, si el siniestro ocurre durante el plazo para impugnar, el Asegurador no adeuda prestación alguna (Art. 9 L. de S.).

Cuando el contrato se efectúe por cuenta ajena se juzgará la reticencia por el conocimiento y la conducta del contratante y del Asegurado (Art. 10 L. de S.).

Cláusula 13.- Agravación o Modificación del Riesgo

El Asegurado debe denunciar al Asegurador las agravaciones del riesgo asumido, causadas por un hecho suyo, antes de que se produzcan (Art. 38 L. de S.).

Se entiende por agravación del riesgo asumido, la que si hubiese existido al tiempo de la celebración, a juicio de peritos hubiera impedido este contrato o modificado sus condiciones (Art. 37 L. de S.)

Se consideran agravaciones del riesgo (Art. 132 L. de S.) únicamente las que provengan de las siguientes circunstancias:

- a. Modificación del estado físico o mental del Asegurado.
- b. Modificación de su profesión o actividad.
- c. Fijación de residencia fuera del país.

Cuando la agravación se deba a un hecho del Asegurado la cobertura queda suspendida. El Asegurador, en el término de siete días, deberá notificar su decisión de rescindir (Art. 39 L. de S.).

Cuando la agravación resulte de un hecho ajeno al Asegurado, el Asegurador deberá notificarle su decisión de rescindir dentro del término de un mes y con un preaviso de siete días. Se aplicará el Artículo 39 de la Ley de Seguros si el riesgo no se hubiera asumido según las prácticas comerciales del Asegurador (Art. 40 L. de S.).

No obstante, cuando la agravación provenga del cambio de la profesión o actividad del Asegurado y si de haber existido ese cambio al tiempo de la celebración, el Asegurador hubiera concluido el contrato por una prima mayor, la suma asegurada se reducirá en proporción a la prima pagada.

Esta regla no se aplica a las exclusiones previstas en la Cláusula 5, inciso g).

La rescisión del contrato por agravación del riesgo da derecho al Asegurador:

- a. Si la agravación del riesgo le fue comunicada oportunamente, a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido.
- b. Si no le fue comunicada oportunamente, a percibir la prima por el período de seguro en curso, no mayor de un año (Art. 41 L. de S.).

Cláusula 14.- Pago de la Prima

La prima es debida desde la celebración del contrato pero no es exigible sino contra entrega de la póliza, salvo que se haya emitido un certificado o instrumento provisorio de cobertura (Art. 30 L. de S.).

En el caso que la prima no se pague contra la entrega de la presente póliza, su pago queda sujeto a las condiciones y efectos establecidos en la “Cláusula de Cobranza de Premios” que forma parte del presente contrato.

Cláusula 15.- Facultades del Productor o Agente

El productor o agente de seguro, cualquiera sea su vinculación con el Asegurador, autorizado por éste para la mediación, sólo está facultado con respecto a las operaciones en las cuales interviene, para:

- a. Recibir propuestas de celebración y modificación de contratos de seguro;
- b. Entregar los instrumentos emitidos por el Asegurador, referentes a contratos o sus prórrogas;

c. Gestionar el cobro de la prima exclusivamente a través de Medios electrónicos de cobro autorizados por el Banco Central De La República Argentina; cheque cancelatorio (Ley N° 25.345) o cheque no a la orden librado por el asegurado o tomador a favor de la entidad aseguradora.

Cláusula 16.- Residencia en el Extranjero

El Asegurado debe comunicar al Asegurador en forma fehaciente e inmediata, cuando fije su residencia en el extranjero.

Cláusula 17.- Reducción de las Consecuencias

El Asegurado en cuanto le sea posible, debe impedir o reducir las consecuencias del siniestro, y observar las instrucciones del Asegurador al respecto, en cuanto sean razonables (Art. 150 L. de S.).

Cláusula 18.- Designación de Beneficiario

La designación de beneficiario se hará por escrito y es válida aunque se notifique al Asegurador después del evento previsto.

Designadas varias personas sin indicación de cuota parte, se entiende que el beneficiario es por partes iguales.

Cuando se designe a los hijos se entiende los concebidos y los sobrevivientes al tiempo de ocurrir el evento previsto.

Cuando se designe a los herederos, se entiende a los que por Ley suceden al Asegurado, si no hubiere otorgado testamento; si lo hubiere otorgado, se 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 se haga ineficaz o quede sin efecto, se entiende que designó a los herederos (Arts. 145 y 146 L. de S.).

Cláusula 19.- Cambio de Beneficiario

El asegurado podrá cambiar en cualquier momento el beneficiario designado. Para que el cambio de beneficiario surta efecto frente al Asegurador, es indispensable que éste sea debidamente notificado. Cuando la designación sea a título oneroso y el Asegurador conozca dicha circunstancia no admitirá el cambio de beneficiario.

El Asegurador queda liberado si, actuando diligentemente, hubiera pagado la suma asegurada a los beneficiarios designados con anterioridad a la recepción de cualquier notificación que modificara esa designación.

Cláusula 20.- Valuación de Peritos

Si no hubiere acuerdo entre las partes, las consecuencias indemnizables del accidente serán determinadas por dos médicos designados uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los 8 días de su designación, a un tercer facultativo para el caso de divergencia.

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

Sin una de las partes omitiese designar médico dentro del octavo día de requerido por la otra, o si el tercer facultativo no fuere electo en el plazo establecido en el apartado anterior, la parte más diligente podrá requerir su nombramiento a la Secretaría de Estado de Salud Pública de la Nación.

Los honorarios y gastos de los médicos de las partes serán a su respectivo cargo y los del tercero 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 las partes (Art. 57 –última parte- L. de S.).

Cláusula 21.- Denuncia del Accidente, Cargas del Asegurado o Beneficiarios

El Asegurado o los beneficiarios comunicarán al Asegurador el acaecimiento del accidente dentro de los tres (3) días de conocerlo, salvo que acredite caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia (Arts. 46 y 47 L. de S.).

Desde el momento de hacerse aparentes las lesiones, el accidentado deberá someterse, a su cargo, a un tratamiento médico racional y seguir las indicaciones del facultativo que le asiste; deberá enviarse al Asegurador un certificado del médico que atiende al lesionado expresando la causa y naturaleza de las lesiones sufridas por el Asegurado, sus consecuencias conocidas o presuntas, y la constancia de que se encuentra sometido a un tratamiento médico racional. El Asegurado remitirá al Asegurador cada quince (15) días certificaciones médicas que informen sobre la evolución de las lesiones y actualicen el pronóstico de curación. Asimismo, el Asegurado deberá someterse al examen de los médicos del Asegurador cada vez que éste lo solicite.

El Asegurado o los beneficiarios están obligados a suministrar al Asegurador, a su pedido, la información necesaria para verificar el siniestro o la extensión de la prestación a su cargo, la prueba instrumental en cuanto sea razonable que la suministre, y a permitirle al Asegurador las indagaciones necesarias a tales fines (Art. 46 L. de S.) sin perjuicio de la información a que se refiere el párrafo anterior.

El Asegurado o los Beneficiarios podrán hacerse representar en las diligencias para verificar el siniestro y liquidar el daño y serán por su cuenta los gastos de esa representación.

Cláusula 22.- Denuncia del Fallecimiento

Además de lo dispuesto en el Artículo anterior, el Tomador o Beneficiario deberá denunciar el fallecimiento dentro de los tres (3) días de haberlo conocido, salvo que acredite caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.

A su vez, deberá presentar la siguiente documentación:

- a. Copia de la partida de defunción,
- b. Declaración de médico que haya asistido al Asegurado o certificado su muerte.
- c. Denuncia Policial, si correspondiere.
- d. Testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del hecho determinante de la muerte, salvo que razones procesales lo impidieran.
- e. Copia de documento de identidad de los beneficiarios designados o declaratoria de herederos.

El Asegurador se reserva el derecho de exigir la autopsia o la exhumación del cadáver para establecer las causas de la muerte, debiendo los beneficiarios prestar su conformidad y su concurso para la obtención de las correspondientes autorizaciones para realizarlas.

La autopsia o la exhumación deberán efectuarse con citación de los beneficiarios, los que podrán designar un médico para representarlos. Todos los gastos que ellas motiven serán por cuenta del Asegurador, excepto los derivados del nombramiento del médico representante de los beneficiarios.

Cláusula 23.- Cumplimiento de la Prestación del Asegurador en caso de Fallecimiento

Dentro de los quince (15) días de notificado el siniestro o de cumplidos los requisitos a que se refieren las Cláusulas 21 y 22 de éstas Condiciones Generales, el que sea posterior, el Asegurador debe notificar al Beneficiario la aceptación o el rechazo del siniestro y del otorgamiento de la indemnización pactada.

En caso de viaje aéreo del Asegurado si no se tuvieran noticias del avión por un período no inferior a dos (2) meses, el Asegurador hará efectivo el pago de la indemnización establecida en la presente póliza para el caso de muerte. Si apareciera el Asegurado o se tuvieran noticias ciertas de él, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de las sumas pagadas, pero el Asegurado podrá hacer valer sobre tales sumas las pretensiones a que eventualmente tenga derecho en el caso de que hubiere sufrido accidentes resarcibles cubiertos por la presente póliza.

Cláusula 24.- Caducidad por Incumplimiento de Obligaciones y Cargas

El incumplimiento de las obligaciones y cargas impuestas al Asegurado por la Ley de Seguros (salvo que se haya previsto otro efecto en la misma para el incumplimiento) y por el presente contrato, produce la caducidad de los derechos del Asegurado si el incumplimiento obedece a su culpa o negligencia, de acuerdo al régimen previsto en artículo 36 de la Ley de Seguros.

Cláusula 25.- Rescisión Unilateral

Cualquiera de las partes tiene derecho a rescindir el presente contrato sin expresar causa. Cuando el Asegurador ejerza este derecho, dará un preaviso no menos de quince días. Cuando lo ejerza el Asegurado, la rescisión se producirá desde la fecha en que notifique fehacientemente esa decisión.

Cuando el seguro rija de doce a doce horas, la rescisión se computará desde la hora doce inmediata siguiente, y en caso contrario, desde la hora veinticuatro.

Si el Asegurador ejerce el derecho de rescindir, la prima se reducirá proporcionalmente por el plazo no corrido.

Si el Asegurado opta por la rescisión, el Asegurador tendrá derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido, según las tarifas de corto plazo (Art. 18, 2° párrafo L. de S.).

En caso de rescindirse el contrato después de haber ocurrido durante su vigencia uno o varios accidentes cubiertos por el seguro que den lugar a la prestación por invalidez permanente parcial, el cálculo de la prima total a devolver se hará previa deducción del porcentaje de invalidez permanente reconocida.

Cláusula 26.- Domicilio para Denuncias y Declaraciones

El domicilio en que las partes deben efectuar las denuncias y declaraciones previstas en la Ley de Seguros o en el presente contrato, es el último declarado (Arts. 15 y 16 L. de S.).

Cláusula 27.- Cómputo de los Plazos

Todos los plazos de días, indicados en la presente póliza, se computarán corridos, salvo disposición expresa en contrario.

Cláusula 28.- Prórroga de Jurisdicción

Toda controversia judicial que se plantee en relación al presente contrato, se sustanciará ante los jueces competentes de la ciudad cabecera de la circunscripción judicial del domicilio del Asegurado, siempre que sea dentro de los límites del país.

Sin perjuicio de ello, el Asegurado o sus beneficiarios, podrán presentar sus demandas contra el Asegurador ante los tribunales competentes del domicilio de la sede central o sucursal donde se emitió la póliza e igualmente se tramitarán ante ellos las acciones judiciales relativas al cobro de primas.

CLÁUSULA ADICIONAL

INVALIDEZ PERMANENTE

Cláusula 1.- Riesgo Cubierto

La Aseguradora concederá al Asegurado el beneficio que acuerda la presente Cláusula cuando el Asegurado sufiere un accidente ocurrido estando vigente la cobertura de esta Cláusula Adicional respecto del Asegurado, que le causara una invalidez permanente determinada con prescindencia de su profesión u ocupación, y siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año de sufrido el accidente.

La definición de accidente y el alcance de la cobertura es la acordada en las Condiciones Generales y Opciones de Contratación u Endosos conforme se indique en las respectivas Condiciones Particulares de la Póliza.

Cláusula 2.- Riesgos No Cubiertos

La Aseguradora no pagará la indemnización cuando el evento sea consecuencia de los Riesgos No Cubiertos establecidos en la Cláusula 9.- Riesgos No Cubiertos de las Condiciones Generales.

Cláusula 3.- Personas No Asegurables

Esta cobertura no es aplicable a las personas que no cumplan con la edad mínima y máxima de ingreso, según se indique en las Condiciones Particulares de la póliza.

Cláusula 4.- Beneficio

El Asegurador pagará al Asegurado una suma igual al porcentaje, sobre la indemnización estipulada en las Condiciones Particulares para la Cobertura Básica, que corresponda de acuerdo a la naturaleza de la gravedad de la lesión sufrida y según se indica a continuación:

TOTAL	%
Estado absoluto e incurable de alineación mental, que no permita al asegurado ningún trabajo u ocupación, por el resto de su vida	100
Fractura incurable de la columna vertebral que determine la invalidez total y permanente	100

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

b) Miembros superiores	Der.	Izq.
Pérdida total de un brazo	65	52
Pérdida total de una mano	60	48
Fractura no consolidada de un brazo (seudo artrosis total)	45	36
Anquilosis del hombro en posición no funcional	30	24
Anquilosis del hombro en posición funcional	23	20
Anquilosis del codo en posición no funcional	25	20
Anquilosis del codo en posición funcional	20	16
Anquilosis de la muñeca en posición no funcional	20	16
Anquilosis de la muñeca en posición funcional	15	12
Pérdida total del pulgar	18	14
Pérdida total del índice	14	11
Pérdida total del dedo medio	9	7
Pérdida total del anular o el meñique	8	6

c) Miembros inferiores	%
Pérdida total de una pierna	55
Pérdida total de un pie	40
Fractura no consolidada de un muslo (seudo artrosis total)	35
Fractura no consolidada de una pierna (seudo artrosis total)	30
Fractura no consolidada de una rótula	30
Fractura no consolidada de un pie (seudo artrosis total)	20
Anquilosis de la cadera en posición no funcional	40
Anquilosis de la cadera en posición funcional	20
Anquilosis de la rodilla en posición no funcional	30
Anquilosis de la rodilla en posición funcional	15
Anquilosis del empeine (garganta del pie) en posición no funcional	15
Anquilosis del empeine (garganta del pie) en posición funcional	8
Acortamiento de un miembro inferior de por lo menos cinco centímetros	15
Acortamiento de un miembro inferior de por lo menos tres centímetros	8
Pérdida total del dedo gordo de un pie	8
Pérdida total de otro dedo del pie	4

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Cláusula 5.- Carácter del Beneficio

El beneficio acordado por invalidez permanente es sustitutivo del capital asegurado de la cobertura principal.

Si el monto abonado en virtud de esta Cláusula resultara inferior a la suma asegurada de la cobertura básica, dicha liberación será parcial por un importe igual al capital liquidado por invalidez permanente.

Una vez liquidado un importe total igual al capital asegurado de la cobertura principal, la Aseguradora queda liberada de cualquier obligación con respecto a dicho Asegurado, salvo las obligaciones pendientes a la fecha del siniestro.

Cláusula 6.- Denuncias y Declaraciones, Comprobación de la Invalidez Permanente

Además de lo dispuesto en el Cláusula 21.- Denuncia del Accidente, Cargas del Asegurado o Beneficiarios de las Condiciones Generales, el Tomador o Asegurado deberá denunciar la existencia de la invalidez permanente dentro de los tres (3) días de conocerla, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.

A su vez deberá presentar:

- a. La documentación pertinente que incluya el alta y los certificados que acrediten el grado de invalidez definitiva.
- b. Cualquier otra documentación razonable que el Asegurador considere necesaria.

Cláusula 7.- Plazo de Prueba

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

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

En caso de diagnosticarse una invalidez permanente total, el Asegurado deberá seguir abonando las primas correspondientes al período de comprobación de dicho diagnóstico. Confirmado el mismo, la Aseguradora reembolsará las extraprimas abonadas durante el plazo de comprobación.

Cuando el Asegurador hubiere reconocido el derecho, pero aún no estuviera establecido el grado de invalidez permanente, el Asegurado podrá reclamar un pago a cuenta del 50% de la prestación estimada por el Asegurador. A más tardar al finalizar el plazo de prueba se ajustará y liquidará definitivamente la prestación según la invalidez resultante en ese momento.

Cláusula 8.- Terminación de la Cobertura

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

- a. al abonarse el 100% del Capital Asegurado previsto para esta Cobertura en las Condiciones Particulares.
- b. al caducar o rescindirse la presente Cláusula Adicional;
- c. por la renuncia a continuar asegurado por la presente Cláusula Adicional;
- d. cuando el Asegurado cumpla la edad máxima de permanencia indicada en las Condiciones Particulares para esta cobertura.

Ante la terminación de la cobertura dejará de abonarse la extraprima correspondiente a esta Cláusula.

En caso de corresponder, se restituirá al Asegurado el importe de extraprima no ganada.

Cláusula 9.- Condiciones Contractuales Aplicables

Esta Cláusula Adicional queda sujeta a los restantes términos de las Condiciones Generales de la póliza, siempre y cuando no se opongan a las previsiones de la presente Cláusula.

CLÁUSULA ADICIONAL

ASISTENCIA MÉDICA Y/O FARMACÉUTICA - PRESTACIONAL

Esta cláusula no se puede contratar conjuntamente con las Cláusula de “Reembolso de Gastos por Asistencia Médica y / o Farmacéutica” ni con la Cláusula de “Reembolso de Gastos por Asistencia Médica y / o Farmacéutica con Deducible”.

Artículo 1. Definiciones:

A los fines de la presente póliza los términos que se indican a continuación tendrán exclusivamente los siguientes significados y alcances:

1. Asistencia médica y farmacéutica: se entiende por tal a la atención médica y farmacéutica a la que haya sido sometido el Asegurado, prescripta por un médico matriculado y producida como consecuencia inmediata de un accidente, con exclusión de aquellos que sean cubiertos al Asegurado por una Obra Social y/o sistema de medicina privada al que se encuentre afiliado el Asegurado.
2. Asistencia médica: se incluyen bajo este concepto la totalidad de las prestaciones médicas que pudiera requerir la atención del Asegurado, siendo que las mismas fueran requeridas durante una internación o en forma ambulatoria. Quedan comprendidas bajo este concepto:
 - a. Las consultas médicas correspondientes a todas las especialidades reconocidas por la autoridad sanitaria;
 - b. Las internaciones clínico-quirúrgicas, especializadas, de alta complejidad y domiciliarias;
 - c. Las intervenciones quirúrgicas y no quirúrgicas;
 - d. Las prácticas de diagnóstico (análisis clínicos y estudios de alta complejidad);
 - e. Las prácticas terapéuticas de baja, media y alta complejidad médica.
3. Asistencia farmacéutica: se incluye bajo este concepto la provisión de la totalidad de los medicamentos que pudiere requerir la atención de la afección del Asegurado, tanto sea para su tratamiento ambulatorio como durante la internación.
4. Prestador médico: se entiende por tal al médico o instituto médico bajo la órbita y control de la Superintendencia de Salud, con quien el Asegurador posea convenio para otorgar la asistencia médica prevista en la presente Condición Específica y que se informa al Asegurado.

5. Gastos de traslado: son los gastos en los que incurra el Asegurado con motivo de su traslado desde, hasta o entre establecimientos de salud, siendo dicho traslado necesario para el diagnóstico o tratamiento de su patología y respondan exclusivamente a la imposibilidad del Asegurado de movilizarse por sus propios medios, de acuerdo a indicación médica. La elección y las características del vehículo a emplear en el traslado, dependerán del estado clínico del Asegurado. Estos traslados, salvo casos de urgencia que no permitan cumplimentar este requisito, requerirán la previa autorización de la auditoría médica del Asegurador.

Artículo 2: Riesgos Cubiertos

El riesgo amparado por esta Cláusula Adicional es el de los gastos médicos y gastos de traslado incurridos por el Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia del seguro, durante el plazo máximo de un año desde la fecha de ocurrencia del mismo y hasta la suma asegurada prevista en las Condiciones Particulares.

El Asegurador, a través de la red de prestadores con la cual posee convenio, brindará al Asegurado las prestaciones de asistencia médica que éste pudiera demandar, originadas en un accidente cubierto por la presente cobertura.

Únicamente en los casos en que resultara imposible la comunicación al Asegurador para la atención de una urgencia o cuando comunicada, éste no pudiera brindar la prestación en el plazo que demande la gravedad de la afección, el Asegurado podrá requerir su atención en un prestador médico no incluido en la red, dando inmediato aviso al Asegurador. Sólo en este supuesto, el Asegurador, previa verificación de los hechos, reintegrará los gastos derivados de la asistencia médica recibida por el Asegurado, dentro de los 15 (quince) días de efectuado el reclamo y de adjuntada la documentación correspondiente, incluidas las facturas originales respecto de las cuales se solicita el reintegro con indicación de los conceptos facturados.

En el caso que el Asegurado requiera la asistencia médica con motivo de una emergencia o urgencia médica y que una vez prestada la misma se verifique que dicha atención no respondía a un accidente cubierto por la presente Cláusula Adicional, el Asegurador se reserva el derecho a recuperar del Asegurado el monto de las prestaciones otorgadas por el prestador médico en razón de la presente cobertura.

La asistencia médica y farmacéutica se extiende a la prestada en el extranjero, salvo en países que no mantengan relaciones diplomáticas con la República Argentina.

Artículo 3.- Riesgos No Cubiertos

Además de lo previsto por el Artículo 9.- Riesgos No Cubiertos de las Condiciones Generales Comunes, se agregan a los efectos de la presente cobertura las siguientes exclusiones:

- a. Asistencias que sean cubiertos al Asegurado por una Obra Social y/o sistema de medicina privada al que se encuentre afiliado el Asegurado;
- b. Asistencias por viajes y estadías para tratamientos termales o convalecencias ni por el suministro de lentes, aparatos ortopédicos y prótesis dentales;
- c. Terapias alternativas para cualquier patología;
- d. Métodos de diagnóstico o tratamientos en vía experimental y/o de los que se carezca de suficiente experiencia que acredite sus resultados y/o no avalados científicamente;
- e. Medicamentos y/o esquemas terapéuticos que estén en experimentación o en fase de prueba, no aprobados por autoridad competente.

Artículo 4.- Personas No Asegurables

No podrán asegurarse con esta cláusula adicional a personas mayores de 70 años (salvo pacto en contrario, según se indique en las Condiciones Particulares) ni personal en relación de dependencia.

Artículo 5: Carácter del Beneficio

Queda entendido y convenido que en caso de siniestro que afecte las restantes coberturas no se deducirán de las mismas los importes que se hubieran abonado en concepto de gastos médicos y gastos de traslado, ya que esta cobertura es adicional e independiente de las demás.

Luego de abonada cualquier indemnización, esta cobertura quedará automáticamente restablecida para nuevos siniestros, obligándose el Asegurado al pago de la prima sobre el monto que se restablece calculada a prorrata desde la fecha del siniestro que originó la reducción de la suma asegurada.

Artículo 6: Documentación a Presentar

Ocurrido el accidente que diera lugar a la asistencia médica o gastos de traslado cubiertos por la presente Condición Específica, a los efectos de obtener el beneficio previsto, el Asegurado o su representante deberán:

- a. Presentarse ante el prestador médico con documento de identidad y el formulario de denuncia del siniestro.
- b. Cumplimentar los requisitos relativos a la denuncia del accidente de conformidad con lo establecido en el artículo 21 de las Condiciones Generales.
- c. En caso de solicitar el reembolso de gastos, las facturas originales respecto de las cuales solicita el reintegro, en las cuales deberá constar la identificación de los conceptos facturados.

Artículo 7.- Terminación de la Cobertura

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

- a. al caducar o rescindirse la presente Cláusula Adicional;
- b. por la renuncia a continuar asegurado por la presente Cláusula Adicional;
- c. cuando el Asegurado cumpla la edad máxima de permanencia indicada en las Condiciones Particulares para esta cobertura.

Ante la terminación de la cobertura dejará de abonarse la extraprima correspondiente a esta Cláusula.

En caso de corresponder, se restituirá al Asegurado el importe de extraprima no ganada.

Artículo 8.- Condiciones Contractuales Aplicables

Esta Cláusula Adicional queda sujeta a los restantes términos de las Condiciones Generales Comunes de la póliza, siempre y cuando no se opongan a las previsiones de la presente Cláusula.



SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

COLECTIVO

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COLECTIVO

CONDICIONES GENERALES COMUNES

Artículo 1.- Ley de las Partes Contratantes

Las partes contratantes se someten a las disposiciones de la Ley de Seguros N° 17.418 y a las de la presente póliza.

En caso de discordancia entre las condiciones generales y las particulares, predominarán estas últimas.

Los derechos y obligaciones del Asegurado y del Asegurador que se mencionan con indicación de los respectivos artículos de la Ley de Seguros (L. de S. en adelante), deben entenderse como simples enunciaciones informativas del contenido esencial de la Ley, la que rige en su integridad con las modalidades convenidas por las partes.

Artículo 2.- Vigencia

Esta póliza adquiere fuerza legal desde el día y hora fijado en Condiciones Particulares como comienzo de su vigencia. Finalizará la vigencia a la misma hora del día indicado en las Condiciones Particulares.

La vigencia será anual renovable automáticamente, o bien podrá pactarse por períodos inferiores a un año, según se indique en las Condiciones Particulares.

No obstante ello, cualquiera de las partes (Tomador o Aseguradora) podrá decidir no renovar el contrato, debiendo para ello notificar dicha decisión de manera fehaciente a la otra parte, y con una anticipación no menor a treinta (30) días corridos al vencimiento de la vigencia de la póliza.

Artículo 3.- Personas Asegurables

Podrá asegurarse en forma colectiva todo grupo de personas unidas por un interés común, preexistente, distinto y más importante que el de obtener un seguro.

La edad mínima y máxima de ingreso al seguro serán las establecidas en las Condiciones Particulares de la Póliza. Deberá asimismo cumplimentarse con los requisitos de asegurabilidad solicitados por el Asegurador.

Para el caso de asegurados menores de edad, actuará en su representación su padre, madre, tutor o representante legal.

Artículo 4.- Certificados Individuales de Cobertura

Admitida la incorporación del Asegurado, la Aseguradora por intermedio del Tomador, proporcionará al Asegurado un Certificado Individual de Cobertura, de acuerdo a la reglamentación vigente.

En caso de que se produzca alguna modificación de los enunciados precedentes, la Aseguradora otorgará un nuevo Certificado Individual de Cobertura con las correspondientes correcciones.

Artículo 5.- Fecha de Entrada en Vigor de cada Certificado Individual de Cobertura

Los asegurables que hubieran solicitado su incorporación a esta póliza antes del comienzo de su vigencia, y la misma hubiera sido aprobada por la Aseguradora, quedarán comprendidos en la póliza desde el inicio de su vigencia.

Los asegurables que soliciten su incorporación a esta póliza dentro de los treinta (30) días corridos de adquirida tal condición, quedarán comprendidos en la misma a partir del día primero del mes siguiente a la aceptación de la respectiva solicitud de cobertura, por parte de la Aseguradora, salvo que se indique otra fecha en las Condiciones Particulares.

La fecha y hora de inicio de vigencia de cada Certificado Individual de Cobertura estará establecida en el mismo.

Artículo 6.- Definición de Accidente

A los efectos de este seguro, se entiende por accidente toda lesión corporal que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta, sufrida por el Asegurado independientemente de su voluntad, por la acción repentina y violenta de o con un agente externo.

Se consideran también por accidentes: la asfixia o intoxicación por vapores o gases, la asfixia por inmersión u obstrucción en el aparato respiratorio que no provenga de enfermedad; la intoxicación o envenenamiento por ingestión de sustancias tóxicas o alimentos en mal estado consumidos en lugares públicos o adquiridos en tal estado; las quemaduras de todo tipo producidas por cualquier Agente, salvo lo dispuesto en el Artículo 11, inc. b); el carbunclo, tétanos u otras infecciones microbianas o intoxicaciones cuando sean de origen traumático; rabia, luxaciones articulares y distensiones, dilaceraciones y rupturas musculares, tendinosas y viscerales (excepto lumbalgias, várices y hernias) causadas por esfuerzo repentino y evidentes al diagnóstico.

Artículo 7.- Alcance de la Cobertura

Salvo las limitaciones o exclusiones que resulten de la presente póliza, el seguro cubre todos los accidentes - en los términos y alcances establecidos en el Artículo anterior - que puedan ocurrir al Asegurado, ya sea en el ejercicio de la profesión declarada, o mientras se halle prestando servicio militar en tiempo de paz, en su vida particular, o mientras esté circulando o viajando en vehículos particulares terrestres o acuáticos, propios o ajenos, conduciéndolos o no, haciendo uso de cualquier medio habitual de transporte público de personas, ya sea terrestre, fluvial, lacustre, marítimo o en líneas de transporte aéreo regular.

Se cubren también los accidentes que se produzcan durante la participación en los siguientes entretenimientos y deportes exclusivamente: juegos de salón y la práctica normal y no profesional de atletismo, básquetbol, bochas, bolos, canotaje, caza menor, ciclismo, deporte náutico a vela y/o motor por ríos o lagos, equitación, esgrima, excursiones a montañas por carreteras y senderos, gimnasia, golf, hand-ball, hockey sobre césped, natación, patinaje, pelota a paleta, pelota al cesto, pesca (salvo en alta mar), remo, tenis, tiro (en polígonos habilitados), volley-ball, water-polo y fútbol.

Artículo 8.- Residencia y Viajes

La cobertura se extiende al tránsito y/o permanencia del Asegurado en el extranjero, salvo en países que no mantengan relaciones diplomáticas con la República Argentina.

Artículo 9.- Riesgo Cubierto: Cobertura Básica

El presente seguro cubre el riesgo básico de fallecimiento por accidente del Asegurado, siempre y cuando el accidente haya ocurrido durante la vigencia de su Certificado Individual, y que las consecuencias del mismo se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia.

Artículo 10.- Beneficio Básico

En caso de corresponder derecho a beneficio en virtud de la cobertura básica de esta póliza, el Asegurador abonará a los Beneficiarios designados la suma asegurada indicada en el respectivo Certificado Individual, quedando automáticamente sin efecto las restantes coberturas que se hubieren contratado, ganando el Asegurador la totalidad de la prima.

En el caso de Asegurados menores de catorce (14) años, la suma asegurada respectiva deberá ser destinada exclusivamente a la cobertura de los gastos de sepelio, los que deberán ser acreditados en oportunidad del fallecimiento, mediante la documentación correspondiente.

Artículo 11.- Riesgos No Cubiertos

Quedan excluidos de este seguro:

- a. Las consecuencias de las enfermedades de cualquier naturaleza inclusive las originadas por la picadura de insectos, salvo lo especificado en el Artículo 6.
- b. Las lesiones causadas por la acción de rayos "X" y similares, y cualquier elemento radiactivo, u originadas en reacciones nucleares; de las lesiones imputables a esfuerzo, salvo los casos contemplados en el Artículo 6; de insolación, quemaduras por rayos solares, enfriamiento y demás efectos de las condiciones atmosféricas o ambientales; de psicopatías transitorias o permanentes y de las operaciones quirúrgicas o tratamientos; salvo que cualquiera de tales hechos sobrevenga a consecuencia de un accidente cubierto conforme con el Artículo 6 o del tratamiento de las lesiones por él producidas.
- c. Los accidentes que el Asegurado o los beneficiarios, por acción u omisión provoquen dolosamente o con culpa grave o el Asegurado los sufra en empresa criminal. No obstante quedan cubiertos los actos realizados para precaver el siniestro o atenuar sus consecuencias o por un deber de humanidad generalmente aceptado. (Artículos 152 y 70 L. de S.).
- d. Los accidentes causados por vértigos, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que ocurran por estado de enajenación mental, salvo cuando tales trastornos sean consecuencia de un accidente cubierto conforme el Artículo 6; o por estado de ebriedad o por estar el Asegurado bajo la influencia de estupefacientes o alcaloides.
- e. Los accidentes que ocurran mientras el Asegurado tome parte en carreras, ejercicios o juegos atléticos de acrobacia o que tengan por objeto pruebas de carácter excepcional, o mientras participe en viajes o excursiones a regiones o zonas inexploradas.
- f. Los accidentes derivados de la navegación aérea no realizada en líneas de transporte aéreo regular.
- g. Los accidentes derivados del uso de motocicletas y vehículos similares, o de la práctica de deportes que no sean los enumerados en el Artículo 7, o en condiciones distintas a las enunciadas en la misma, salvo pacto en contrario.
- h. Los accidentes causados por hechos de guerra civil o internacional, en caso de guerra se estará a lo que dictamine la autoridad competente.
- i. Los accidentes causados por hechos de guerrilla, rebelión, terrorismo, motín o tumulto popular (excepto huelga), lock-out, cuando el Asegurado participe como elemento activo.
- j. Los accidentes causados por fenómenos sísmicos, inundaciones u otros fenómenos naturales de carácter catastrófico.

Artículo 12.- Agravación por Concausas

Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente a él, de un estado constitucional anormal con respecto a la edad del Asegurado, o de un defecto físico de cualquier naturaleza y origen, la indemnización que corresponda se liquidará de acuerdo con las consecuencias que el mismo accidente hubiera presumiblemente producido sin la mencionada concausa, salvo que ésta fuere consecuencia de un accidente cubierto por la póliza y ocurrido durante la vigencia de la misma.

Artículo 13.- Pluralidad de Seguros

El Asegurado deberá notificar sin dilación a cada asegurador los seguros de Accidentes Personales y/o Accidentes Personales Aeronáuticos que tenga contratados o contrate en lo sucesivo, cuando en conjunto excedan la suma que a tal efecto conste en las Condiciones Particulares.

En caso de hallarse el Asegurado cubierto por un importe superior a dicha suma, sin conocimiento y aceptación expresa de los aseguradores, estos indemnizarán a prorrata de sus respectivas sumas aseguradas solamente hasta la suma a que se refiere el párrafo anterior, sin derecho del Asegurado a restitución de primas.

El Asegurado no tiene obligación de notificar los riesgos de Accidentes Personales que se cubran accesoriamente en otras ramas de seguros.

Artículo 14.- Reticencia

Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Asegurado, aún hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones, si el asegurador hubiese sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato.

El Asegurador debe impugnar el contrato dentro de los tres (3) meses de haber conocido la reticencia o falsedad (Art. 5 L. de S.).

Cuando la reticencia no dolosa es alegada en el plazo del artículo 5 de la L. de S., el Asegurador, a su exclusivo juicio, puede anular el contrato restituyendo la prima percibida con deducción de los gastos, o reajustarla con la conformidad del Asegurado al verdadero estado del riesgo (Art.6 L. de S.).

Si la reticencia fuese dolosa o de mala fe, el Asegurador tiene derecho a las primas de los períodos transcurridos y del período en cuyo transcurso invoque la reticencia o falsa declaración (Art. 8 L. de S.).

En todos los casos, si el siniestro ocurre durante el plazo para impugnar, el Asegurador no adeuda prestación alguna (Art. 9 L. de S.).

Cuando el contrato se efectúe por cuenta ajena se juzgará la reticencia por el conocimiento y la conducta del contratante y del Asegurado (Art. 10 L. de S.).

Artículo 15.- Agravación o Modificación del Riesgo

El Asegurado debe denunciar al Asegurador las agravaciones del riesgo asumido, causadas por un hecho suyo, antes de que se produzcan (Art. 38 L. de S.).

Se entiende por agravación del riesgo asumido, la que si hubiese existido al tiempo de la celebración, a juicio de peritos hubiera impedido este contrato o modificado sus condiciones (Art. 37 L. de S.)

Se consideran agravaciones del riesgo (Art. 132 L. de S.) únicamente las que provengan de las siguientes circunstancias:

- a. Modificación del estado físico o mental del Asegurado.
- b. Modificación de su profesión o actividad.
- c. Fijación de residencia fuera del país.

Cuando la agravación se deba a un hecho del Asegurado la cobertura queda suspendida. El Asegurador, en el término de siete (7) días, deberá notificar su decisión de rescindir (Art. 39 L. de S.).

Cuando la agravación resulte de un hecho ajeno al Asegurado, el Asegurador deberá notificarle su decisión de rescindir dentro del término de un mes y con un preaviso de siete (7) días. Se aplicará el Artículo 39 de la Ley de Seguros si el riesgo no se hubiera asumido según las prácticas comerciales del Asegurador (Art. 40 L. de S.).

No obstante, cuando la agravación provenga del cambio de la profesión o actividad del Asegurado y si de haber existido ese cambio al tiempo de la celebración, el Asegurador hubiera concluido el contrato por una prima mayor, la suma asegurada se reducirá en proporción a la prima pagada o bien se reajustará el monto de la prima de acuerdo al nuevo estado del riesgo desde la denuncia, según la tarifa aplicable que se encuentre en vigencia.

Esta regla no se aplica a las exclusiones previstas en el Artículo 11, inciso g).

La rescisión del contrato por agravación del riesgo da derecho al Asegurador:

- a. Si la agravación del riesgo le fue comunicada oportunamente, a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido.
- b. Si no le fue comunicada oportunamente, a percibir la prima por el período de seguro en curso, no mayor de un año (Art. 41 L. de S.).

Artículo 16.- Residencia en el Extranjero

El Asegurado debe comunicar al Asegurador en forma fehaciente e inmediata, cuando fije su residencia en el extranjero.

Artículo 17.- Pago del Premio

El premio es debido desde la celebración del contrato pero no es exigible sino contra entrega de la póliza, salvo que se haya emitido un certificado o instrumento provisorio de cobertura (Art. 30 L. de S.).

En el caso que el premio no se pague en su totalidad contra la entrega de la presente póliza, su pago queda sujeto a las condiciones y efectos establecidos en la “Cláusula de Cobranza de Premios” que forma parte del presente contrato.

Artículo 18.- Facultades del Productor o Agente

El productor o agente de seguro, cualquiera sea su vinculación con el Asegurador, autorizado por éste para la mediación, sólo está facultado con respecto a las operaciones en las cuales interviene, para:

- a. Recibir propuestas de celebración y modificación de contratos de seguro;
- b. Entregar los instrumentos emitidos por el Asegurador, referentes a contratos o sus prórrogas.

Artículo 19.- Designación de Beneficiario

La designación de beneficiario se hará por escrito y es válida aunque se notifique al Asegurador después del evento previsto.

Designadas varias personas sin indicación de cuota parte, se entiende que el beneficiario es por partes iguales.

Cuando se designe a los hijos se entiende los concebidos y los sobrevivientes al tiempo de ocurrir el evento previsto.

Cuando se designe a los herederos, se entiende a los que por Ley suceden al Asegurado, si no hubiere otorgado testamento; si lo hubiere otorgado, se 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 se haga ineficaz o quede sin efecto, se entiende que designó a los herederos (Arts. 145 y 146 L. de S.).

Artículo 20.- Cambio de Beneficiario

El Asegurado podrá cambiar en cualquier momento el beneficiario designado. Para que el cambio de beneficiario surta efecto frente al Asegurador, es indispensable que éste sea debidamente notificado. Cuando la designación sea a título oneroso y el Asegurador conozca dicha circunstancia no admitirá el cambio de beneficiario.

El Asegurador queda liberado si, actuando diligentemente, hubiera pagado la suma asegurada a los beneficiarios designados con anterioridad a la recepción de cualquier notificación que modificara esa designación.

Artículo 21.- Denuncia del Accidente, Cargas del Asegurado o Beneficiarios

El Asegurado o los beneficiarios comunicarán al Asegurador el acaecimiento del accidente dentro de los tres (3) días de conocerlo, salvo que acredite caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia (Arts. 46 y 47 L. de S.).

Desde el momento de hacerse aparentes las lesiones, el accidentado deberá someterse, a su cargo, a un tratamiento médico racional y seguir las indicaciones del facultativo que le asiste; deberá enviarse al Asegurador un certificado del médico que atiende al lesionado expresando la causa y naturaleza de las lesiones sufridas por el Asegurado, sus consecuencias conocidas o presuntas, y la constancia de que se encuentra sometido a un tratamiento médico racional. El Asegurado remitirá al Asegurador cada quince (15) días certificaciones médicas que informen sobre la evolución de las lesiones y actualicen el pronóstico de curación. Asimismo, el Asegurado deberá someterse al examen de los médicos del Asegurador cada vez que éste lo solicite.

El Asegurado o los beneficiarios están obligados a suministrar al Asegurador, a su pedido, la información necesaria para verificar el siniestro o la extensión de la prestación a su cargo, la prueba instrumental en cuanto sea razonable que la suministre, y a permitirle al Asegurador las indagaciones necesarias a tales fines (Art. 46 L. de S.) sin perjuicio de la información a que se refiere el párrafo anterior.

El Asegurado o los Beneficiarios podrán hacerse representar en las diligencias para verificar el siniestro y liquidar el daño y serán por su cuenta los gastos de esa representación.

Artículo 22.- Denuncia del Fallecimiento

Además de lo dispuesto en el Artículo anterior, el Tomador o Beneficiario deberá denunciar el fallecimiento dentro de los tres (3) días de haberlo conocido, salvo que acredite caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.

A su vez, deberá presentar la siguiente documentación:

- a. Copia de la partida de defunción,
- b. Declaración de médico que haya asistido al Asegurado o certificado su muerte.
- c. Denuncia Policial, si correspondiere.
- d. Testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del hecho determinante de la muerte, salvo que razones procesales lo impidieran.
- e. Copia de documento de identidad de los beneficiarios designados o declaratoria de herederos.

El Asegurador se reserva el derecho de exigir la autopsia o la exhumación del cadáver para establecer las causas de la muerte, debiendo los beneficiarios prestar su conformidad y su concurso para la obtención de las correspondientes autorizaciones para realizarlas.

La autopsia o la exhumación deberán efectuarse con citación de los beneficiarios, los que podrán designar un médico para representarlos. Todos los gastos que ellas motiven serán por cuenta del Asegurador, excepto los derivados del nombramiento del médico representante de los beneficiarios.

Artículo 23.- Reducción de las Consecuencias

El Asegurado en cuanto le sea posible, debe impedir o reducir las consecuencias del siniestro, y observar las instrucciones del Asegurador al respecto, en cuanto sean razonables (Art. 150 L. de S.).

Artículo 24.- Valuación de Peritos

Si no hubiere acuerdo entre las partes sobre la apreciación de cualquier evento potencialmente cubierto por esta Póliza, las consecuencias indemnizables del accidente serán determinadas por dos médicos designados uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los ocho (8) días de su designación, a un tercer facultativo para el caso de divergencia. Los médicos designados por las partes deberán presentar su informe dentro de los treinta (30) días y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de quince (15) días.

Sin una de las partes omitiese designar médico dentro del octavo (8°) día de requerido por la otra, o si el tercer facultativo no fuere electo en el plazo establecido en el apartado anterior, la parte más diligente podrá requerir su nombramiento a la Secretaría de Estado de Salud Pública de la Nación.

Los honorarios y gastos de los médicos de las partes serán a su respectivo cargo y los del tercero 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 las partes (Art. 57 –última parte- L. de S.).

Artículo 25.- Cumplimiento de la Prestación del Asegurador en caso de Fallecimiento

Dentro de los quince (15) días de notificado el siniestro o de cumplidos los requisitos a que se refieren los Artículos 21 y 22 de éstas Condiciones Generales Comunes, el que sea posterior, el Asegurador debe notificar al Tomador y/o Beneficiario la aceptación o el rechazo del siniestro y del otorgamiento de la indemnización pactada.

En caso de viaje aéreo del Asegurado si no se tuvieran noticias del avión por un período no inferior a dos meses, el Asegurador hará efectivo el pago de la indemnización establecida en la presente póliza para el caso de muerte. Si apareciera el Asegurado o se tuvieran noticias ciertas de él, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de las sumas pagadas, pero el Asegurado podrá hacer valer sobre tales sumas las pretensiones a que eventualmente tenga derecho en el caso de que hubiere sufrido accidentes resarcibles cubiertos por la presente póliza.

Artículo 26.- Caducidad por Incumplimiento de Obligaciones y Cargas

El incumplimiento de las obligaciones y cargas impuestas al Asegurado por la Ley de Seguros (salvo que se haya previsto otro efecto en la misma para el incumplimiento) y por el presente contrato, produce la caducidad de los derechos del Asegurado si el incumplimiento obedece a su culpa o negligencia, de acuerdo al régimen previsto en Art. 36 de la L. de S.

Artículo 27.- Ejecución del Contrato

Todas las relaciones derivadas de la ejecución de este contrato serán directas entre La Aseguradora y el Tomador, sin perjuicio de las constancias que por su carácter deban ser aportadas por el Asegurado o los derechohabientes del fallecido.

Lo expuesto en el párrafo anterior, no invalida el derecho propio que ante la Aseguradora tienen los Asegurados y sus beneficiarios, en caso de corresponder, desde que ocurriera alguno de los eventos previstos en la póliza.

Artículo 28.- Rescisión Unilateral

Cualquiera de las partes tiene derecho a rescindir el presente contrato sin expresar causa. Cuando el Asegurador ejerza este derecho, dará un preaviso no menor de quince (15) días. Cuando el Asegurado decida rescindir su Certificado Individual, éste deberá comunicárselo fehacientemente al Tomador. La rescisión se producirá desde la fecha en que el Tomador notifique fehacientemente esa decisión al Asegurador.

Cuando el seguro rija de doce a doce horas, la rescisión se computará desde la hora doce inmediata siguiente. Sino por regla general regirá desde la hora veinticuatro inmediata siguiente.

Si el Asegurador ejerce el derecho de rescindir, la prima se reembolsará proporcionalmente por el plazo no corrido.

Si el Asegurado opta por la rescisión de su Certificado Individual, siempre ésta por medio del Tomador, el Asegurador tendrá derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido, según las tarifas de corto plazo (Art. 18, 2° párrafo L. de S.).

En caso de rescindirse el contrato después de haber ocurrido durante su vigencia uno o varios accidentes cubiertos por el seguro que den lugar a la prestación por invalidez permanente parcial, en caso de tener contratada la Cláusula Adicional de Invalidez Permanente, el cálculo de la prima total a devolver se hará previa deducción del porcentaje de invalidez permanente reconocida.

Artículo 29.- Domicilio para Denuncias y Declaraciones

El domicilio en que las partes deben efectuar las denuncias y declaraciones previstas en la Ley de Seguros o en el presente contrato, es el último declarado (Arts. 15 y 16 L. de S.).

Artículo 30.- Cómputo de los Plazos

Todos los plazos de días, indicados en la presente póliza, se computarán corridos, salvo disposición expresa en contrario.

Artículo 31.- Prórroga de Jurisdicción

Toda controversia judicial que se plantee en relación al presente contrato, se sustanciará ante los jueces competentes de la ciudad cabecera de la circunscripción judicial del domicilio del Asegurado, siempre que sea dentro de los límites del país.

Sin perjuicio de ello, el Asegurado o sus beneficiarios, podrán presentar sus demandas contra el Asegurador ante los tribunales competentes del domicilio de la sede central o sucursal donde se emitió la póliza e igualmente se tramitarán ante ellos las acciones judiciales relativas al cobro de primas.

Artículo 32 - Finalización de las Coberturas Individuales

Las coberturas individuales de cada Asegurado finalizarán en los siguientes casos:

- a. Por renuncia del Asegurado a continuar con el seguro.
- b. Por fallecimiento del Asegurado.
- c. Por dejar de pertenecer el Asegurado al grupo regido por el Tomador.
- d. Por caducidad o rescisión de la póliza.
- e. Por haberse liquidado un importe igual al Capital Asegurado de la cobertura básica, en virtud de la aplicación de Cláusulas Adicionales con beneficio de carácter sustitutivo de aquella.

- f. Por falta de pago de primas de acuerdo con lo establecido en la Cláusula de Cobranza de Premios.
- g. Al cumplir el Asegurado la Edad Máxima de Permanencia establecida en las Condiciones Particulares.

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

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

CLÁUSULA ADICIONAL

INVALIDEZ PERMANENTE

Artículo 1.- Riesgo Cubierto

La Aseguradora concederá al Asegurado el beneficio que acuerda la presente Cláusula cuando el Asegurado sufra un accidente ocurrido estando vigente la cobertura de esta Cláusula Adicional respecto del Asegurado, que le causara una invalidez permanente determinada con prescindencia de su profesión u ocupación, y siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año de sufrido el accidente.

La definición de accidente y el alcance de la cobertura es la acordada en las Condiciones Generales Comunes y Opciones de Contratación u Endosos conforme se indique en las respectivas Condiciones Particulares de la Póliza.

Artículo 2.- Riesgos No Cubiertos

La Aseguradora no pagará la indemnización cuando el evento sea consecuencia de los Riesgos No Cubiertos establecidos en el Artículo 11.- Riesgos No Cubiertos de las Condiciones Generales Comunes.

Artículo 3.- Personas No Asegurables

Esta cobertura no es aplicable a las personas que no cumplan con la edad mínima y máxima de ingreso, según se indique en las Condiciones Particulares de la póliza.

Artículo 4.- Beneficio

El Asegurador pagará al Asegurado una suma igual al porcentaje, sobre la indemnización estipulada en el Certificado Individual para la Cobertura Básica, que corresponda de acuerdo a la naturaleza de la gravedad de la lesión sufrida y según se indica a continuación:

TOTAL			%
Estado absoluto e incurable de alineación mental, que no permita al asegurado ningún trabajo u ocupación, por el resto de su vida			100
Fractura incurable de la columna vertebral que determine la invalidez total y permanente			100
PARCIAL			%
a) Cabeza			
Sordera total e incurable de los dos oídos			50
Pérdida total de un ojo o reducción de la mitad de la visión binocular normal			40
Sordera total e incurable de un oído			15
Ablación de la mandíbula inferior			50
b) Miembros superiores	Der.	Izq.	
Pérdida total de un brazo	65	52	
Pérdida total de una mano	60	48	
Fractura no consolidada de un brazo (seudo artrosis total)	45	36	
Anquilosis del hombro en posición no funcional	30	24	
Anquilosis del hombro en posición funcional	23	20	
Anquilosis del codo en posición no funcional	25	20	
Anquilosis del codo en posición funcional	20	16	
Anquilosis de la muñeca en posición no funcional	20	16	
Anquilosis de la muñeca en posición funcional	15	12	
Pérdida total del pulgar	18	14	
Pérdida total del índice	14	11	
Pérdida total del dedo medio	9	7	
Pérdida total del anular o el meñique	8	6	

c) Miembros inferiores	%
Pérdida total de una pierna	55
Pérdida total de un pie	40
Fractura no consolidada de un muslo (seudo artrosis total)	35
Fractura no consolidada de una pierna (seudo artrosis total)	30
Fractura no consolidada de una rótula	30
Fractura no consolidada de un pie (seudo artrosis total)	20
Anquilosis de la cadera en posición no funcional	40
Anquilosis de la cadera en posición funcional	20
Anquilosis de la rodilla en posición no funcional	30
Anquilosis de la rodilla en posición funcional	15
Anquilosis del empeine (garganta del pie) en posición no funcional	15
Anquilosis del empeine (garganta del pie) en posición funcional	8
Acortamiento de un miembro inferior de por lo menos cinco centímetros	15
Acortamiento de un miembro inferior de por lo menos tres centímetros	8
Pérdida total del dedo gordo de un pie	8
Pérdida total de otro dedo del pie	4

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Artículo 5.- Carácter del Beneficio

El beneficio acordado por invalidez permanente es sustitutivo del capital asegurado de la cobertura principal.

Si el monto abonado en virtud de esta Cláusula resultara inferior a la suma asegurada de la cobertura básica, dicha liberación será parcial por un importe igual al capital liquidado por invalidez permanente.

Una vez liquidado un importe total igual al capital asegurado de la cobertura principal, la Aseguradora queda liberada de cualquier obligación con respecto a dicho Asegurado, salvo las obligaciones pendientes a la fecha del siniestro.

Artículo 6.- Denuncias y Declaraciones, Comprobación de la Invalidez Permanente

Además de lo dispuesto en el Artículo 21.- Denuncia del Accidente, Cargas del Asegurado o Beneficiarios de las Condiciones Generales Comunes, el Tomador o Asegurado deberá denunciar la existencia de la invalidez permanente dentro de los tres (3) días de conocerla, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.

A su vez deberá presentar:

- a. La documentación pertinente que incluya el alta y los certificados que acrediten el grado de invalidez definitiva.
- b. Cualquier otra documentación razonable que el Asegurador considere necesaria.

Artículo 7.- Plazo de Prueba

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

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

En caso de diagnosticarse una invalidez permanente total, el Asegurado deberá seguir abonando las primas correspondientes al período de comprobación de dicho diagnóstico. Confirmado el mismo, la Aseguradora reembolsará las extraprimas abonadas durante el plazo de comprobación.

Cuando el Asegurador hubiere reconocido el derecho, pero aún no estuviera establecido el grado de invalidez permanente, el Asegurado podrá reclamar un pago a cuenta del 50% de la prestación estimada por el Asegurador. A más tardar al finalizar el plazo de prueba se ajustará y liquidará definitivamente la prestación según la invalidez resultante en ese momento.

Artículo 8.- Terminación de la Cobertura

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

- a. cuando se verifique alguno de los eventos previstos en el Artículo 32.- Finalización de las Coberturas Individuales de las Condiciones Generales Comunes;
- b. al abonarse el 100% del Capital Asegurado previsto para esta Cobertura en el respectivo Certificado Individual;
- c. al caducar o rescindirse la presente Cláusula Adicional;
- d. por la renuncia a continuar asegurado por la presente Cláusula Adicional;
- e. cuando el Asegurado cumpla la edad máxima de permanencia indicada en las Condiciones Particulares para esta cobertura.

Ante la terminación de la cobertura dejará de abonarse la extraprima correspondiente a esta Cláusula.

En caso de corresponder, se restituirá al Asegurado el importe de extraprima no ganada.

Artículo 9.- Condiciones Contractuales Aplicables

Esta Cláusula Adicional queda sujeta a los restantes términos de las Condiciones Generales Comunes de la póliza, siempre y cuando no se opongan a las previsiones de la presente Cláusula.

CLAUSULA ADICIONAL

ASISTENCIA MÉDICA Y FARMACÉUTICA POR ACCIDENTE - PRESTACIONAL

Esta cláusula no se puede contratar conjuntamente con las Cláusula de “Reembolso de Gastos por Asistencia Médica y / o Farmacéutica” ni con la Cláusula de “Reembolso de Gastos por Asistencia Médica y / o Farmacéutica con Deducible”.

Artículo 1. Definiciones:

A los fines de la presente póliza los términos que se indican a continuación tendrán exclusivamente los siguientes significados y alcances:

Asistencia médica y farmacéutica: se entiende por tal a la atención médica y farmacéutica a la que haya sido sometido el Asegurado, prescripta por un médico matriculado y producida como consecuencia inmediata de un accidente, con exclusión de aquellos que sean cubiertos al Asegurado por una Obra Social y/o sistema de medicina privada al que se encuentre afiliado el Asegurado.

1 Asistencia médica: se incluyen bajo este concepto la totalidad de las prestaciones médicas que pudiera requerir la atención del Asegurado, siendo que las mismas fueran requeridas durante una internación o en forma ambulatoria. Quedan comprendidas bajo este concepto:

- 1.1 Las consultas médicas correspondientes a todas las especialidades reconocidas por la autoridad sanitaria;
- 1.2 Las internaciones clínico-quirúrgicas, especializadas, de alta complejidad y domiciliarias;
- 1.3 Las intervenciones quirúrgicas y no quirúrgicas;

1.4 Las prácticas de diagnóstico (análisis clínicos y estudios de alta complejidad);

1.5 Las prácticas terapéuticas de baja, media y alta complejidad médica.

2 Asistencia farmacéutica: se incluye bajo este concepto la provisión de la totalidad de los medicamentos que pudiere requerir la atención de la afección del Asegurado, tanto sea para su tratamiento ambulatorio como durante la internación.

Prestador médico: se entiende por tal al médico o instituto médico bajo la órbita y control de la Superintendencia de Salud, con quien el Asegurador posea convenio para otorgar la asistencia médica prevista en la presente Condición Específica y que se informa al Asegurado.

3 Gastos de traslado: son los gastos en los que incurra el Asegurado con motivo de su traslado desde, hasta o entre establecimientos de salud, siendo dicho traslado necesario para el diagnóstico o tratamiento de su patología y respondan exclusivamente a la imposibilidad del Asegurado de movilizarse por sus propios medios, de acuerdo a indicación médica. La elección y las características del vehículo a emplear en el traslado, dependerán del estado clínico del Asegurado. Estos traslados, salvo casos de urgencia que no permitan cumplimentar este requisito, requerirán la previa autorización de la auditoría médica del Asegurador.

Artículo 2: Riesgos Cubiertos

El riesgo amparado por esta Cláusula Especial es el de los gastos médicos y gastos de traslado incurridos por el Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia del seguro, durante el plazo máximo de un año desde la fecha de ocurrencia del mismo y hasta la suma asegurada prevista en las Condiciones Particulares y en el Certificado Individual.

El Asegurador, a través de la red de prestadores con la cual posee convenio, brindará al Asegurado las prestaciones de asistencia médica que éste pudiera demandar, originadas en un accidente cubierto por la presente cobertura.

Únicamente en los casos en que resultara imposible la comunicación al Asegurador para la atención de una urgencia o cuando comunicada, éste no pudiera brindar la prestación en el plazo que demande la gravedad de la afección, el Asegurado podrá requerir su atención en un prestador médico no incluido en la red, dando inmediato aviso al Asegurador, a través del Contratante. Sólo en este supuesto, el Asegurador, previa verificación de los hechos, reintegrará los gastos derivados de la asistencia médica recibida por el Asegurado, dentro de los 15 (quince) días de efectuado el reclamo y de adjuntada la documentación correspondiente, incluidas las facturas originales respecto de las cuales se solicita el reintegro con indicación de los conceptos facturados.

En el caso que el Asegurado requiera la asistencia médica con motivo de una emergencia o urgencia médica y que una vez prestada la misma se verifique que dicha atención no respondía a un accidente cubierto por la presente Cláusula Adicional, el Asegurador se reserva el derecho a recuperar del Asegurado el monto de las prestaciones otorgadas por el prestador médico en razón de la presente cobertura.

La asistencia médica y farmacéutica se extiende a la prestada en el extranjero, salvo en países que no mantengan relaciones diplomáticas con la República Argentina.

Artículo 3.- Riesgos No Cubiertos

Además de lo previsto por el Artículo 11.- Riesgos No Cubiertos de las Condiciones Generales Comunes, se agregan a los efectos de la presente cobertura las siguientes exclusiones:

- a. Asistencias que sean cubiertos al Asegurado por una Obra Social y/o sistema de medicina privada al que se encuentre afiliado el Asegurado;
- b. Asistencias por viajes y estadías para tratamientos termales o convalecencias ni por el suministro de lentes, aparatos ortopédicos y prótesis dentales;
- c. Terapias alternativas para cualquier patología;
- d. Métodos de diagnóstico o tratamientos en vía experimental y/o de los que se carezca de suficiente experiencia que acredite sus resultados y/o no avalados científicamente;
- e. Medicamentos y/o esquemas terapéuticos que estén en experimentación o en fase de prueba, no aprobados por autoridad competente.

Artículo 4.- Personas No Asegurables

No podrán asegurarse con esta cláusula adicional a personas mayores de 70 años (salvo pacto en contrario, según se indique en las Condiciones Particulares) ni personal en relación de dependencia.

Artículo 5: Carácter del Beneficio

Queda entendido y convenido que en caso de siniestro que afecte las restantes coberturas no se deducirán de las mismas los importes que se hubieran abonado en concepto de gastos médicos y gastos de traslado, ya que esta cobertura es adicional e independiente de las demás.

Luego de abonada cualquier indemnización, esta cobertura quedará automáticamente restablecida para nuevos siniestros, obligándose el Asegurado al pago de la prima sobre el monto que se restablece calculada a prorrata desde la fecha del siniestro que originó la reducción de la suma asegurada.

Artículo 6: Documentación a Presentar

Ocurrido el accidente que diera lugar a la asistencia médica o gastos de traslado cubiertos por la presente Cláusula Adicional, a los efectos de obtener el beneficio previsto, el Asegurado o su representante deberán:

- a. Presentarse ante el prestador médico con documento de identidad y el formulario de denuncia del siniestro.
- b. Cumplimentar los requisitos relativos a la denuncia del accidente de conformidad con lo establecido en el artículo 21 de las Condiciones Generales Comunes.
- c. En caso de solicitar el reembolso de gastos, las facturas originales respecto de las cuales solicita el reintegro, en las cuales deberá constar la identificación de los conceptos facturados.

Artículo 7.- Terminación de la Cobertura

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

- a. cuando se verifique alguno de los eventos previstos en el Artículo 32.- Finalización de las Coberturas Individuales de las Condiciones Generales Comunes;
- b. al caducar o rescindirse la presente Cláusula Adicional;
- c. por la renuncia a continuar asegurado por la presente Cláusula Adicional;
- d. cuando el Asegurado cumpla la edad máxima de permanencia indicada en las Condiciones Particulares para esta cobertura.

Ante la terminación de la cobertura dejará de abonarse la extraprima correspondiente a esta Cláusula.

En caso de corresponder, se restituirá al Asegurado el importe de extraprima no ganada.

Artículo 8.- Condiciones Contractuales Aplicables

Esta Cláusula Adicional queda sujeta a los restantes términos de las Condiciones Generales Comunes de la póliza, siempre y cuando no se opongan a las previsiones de la presente Cláusula.



SEGURO DE VIDA COLECTIVO

AMPLIO

SEGURO DE VIDA COLECTIVO AMPLIO

Riesgos no Cubiertos

El Asegurador no pagará la indemnización si el fallecimiento se produjera como consecuencia de una de las causas enumeradas a continuación:

- a. Duelo, riña, salvo que se tratase de legítima defensa, tumulto popular (siempre que no sea por huelga) en que hubiese participado como elemento activo, revolución o empresa criminal.
- b. Abuso del alcohol, drogas o narcóticos.
- c. Hechos que ocurran mientras el Asegurado participe como conductor o integrante de equipo en competencias de pericia o velocidad con vehículo mecánico o de tracción a sangre o en justas hípicas (saltos con vallas o carreras con obstáculos), o intervenga en las pruebas de prototipos de vehículos de propulsión mecánica.
- d. Hechos que ocurran mientras el Asegurado tome parte en carreras, ejercicios, o juegos atléticos de acrobacia o que tengan por objeto pruebas de carácter excepcional, o mientras participe en viajes o excursiones a regiones o zonas inexploradas o en operaciones o viajes submarinos o aéreos de cualquier naturaleza, salvo como pasajero en servicio de transporte aéreo regular.
- e. Hechos que ocurran durante la participación del Asegurado en cualquier acto de guerra, declarada o no, que no comprenda a la Nación Argentina. 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.
- f. Hechos que ocurran durante la participación del Asegurado en empresa criminal o por aplicación legítima de la pena de muerte.
- g. Actos ilícitos provocados por los beneficiarios o el contratante de seguro, que le provocaran deliberadamente la muerte al Asegurado; teniendo en cuenta que solo pierde el derecho aquel beneficiario que provoca el acto ilícito. Se excluyen además el suicidio y las consecuencias de la tentativa de suicidio, salvo que el seguro haya estado en vigor ininterrumpidamente por un año completo por lo menos, contados desde la emisión del certificado individual o de su última rehabilitación
- h. Por todo riesgo derivado de fenómenos sísmicos, inundaciones, u otros fenómenos naturales de carácter catastrófico.
- i. Por todo riesgo derivado de reacciones nucleares o atómicas que produzcan consecuencias de carácter catastrófico.
- j. Enfermedad Preexistente, si corresponde. Se entiende por Enfermedad Preexistente a toda enfermedad que padeciera el Asegurado, diagnosticada con anterioridad a su incorporación al seguro y que fuera la causa directa de su fallecimiento o incapacidad total y permanente durante los primeros 12 meses de vigencia del certificado individual.

CONDICIONES GENERALES

Art. 1.- Ley de las Partes Contratantes

Las partes contratantes se someten a las disposiciones de la Ley de Seguros 17.418 y a las de la presente póliza que la complementan o modifican cuando eso es posible. En caso de discordancia entre las Condiciones Generales y las Particulares, se estará a lo que dispongan estas últimas.

Art. 2.- Definiciones

Se entiende por:

- a. ASEGURADOR: Trayectoria Compañía de Seguros de Vida S.A.
- b. CONTRATANTE: La persona física o jurídica que celebra el contrato con el Asegurador.
- c. ASEGURADO: La persona física que revista el carácter de asegurable a los efectos de este seguro y que haya sido incorporado al seguro colectivo de acuerdo a las condiciones de esta póliza.
- d. BENEFICIARIO: La persona física o jurídica que sea destinataria en caso de siniestro de los beneficios de esta póliza.

Art. 3.- Relación entre Contratante y Asegurado

En general esta póliza podrá ser contratada por cualquier persona física o jurídica que haga las veces de contratante según se define en el artículo anterior, siempre que, al momento de contratar el seguro, y durante toda la vigencia del mismo, exista una relación distinta y anterior a la contratación del seguro con los asegurables.

A título enunciativo se presentan las siguientes relaciones posibles:

- a. Mutual para sus Mutualistas
- b. Asociación para sus Asociados
- c. Cooperativa para sus Cooperativistas
- d. Club para sus Socios
- e. Caja de Previsión para sus Afiliados
- f. Colegio Profesional para sus Matriculados
- g. Universidad para sus Estudiantes
- h. Colegio para los Padres de sus alumnos.

Art. 4.- Reticencia o Falsa Declaración

Esta póliza se emite según las declaraciones del Contratante y de los Asegurados consignadas en las respectivas solicitudes y en los cuestionarios relativos a su salud, cuando los hubiera, 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 reticencia de circunstancias conocidas, por el Contratante o los Asegurados, aún hecha de buena fe, que a juicio de peritos hubiese y 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 el caso.

El Asegurador debe impugnar el contrato dentro de los tres meses de haber conocido la reticencia o falsedad.

Cuando la reticencia no dolosa es alegada en el plazo del artículo 5° de la Ley de Seguros, el Asegurador, a su exclusivo juicio, puede anular el contrato restituyendo la prima percibida, con deducción de los gastos, o reajustarla, con la conformidad del Asegurado al verdadero estado del riesgo.

Si la reticencia fuese dolosa o de mala fe, el Asegurador tiene derecho a las primas de los períodos transcurridos y del período en cuyo transcurso invoque la reticencia o falsa declaración.

En todos los casos, si el siniestro ocurre durante el plazo para impugnar, el Asegurador no adeuda prestación alguna.

Sin embargo, el Asegurador renuncia expresamente a invocar cualquier reticencia (excepción hecha si fuese dolosa) como motivo de nulidad derivada de dichas declaraciones del Contratante y/o de los Asegurados después de tres años de vigencia de la Póliza, o del certificado individual en su caso, todo ello sin perjuicio de la que respecto de la edad se establece en estas condiciones generales.

El Asegurador no podrá invocar como reticencia la omisión de hechos o circunstancias que no hayan sido preguntados clara y expresamente en la propuesta, en las solicitudes y en las declaraciones personales para el presente seguro.

Art. 5.- Fecha de Iniciación de la Cobertura

Este contrato adquiere fuerza legal desde las 12 horas del día de la fecha de vigencia inicial del seguro indicada en las Condiciones Particulares de esta póliza.

Art. 6.- Personas Asegurables

A los efectos de este seguro revisten carácter de asegurables todas las personas físicas que mantengan una relación con el Contratante como la indicada en el Art. 3.-, y que cumplan con los requisitos de asegurabilidad que indique el Asegurador o bien tengan contratada la cláusula de Enfermedades Preexistentes.

Las personas asegurables que hubiesen suscripto la correspondiente solicitud de incorporación con anterioridad a la fecha de vigencia inicial del seguro, quedarán cubiertas desde la fecha de vigencia inicial. Todas aquellas personas que suscriban la solicitud de incorporación al seguro, con posterioridad a la fecha de vigencia inicial, quedarán incorporadas al seguro el primer día del mes siguiente al de la suscripción de la solicitud.

Art. 7.- 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 del Asegurador 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.

Art. 8.- Número Mínimo de Asegurados y/o Porcentaje Mínimo de Adhesión

Es condición expresa para que este seguro entre en vigor y mantenga su vigencia, en las condiciones pactadas en materia de capitales asegurados y tarifas, que el número de asegurados en cantidad y/o en relación con los que se hallen en condiciones de asegurarse, no sean inferiores a los que se indican en las Condiciones Particulares de esta Póliza.

Si en cualquier momento durante la vigencia de la Póliza no se cumplieran las condiciones antes mencionadas, el seguro mantendrá su vigencia mientras el Asegurador no haga saber por escrito al Contratante las modificaciones a esas condiciones, con nuevas sumas aseguradas y/o tarifas modificadas, que regirán al seguro, o la rescisión del mismo por la causa antes señalada, haciéndolo con una anticipación mínima de 30 días.

Art. 9.- Edades Máximas

La edad máxima de incorporación al seguro será de 64 años cumplidos. Asimismo, la edad máxima de permanencia será de 69 años cumplidos.

A partir del primer día del mes siguiente a la fecha del cumpleaños en que el asegurado cumpla los 65 años de edad no se permitirán incrementos de capital asegurado.

Art. 10.- Computo de Plazos

Todos los plazos de días indicados en la presente póliza se computarán corridos, salvo expresa disposición en contrario. Los vencimientos se producirán a las cero horas del día que se indique.

Las denuncias y declaraciones impuestas por la Ley de Seguros o por este contrato se considerarán cumplidas si se expiden dentro del término fijado.

Art. 11.- Cálculo de las Primas

El importe de la primera prima, que corresponde al período que comienza en la fecha de iniciación de vigencia de esta póliza, o se ala prima inicial, se determinará aplicando a la tarifa vigente correspondiente a la edad alcanzada, sexo del asegurado y el capital asegurado de cada seguro individual.

Dividiendo el importe de la prima inicial así calculada por el total de los capitales iniciales asegurados, 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 iniciales y a todos los que se aseguren en lo sucesivo.

En cada anualidad el Asegurador recalculará la prima media de acuerdo con el grupo asegurado en ese momento, los sexos, las respectivas edades alcanzadas y los capitales asegurados, la que se mantendrá vigente hasta el vencimiento de la anualidad.

Art. 12.- Definición del Premio

Se entiende por premio, el importe total formado por la prima, sus adicionales y recargos con más los impuestos, tasas y sellados, cargos o intereses.

Art. 13.- Pago de Premios

Los premios deberán ser pagados en el domicilio del Asegurador o a los cobradores debidamente autorizados, pero solamente a cambio de recibos oficiales emitidos por el Asegurador.

El primer premio deberá ser abonado en la fecha de iniciación de vigencia de esta póliza, o contra entrega (la que sea posterior). Si no fuere abonado en su momento, quedará en suspenso la iniciación de vigencia del seguro y el riesgo sin cobertura.

Para el pago de los premios siguientes al primero, sin recargo de intereses, el Asegurador concede 30 días de gracia computados a partir de la fecha de vencimiento de los mismos, durante los cuales cubrirá el riesgo asegurado. Si dentro de dicho plazo se produjera el fallecimiento de uno o más Asegurados, el premio correspondiente al seguro de los fallecidos deberá ser pagado por el contratante junto con el de los Asegurados sobrevivientes.

Transcurrido el plazo de gracia sin que el premio haya sido abonado, quedará automáticamente rescindido el seguro con efecto al vencimiento de dicho plazo. El Contratante adeudará al Asegurador el premio correspondiente al plazo de gracia, salvo que dentro de dicho plazo haya solicitado por escrito la rescisión de la póliza, en cuyo caso deberá pagar un premio calculado a prorrata por los días transcurridos desde el vencimiento del premio impago hasta la fecha de envío de tal solicitud.

El pago de un premio no mantendrá esta póliza en vigor más que hasta el vencimiento del plazo de gracia para el pago del premio subsiguiente.

Art. 14.- Certificados Individuales

El Asegurador proporcionará a cada Asegurado, por intermedio del Contratante, un certificado individual en el que se establezcan sucintamente los derechos y obligaciones de las partes, así como también el monto del respectivo capital asegurado individual, la fecha de entrada en vigor y el nombre del Beneficiario o Beneficiarios designados. Otorgará además un certificado suplementario cuando se produzca el aumento del capital asegurado y reemplazará el o los certificados vigentes cuando se produzca una reducción del capital asegurado individual.

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 fuera rescindida.

Art. 15.- Rescisión del Seguro Colectivo

Sin perjuicio de las demás causales de rescisión que han sido previstas, el Contratante se reserva el derecho de rescindir este seguro, sin expresión de causa, en cualquier vencimiento de prima. El asegurador solo podrá no renovar el contrato, previo aviso al contratante no menor a 30 días anteriores a la finalización del plazo del seguro.

Art. 16.- Rescisión de los Certificados Individuales

El certificado individual de cada Asegurado quedará rescindido y sin valor alguno en los siguientes casos:

- a. Por rescisión del seguro colectivo.
- b. Por renuncia del Asegurado a continuar con su seguro
- c. Por haber perdido la relación que lo ligaba con el Contratante de acuerdo al Art.3.- de las presentes Condiciones Generales.

Tanto en las circunstancias del punto b) como el c), el Contratante se obliga a comunicar la circunstancia de inmediato al Asegurador.

El Asegurado quedará excluido de la póliza y su certificado individual rescindido y sin valor alguno al último día del mes en que se presente la rescisión del certificado individual. En caso de que el Contratante desee que el certificado individual quede rescindido desde la fecha en que se presenta la rescisión deberá manifestar esta intención por escrito al Asegurador quien devolverá la parte proporcional de la prima cobrada en exceso.

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 Asegurador, Contratante o de los Asegurados.

Art. 17.- Designación de Beneficiarios

Cuando las primas estén totalmente a cargo del Contratante, éste podrá designar los beneficiarios, e incluso auto designarse beneficiario, en la medida en que cuente con el consentimiento escrito de los asegurados.

En los casos en que las primas estén total o parcialmente a cargo de los Asegurados, serán éstos quienes tendrán derecho a designar a los beneficiarios. Esta designación se hará inicialmente en la solicitud del seguro individual o en cualquier otra comunicación tal como se describe en el artículo siguiente.

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 que le corresponda acrecerá la de los demás beneficiarios, si los hubiere, en la proporción de sus propias asignaciones.

Cuando se designa a los hijos, se entiende los concebidos o sobrevivientes al tiempo de ocurrir el evento previsto, incluso los por nacer.

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

Art. 18.- Cambio de Beneficiario

El Asegurado o el Contratante, cuando le corresponde, podrá cambiar el beneficiario designado, salvo que la designación sea a título oneroso.

Para que el cambio de beneficiario surta efecto frente al Asegurador, es indispensable la comunicación fehaciente al Asegurador. Si el cambio no hubiera llegado a registrarse por el Asegurador en el Certificado Individual, o en caso de imposibilidad de abonar el seguro por duda sobre la designación o cambio de beneficiario, o en cuanto a los herederos legales, el Asegurador consignará judicialmente el importe en la forma que corresponda según la situación que se presentare, dejando así librada a resolución judicial la determinación de la persona o personas beneficiarias.

El Asegurador queda liberado si, actuando diligentemente, hubiera pagado el capital asegurad a los beneficiarios designados con anterioridad a la recepción de cualquier comunicación que modificara la designación de beneficiario.

Art. 19.- Capitales Asegurados

Los capitales asegurados individuales no podrán ser superiores a los estipulados en las Condiciones Particulares, para cada tipo de Asegurado respectivamente.

Art. 20.- Liquidación

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

Cuando la liquidación se efectúe por fallecimiento del Asegurado durante la vigencia de esta póliza, el Asegurador 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 su muerte y declaración del Beneficiario, ambas declaraciones extendidas en los formularios que suministrará el Asegurador.

También se aportará testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiese instruido con motivo del hecho determinante del fallecimiento del Asegurado, salvo que razones procesales lo impidieran.

Asimismo, se proporcionará al Asegurador cualquier información que solicite para verificar el fallecimiento y se le permitirán las indagaciones que sean necesarias a tal fin.

Recibida toda esta documentación, el Asegurador pondrá el importe del capital asegurado a disposición del Beneficiario o Beneficiarios, comunicando previamente tal circunstancia al Contratante, con una demora que no será nunca superior a los 15 días, de acuerdo con el artículo 49 de la Ley 17.418.

Art. 21.- Información a suministrar al Asegurador

Los Asegurados, en cuanto sea razonable, deberán suministrar al Asegurador cualquier otra información necesaria para el cumplimiento de esta póliza que se les requiera, tales como las fechas, pruebas y certificados de nacimiento, defunción, incapacidad, y cualquier otra que se relacione con el seguro.

Si resultara que la edad o cualquier otra información referente a un Asegurado fuera errónea, el Asegurador se obliga a pagar tan solo lo que hubiera debido pagar de haber sido exacta la información, salvo que fuera aplicable el artículo 4.- de estas Condiciones Generales.

Cuando se comprobare que la edad del Asegurado en la fecha de contratación de su seguro superara la edad máxima establecida por el Asegurador, será de aplicación lo establecido en el artículo 4.- de estas Condiciones Generales, en lo relativo a la nulidad de la cobertura.

Art. 22.- Nómina de Asegurados

El Contratante, al momento de emitir la póliza debe suministrar una nómina de los Asegurados con los respectivos capitales asegurados, fechas de nacimiento, nombre y apellido, número y tipo de documento y sexo de cada uno. Así como también entregará periódicamente listas adicionales de modificación por el ingreso y/o egreso de asegurados y/o por el aumento o disminución de capitales asegurados individuales.

Art. 23.- Intervención del Contratante – Ejecución del Contrato

Las relaciones entre el Asegurador y los Asegurados o Beneficiarios de éstos se desenvolverán siempre por intermedio del Contratante.

Conforme a ello, el Contratante deberá certificar la exactitud de los datos contenidos en las solicitudes de cada Asegurado, efectuará al Asegurador el pago de las primas y, a su vez, cobrará a los Asegurados la parte que a cada uno le pudiera corresponder, si este fuera el caso.

Lo convenido precedentemente no excluye el derecho propio que contra el Asegurador tienen los Asegurados y sus respectivos Beneficiarios desde que ocurriera alguno de los eventos previstos en esta póliza.

Art. 24.- Residencia y Viajes

Esta póliza extiende sus alcances a los hechos generadores de beneficios que ocurran en el extranjero, excepto países con que la República Argentina no mantenga relaciones diplomáticas.

Art. 25.- Riesgos No Cubiertos

El Asegurador no pagará la indemnización si el fallecimiento se produjera como consecuencia de una de las causas enumeradas a continuación:

- a. Duelo, riña, salvo que se tratase de legítima defensa, tumulto popular (siempre que no sea por huelga) en que hubiese participado como elemento activo, revolución o empresa criminal.
- b. Abuso del alcohol, drogas o narcóticos.
- c. Hechos que ocurran mientras el Asegurado participe como conductor o integrante de equipo en competencias de pericia o velocidad con vehículo mecánico o de tracción a sangre o en justas hípicas (saltos con vallas o carreras con obstáculos), o intervenga en las pruebas de prototipos de vehículos de propulsión mecánica.

- d. Hechos que ocurran mientras el Asegurado tome parte en carreras, ejercicios, o juegos atléticos de acrobacia o que tengan por objeto pruebas de carácter excepcional, o mientras participe en viajes o excursiones a regiones o zonas inexploradas o en operaciones o viajes submarinos o aéreos de cualquier naturaleza, salvo como pasajero en servicio de transporte aéreo regular.
- e. Hechos que ocurran durante la participación del Asegurado en cualquier acto de guerra, declarada o no, que no comprenda a la Nación Argentina. 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.
- f. Hechos que ocurran durante la participación del Asegurado en empresa criminal o por aplicación legítima de la pena de muerte.
- g. Actos ilícitos provocados por los beneficiarios o el contratante de seguro, que le provocaran deliberadamente la muerte al Asegurado; teniendo en cuenta que solo pierde el derecho aquel beneficiario que provoca el acto ilícito. Se excluyen además el suicidio y las consecuencias de la tentativa de suicidio, salvo que el seguro haya estado en vigor ininterrumpidamente por un año completo por lo menos, contados desde la emisión del certificado individual o de su última rehabilitación.
- h. Por todo riesgo derivado de fenómenos sísmicos, inundaciones, u otros fenómenos naturales de carácter catastrófico.
- i. Por todo riesgo derivado de reacciones nucleares o atómicas que produzcan consecuencias de carácter catastrófico.
- j. Enfermedad Preexistente, si corresponde. Se entiende por Enfermedad Preexistente a toda enfermedad que padeciera el Asegurado, diagnosticada con anterioridad a su incorporación al seguro y que fuera la causa directa de su fallecimiento o incapacidad total y permanente durante los primeros 12 meses de vigencia del certificado individual.

Art. 26.- Cesiones

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

Art. 27.- Duplicado de Póliza y Certificados Individuales

En caso de extravío, robo o destrucción de esta póliza o de cualquier certificado individual, el Contratante o el Asegurado, respectivamente, podrán obtener un duplicado en sustitución del original, solicitándolo por escrito al Asegurador con especificación del motivo. Una vez emitido el duplicado el original pierde todo su valor.

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

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

Art. 28.- Impuesto, Tasas y Contribuciones

Todos los impuestos, tasas y contribuciones de cualquier índole, así como sus aumentos eventuales y los que pudieran crearse en el futuro, serán a cargo del Contratante, de los Asegurados o de los Beneficiarios, según el caso, salvo aquellos que por expresa disposición de la ley estén a cargo exclusivo del Asegurador, y estuviese prohibido hacerlos gravitar sobre las personas mencionadas.

Art. 29.- Domicilios para Denuncias y Declaraciones

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

Art. 30.- Jurisdicción

Toda controversia judicial que se plantee en relación al presente contrato, se sustanciará ante los tribunales ordinarios competentes del lugar de emisión de la póliza o bien ante los tribunales ordinarios competentes del domicilio del asegurado.

INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

(CLÁUSULA “I”)

Art. 1.- Riesgos Cubiertos

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

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

Sin perjuicio de otras causas, el Asegurador reconocerá como casos de invalidez total y permanente las siguientes:

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

Art. 2.- Beneficio

El Asegurador comprobada la invalidez abonará al Asegurado el capital asegurado por el riesgo principal en un único pago.

Art. 3.- Carácter del Beneficio

El beneficio acordado por invalidez es sustitutivo del capital asegurado que debiere liquidarse en caso de fallecimiento del Asegurado, de modo que, con el pago al que se refiere el artículo anterior, el Asegurador queda liberado de cualquier obligación con respecto a dicho Asegurado.

Art. 4.- Riesgos no Cubiertos

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

- a. Tentativa de suicidio voluntario o culpa grave del Asegurado.
- b. Duelo, 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. Hechos que ocurran mientras el Asegurado participe como conductor o integrante de equipo en competencias de pericia o velocidad con vehículo mecánico o de tracción a sangre o en justas hípicas (saltos con vallas o carreras con obstáculos), o intervenga en las pruebas de prototipos de vehículos de propulsión mecánica.
- e. Hechos que ocurran mientras el Asegurado tome parte en carreras, ejercicios, o juegos atléticos de acrobacia o que tengan por objeto pruebas de carácter excepcional, o mientras participe en viajes o excursiones a regiones o zonas inexploradas o en operaciones o viajes submarinos o aéreos de cualquier naturaleza, salvo como pasajero en servicio de transporte aéreo regular.

- f. Hechos que ocurran durante la participación del Asegurado en cualquier acto de guerra, declarada o no, que no comprenda a la Nación Argentina. 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.
- g. Por todo riesgo derivado de fenómenos sísmicos, inundaciones, u otros fenómenos naturales de carácter catastrófico.
- h. Por todo riesgo derivado de reacciones nucleares o atómicas que produzcan consecuencias de carácter catastrófico.

Art. 5.- Comprobación de la Invalidez

Corresponde al Asegurado o a su representante:

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

Art. 6.- Plazo de Prueba

El Asegurador, dentro de los 15 días de recibida la denuncia y/o las constancias a que se refiere el punto anterior, contados desde la fecha que sea posterior, deberá hacer saber al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento de los beneficios.

Si las comprobaciones a que se refiere el artículo 5° no resultaren concluyentes en cuanto al carácter total y permanente de la invalidez, el Asegurador podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor de 3 meses, a fin de confirmar el diagnóstico.

La no contestación del Asegurador en el plazo establecido significará automáticamente el reconocimiento del beneficio reclamado.

Art. 7.-Valuación por Peritos

Si el Asegurado sufriera alguna lesión, éste junto con la Compañía tendrán 15 días para nombrar un médico cada uno. Pero, si en la apreciación de cualquier lesión del Asegurado surgieran divergencias entre su médico y el designado por la Compañía, dentro de los 30 días estipulados para que se expidan; ambos, de común acuerdo, procederán a nombrar dentro de los próximos 3 días un tercero, quien previo examen médico del Asegurado tendrá 8 días para determinar al respecto. De no llegarse a un acuerdo para la designación de un tercero, este nombramiento lo hará el Ministerio de Salud y Acción Social. 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 el Asegurador si quedará obligada a atenderlas.

Art. 8.- Terminación de la Cobertura

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

- a. al caducar y/o rescindirse la póliza y/o el certificado individual por cualquier causa
- b. a partir de la fecha en que el Asegurado cumpla los 65 años de edad. Si existiera prima de riesgo no corrido ésta se le reintegrará al Asegurado.
- c. Al desvincularse el Asegurado del Contratante, de acuerdo a lo que establece el Artículo 3º de las Condiciones Generales.
- d. Cuando el asegurado haya sido indemnizado por la Cláusula de Transplante de Órganos.

Art. 9.- Restricciones

Esta cláusula no podrá contratarse conjuntamente con la Cláusula II ni con la Cláusula III.

INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

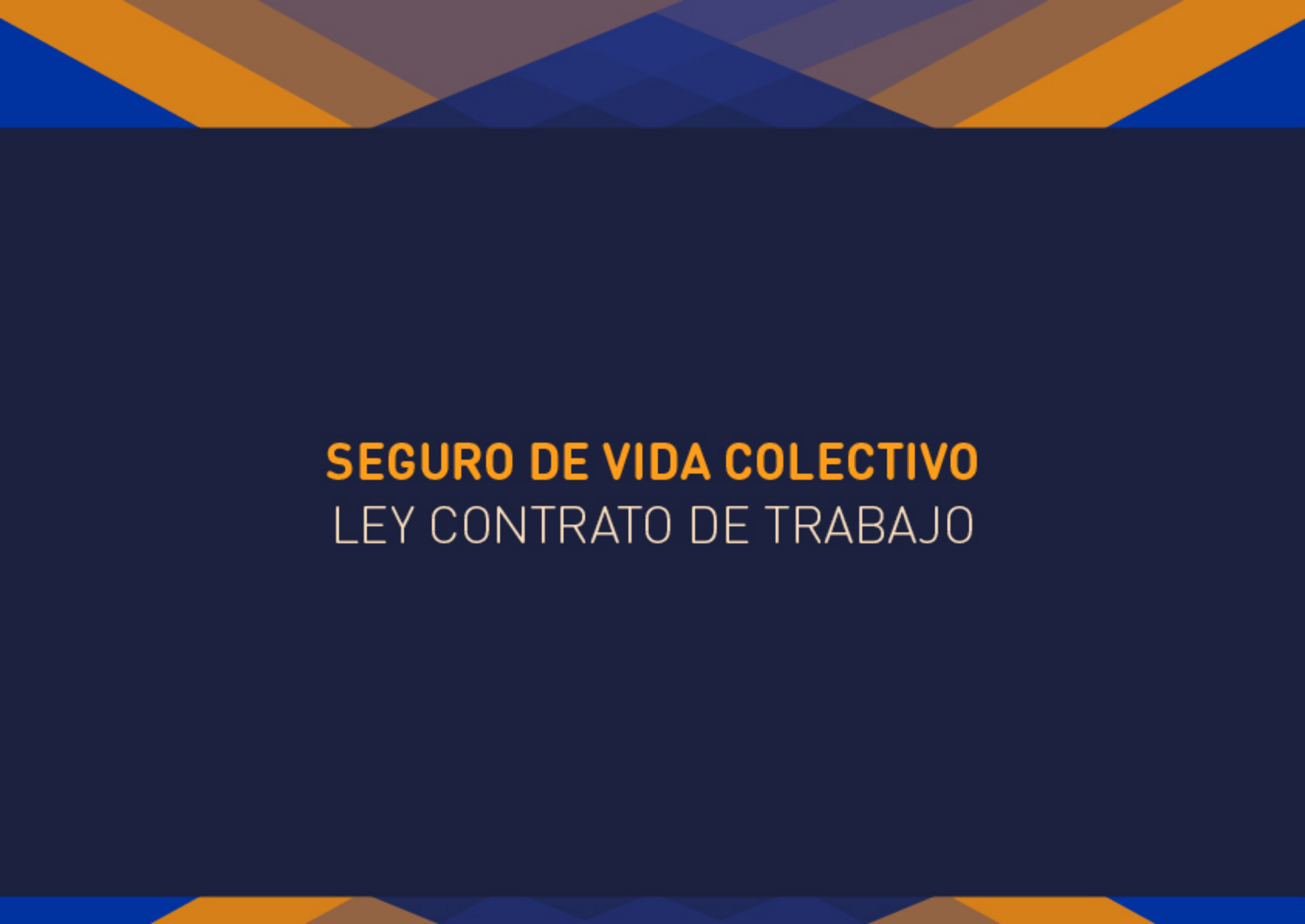
(CLÁUSULA “I”)

Anexo I

Riesgos no Cubiertos

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

- a. Tentativa de suicidio voluntario o culpa grave del Asegurado.
- b. Duelo, 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. Hechos que ocurran mientras el Asegurado participe como conductor o integrante de equipo en competencias de pericia o velocidad con vehículo mecánico o de tracción a sangre o en justas hípicas (saltos con vallas o carreras con obstáculos), o intervenga en las pruebas de prototipos de vehículos de propulsión mecánica.
- e. Hechos que ocurran mientras el Asegurado tome parte en carreras, ejercicios, o juegos atléticos de acrobacia o que tengan por objeto pruebas de carácter excepcional, o mientras participe en viajes o excursiones a regiones o zonas inexploradas o en operaciones o viajes submarinos o aéreos de cualquier naturaleza, salvo como pasajero en servicio de transporte aéreo regular.
- f. Hechos que ocurran durante la participación del Asegurado en cualquier acto de guerra, declarada o no, que no comprenda a la Nación Argentina. 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.
- g. Por todo riesgo derivado de fenómenos sísmicos, inundaciones, u otros fenómenos naturales de carácter catastrófico.
- h. Por todo riesgo derivado de reacciones nucleares o atómicas que produzcan consecuencias de carácter catastrófico.



SEGURO DE VIDA COLECTIVO

LEY CONTRATO DE TRABAJO

SEGURO DE VIDA COLECTIVO - LEY CONTRATO DE TRABAJO

Riesgos no Cubiertos

El Asegurador no pagará la indemnización si el fallecimiento se produjera como consecuencia de una de las causas enumeradas a continuación:

- a. Duelo, riña, salvo que se tratase de legítima defensa, tumulto popular (siempre que no sea por huelga) en que hubiese participado como elemento activo, revolución o empresa criminal.
- b. Abuso del alcohol, drogas o narcóticos.
- c. Hechos que ocurran mientras el Asegurado participe como conductor o integrante de equipo en competencias de pericia o velocidad con vehículo mecánico o de tracción a sangre o en justas hípicas (saltos con vallas o carreras con obstáculos), o intervenga en las pruebas de prototipos de vehículos de propulsión mecánica.
- d. Hechos que ocurran mientras el Asegurado tome parte en carreras, ejercicios, o juegos atléticos de acrobacia o que tengan por objeto pruebas de carácter excepcional, o mientras participe en viajes o excursiones a regiones o zonas inexploradas o en operaciones o viajes submarinos o aéreos de cualquier naturaleza, salvo como pasajero en servicio de transporte aéreo regular.
- e. Hechos que ocurran durante la participación del Asegurado en cualquier acto de guerra, declarada o no, que no comprenda a la Nación Argentina. 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.
- f. Hechos que ocurran durante la participación del Asegurado en empresa criminal o por aplicación legítima de la pena de muerte.
- g. Actos provocados intencionalmente al Asegurado por los beneficiarios del seguro. Se excluyen además el suicidio y las consecuencias de la tentativa de suicidio, salvo que el seguro haya estado en vigor ininterrumpidamente por un año completo por lo menos, contados desde la incorporación del Asegurado en el seguro o de su última rehabilitación.
- h. Por todo riesgo derivado de fenómenos sísmicos, inundaciones, u otros fenómenos naturales de carácter catastrófico.
- i. Por todo riesgo derivado de reacciones nucleares o atómicas que produzcan consecuencias de carácter catastrófico.
- j. Enfermedad Preexistente, si corresponde. Se entiende por Enfermedad Preexistente a toda enfermedad que padeciera el Asegurado, diagnosticada con anterioridad a su incorporación al seguro y que fuera la causa directa de su fallecimiento o incapacidad total y permanente durante los primeros 12 meses de vigencia del certificado individual.

CONDICIONES GENERALES

Art. 1.- Ley de las Partes Contratantes

Las partes contratantes se someten a las disposiciones de la Ley de Seguros 17.418 y a las de la presente póliza que la complementan o modifican cuando eso es posible. En caso de discordancia entre las Condiciones Generales y las Particulares, se estará a lo que dispongan estas últimas.

Art. 2.- Definiciones

Se entiende por:

- a. ASEGURADOR: Trayectoria Compañía de Seguros de Vida S.A.
- b. CONTRATANTE: La persona física o jurídica que celebra el contrato con el Asegurador.

- c. ASEGURADO: La persona física que revista el carácter de empleado u obrero permanentes que se encuentra en relación de dependencia con el Contratante, y que posea una edad igual o inferior a la máxima aceptada en virtud del artículo 9º de estas Condiciones Generales.
- d. BENEFICIARIO: En razón que el Contratante toma a su exclusivo cargo el pago de las primas de este Seguro con el objeto de cubrir las obligaciones emergentes determinadas en el Artículo 248 (indemnización en caso de muerte del trabajador) y del último párrafo del Artículo 212 (indemnización en caso de Incapacidad absoluta y definitiva del trabajador) de la Ley de Contrato de Trabajo N° 20.744 y sus modificatorias y demás obligaciones legales o convencionales, será este el beneficiario del seguro.

Art. 3.- Reticencia o Falsa Declaración

Esta póliza se emite según las declaraciones del Asegurable consignada en la respectiva solicitud, la cual es la causa determinante del contrato. Dichas declaraciones se entienden dadas y certificadas como verdaderas y completas por el Contratante, mediante su firma puesta al pie de los mencionados documentos.

Toda declaración falsa o reticencia de circunstancias conocidas, por el Contratante, aún hecha de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones, si el Asegurador hubiese sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato.

El Asegurador debe impugnar el contrato dentro de los tres meses de haber conocido la reticencia o falsedad.

Cuando la reticencia no dolosa es alegada en el plazo del artículo 5º de la Ley de Seguros, el Asegurador, a su exclusivo juicio, puede anular el contrato restituyendo la prima percibida, con deducción de los gastos, o reajustarla, con la conformidad del Contratante al verdadero estado del riesgo. El reajuste puede ser impuesto al Asegurador, cuando la nulidad fuere perjudicial para el Asegurado, si el contrato fuera reajutable a juicio de peritos y se hubiera celebrado de acuerdo a la práctica comercial del asegurador.

Cuando el asegurado fuese de buena fe y la reticencia se alegara en el plazo del artículo 5º de la Ley 17.418, después de ocurrido el siniestro, la compensación debida se reducirá si el contrato fuese reajutable conforme al párrafo anterior.

Si la reticencia fuese dolosa o de mala fe, el Asegurador tiene derecho a las primas de los períodos transcurridos y del período en cuyo transcurso invoque la reticencia o falsa declaración.

En todos los casos, si el siniestro ocurre durante el plazo para impugnar, el Asegurador no adeuda prestación alguna.

Sin embargo, el Asegurador renuncia expresamente a invocar cualquier reticencia (excepción hecha si fuese dolosa) como motivo de nulidad derivada de dichas declaraciones del Contratante después de tres años de vigencia de la Póliza, todo ello sin perjuicio de la que respecto de la edad se establece en estas condiciones generales.

El Asegurador no podrá invocar como reticencia la omisión de hechos o circunstancias que no hayan sido preguntados clara y expresamente en la propuesta, en las solicitudes y en las declaraciones personales para el presente seguro.

Art. 4.- Fecha de Iniciación de la Cobertura

Este contrato adquiere fuerza legal desde las 12 horas del día de la fecha de vigencia inicial del seguro indicada en las Condiciones Particulares de esta póliza.

Art. 5.- Personas Asegurables

A los efectos de este seguro revisten carácter de asegurables todos los empleados y obreros permanentes que a la fecha de iniciación de vigencia del mismo se encontraren en relación de dependencia al servicio activo del Contratante.

Se entiende por servicio activo la concurrencia diaria y atención normal, durante la jornada legal, de las funciones de empleos, y la percepción regular de los haberes.

No se considerará en servicio activo a aquellos trabajadores que se encuentren gozando de licencias pagas o no, por enfermedad, maternidad, estado de excedencia o cualquier otra, sean de origen legal o convencional, facultativa u obligatoria.

Las personas en relación de dependencia con el Contratante que hubiesen suscripto su solicitud de incorporación con anterioridad a la fecha de iniciación de vigencia del seguro, pero que no se hallaren al servicio activo del Contratante, se incorporarán el día primero del mes siguiente a la fecha en que haya transcurrido un mes (no menos de 30 días) desde el día que se reintegren a sus tareas.

Los empleados y obreros que en el futuro ingresen en relación de dependencia al servicio activo del Contratante, adquirirán la condición de asegurables a partir del día primero del mes siguiente en que inician sus tareas”.

Art. 6.- 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 del Asegurador 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.

Art. 7.- Número Mínimo de Asegurados

Es condición expresa para que este seguro entre en vigor y mantenga su vigencia, en las condiciones pactadas en materia de tarifas, que el número de asegurados en cantidad no sean inferiores a los que se indican en las Condiciones Particulares de esta Póliza.

Si en cualquier momento durante la vigencia de la Póliza no se cumpliera la condición antes mencionada, el seguro mantendrá su vigencia mientras el Asegurador no haga saber por escrito al Contratante las modificaciones a esas condiciones, con nuevas tarifas modificadas, que regirán al seguro, o la rescisión del mismo por la causa antes señalada, haciéndolo con una anticipación mínima de 30 días.

Art. 8.- Edades Máximas

La edad máxima de incorporación al seguro será de 75 años cumplidos inclusive o la que figure en las Condiciones Particulares, la que sea menor. Cuando el Asegurado cumpla los 76 años de edad o una edad superior a la indicada en las Condiciones Particulares la que sea menor, la cobertura cesará automáticamente.

Art. 9.- Riesgos Cubiertos y Capitales Asegurados

Esta póliza cubre los riesgos de fallecimiento y/o de invalidez total y permanente, de los asegurados.

La cobertura del riesgo y las modificaciones de capitales sobre cada vida asegurada entrada en vigor a partir del 1° del mes siguiente a aquel en que llegue a poder de la Compañía la información respectiva. No obstante, los ajustes de capitales asegurados debidos a aumentos de remuneraciones resueltos por Convenciones Colectivas de Trabajo, normas de carácter legal o aumentos de carácter masivo otorgados por el Contratante, se efectuarán con la retroactividad que corresponda. El capital asegurado por el riesgo de fallecimiento será igual a la mitad del mínimo valor entre el salario informado por el Contratante o el tope indemnizatorio establecido por el convenio que corresponda, multiplicado por la cantidad de años de antigüedad de cada asegurado o fracción mayor a tres meses. Para el riesgo de invalidez el capital asegurado será el doble que para el riesgo de fallecimiento. En ningún caso la indemnización será inferior a un mes de sueldo calculado conforme lo indicado en el párrafo anterior.

Art. 10.- Cálculo de las Primas

El importe de la primera prima, que corresponde al período que comienza en la fecha de iniciación de vigencia de esta póliza, o sea la prima inicial, se determinará aplicando a la tarifa vigente correspondiente a la edad alcanzada, sexo del asegurado y el capital asegurado de cada certificado individual.

Dividiendo el importe de la sumatoria de las primas iniciales así calculadas por el total de los capitales iniciales asegurados, 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 iniciales y a todos los que se aseguren en lo sucesivo.

En cada anualidad el Asegurador recalculará la prima media de acuerdo con el grupo asegurado en ese momento, los sexos, las respectivas edades alcanzadas y los capitales asegurados, la que se mantendrá vigente hasta el vencimiento de la anualidad.

Art. 11.- Definición del Premio

Se entiende por premio, el importe total formado por la prima, sus adicionales y recargos con más los impuestos, tasas y sellados, cargos o intereses.

Art. 12.- Pago de Premios

Los premios deberán ser pagados en el domicilio del Asegurador o a los cobradores debidamente autorizados, pero solamente a cambio de recibos oficiales emitidos por el Asegurador.

El primer premio deberá ser abonado en la fecha de iniciación de vigencia de esta póliza, o de su emisión (la que sea posterior). Si no fuere abonado en su momento, quedará en suspenso la iniciación de vigencia del seguro y el riesgo sin cobertura.

Para el pago de los premios siguientes al primero, sin recargo de intereses, el Asegurador concede 30 días de gracia computados a partir de la fecha de vencimiento de los mismos, durante los cuales cubrirá el riesgo asegurado. Si dentro de dicho plazo se produjera el fallecimiento de uno o más Asegurados, el premio correspondiente al seguro de los fallecidos deberá ser pagado por el contratante junto con el de los Asegurados sobrevivientes.

Transcurrido el plazo de gracia sin que el premio haya sido abonado, quedará automáticamente rescindido el seguro con efecto al vencimiento de dicho plazo. El Contratante adeudará al Asegurador el premio correspondiente al plazo de gracia, salvo que dentro de dicho plazo haya solicitado por escrito la rescisión de la póliza, en cuyo caso deberá pagar un premio calculado a prorrata por los días transcurridos desde el vencimiento del premio impago hasta la fecha de envío de tal solicitud.

El pago de un premio no mantendrá esta póliza en vigor más que hasta el vencimiento del plazo de gracia para el pago del premio subsiguiente.

En todos los casos el pago de premios estará a lo dispuesto en cada momento y en cada caso por la autoridad de control y por la normativa vigente.

Art. 13.- Rescisión del Seguro Colectivo

Sin perjuicio de las demás causales de rescisión que han sido previstas, el Contratante se reserva el derecho de rescindir este seguro, sin expresión de causa, en cualquier vencimiento de prima. El asegurador solo podrá no renovar el contrato, previo aviso al contratante no menor a 30 días anteriores a la finalización del plazo del seguro.

Art. 14.- Rescisión de los Certificados individuales

El certificado individual de cada Asegurado quedará rescindido y sin valor alguno en los siguientes casos:

- a. Por rescisión del seguro colectivo.
- b. Por haberse desvinculado el Asegurado del Contratante.
- c. Por culpa o dolo del Asegurado y/o del Contratante.

En las circunstancias del punto b), el Contratante se obliga a comunicar la circunstancia de inmediato al Asegurador.

El Asegurado quedará excluido de la póliza y su cobertura individual rescindida y sin valor alguno al último día del mes en que se presente la rescisión de la cobertura individual. En caso de que el Contratante desee que la cobertura individual quede rescindido desde la fecha en que se presenta la rescisión deberá manifestar esta intención por escrito al Asegurador quien devolverá la parte proporcional de la prima cobrada en exceso.

En cualquier caso, de caducidad o rescisión de esta póliza, caducarán simultáneamente todas las coberturas individuales cubiertas por la misma, salvo las obligaciones pendientes en ese momento a cargo de Asegurador, Contratante o de los Asegurados.

Art. 15.- Beneficiario

Se instituye beneficiario en primer término al Contratante (con preeminencia sobre los restantes beneficiarios que conservarán sus derechos sólo sobre el eventual remanente de la indemnización), pero en la medida necesaria para afrontar sus obligaciones emergentes de la Ley de Contrato de Trabajo indicadas en el primer párrafo y de cualquier otra norma legal o convencional que origine prestaciones a su cargo.

En caso de producirse algún siniestro, el Contratante se obliga a presentar a la Compañía los recibos de haberes correspondientes a los dos últimos meses de ocurrido el evento y cualquier otra información complementaria que le fuera requerido.

Art. 16.- Liquidación

Cualquier liquidación que corresponda en cumplimiento de las obligaciones contraídas por el Asegurador en esta póliza, será efectuada en su domicilio después de presentados por el Tomador los comprobantes donde conste que el mismo efectuó el pago a los derechohabientes o beneficiarios designados y de los documentos que acrediten derecho de los reclamantes, quienes deberán suministrarlo a su exclusivo cargo.

Cuando la liquidación se efectúe por fallecimiento del Asegurado durante la vigencia de esta póliza, el Asegurador efectuará el pago que corresponda después de recibidas las siguientes pruebas: entrega del comprobante donde conste que el mismo efectuó el pago a los derechohabientes o beneficiarios designados, copia legalizada de la partida de defunción, declaración del médico que hubiese asistido al Asegurado o certificado su muerte y, declaración del Beneficiario, ambas declaraciones extendidas en los formularios que suministrará el Asegurador.

También se aportará testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiese instruido con motivo del hecho determinante del fallecimiento del Asegurado, salvo que razones procesales lo impidieran. Asimismo, se proporcionará al Asegurador cualquier información que solicite para verificar el fallecimiento y se le permitirán las indagaciones que sean necesarias a tal fin. Recibida toda esta documentación, el Asegurador pondrá el importe del capital asegurado a disposición del Beneficiario o Beneficiarios, comunicando previamente tal circunstancia al Contratante, con una demora que no será nunca superior a los 15 días, de acuerdo con el artículo 49 de la Ley 17.418.

Art. 17.- Información a suministrar al Asegurador

Los Asegurados, en cuanto sea razonable, deberán suministrar al Asegurador cualquier otra información necesaria para el cumplimiento de esta póliza que se les requiera, tales como las fechas, pruebas y certificados de nacimiento, defunción, incapacidad, y cualquier otra que se relacione con el seguro.

Si resultara que la edad o cualquier otra información referente a un Asegurado fuera errónea, el Asegurador se obliga a pagar tan solo lo que hubiera debido pagar de haber sido exacta la información, salvo que fuera aplicable el artículo 3º de estas Condiciones Generales.

Cuando se comprobare que la edad del Asegurado en la fecha de contratación de su seguro sobrepasara la máxima establecida por el Asegurador, será de aplicación lo establecido en el artículo 3º de estas Condiciones Generales, en lo relativo a la nulidad de la cobertura.

Art. 18.- Nómina de Asegurados

El Contratante, al momento de emitir la póliza, debe suministrar una nómina de los Asegurados con las respectivas fechas de ingreso, fechas de nacimiento, nombre y apellido, número y tipo de documento y sexo de cada uno, así como del tope indemnizatorio que le corresponde a cada Asegurado según el convenio al que pertenezca. Así como también entregará periódicamente listas adicionales de modificación por el ingreso y/o egreso de asegurados y/o por el aumento o disminución de capitales asegurados individuales, como consecuencia de variaciones salariales.

Art. 19.- Intervención del Contratante – Ejecución del Contrato

Las relaciones entre el Asegurador y los Asegurados se desenvolverán siempre por intermedio del Contratante.

Conforme a ello, el Contratante deberá certificar la exactitud de los datos contenidos en la solicitud del seguro, efectuará al Asegurador el pago de las primas y, a su vez, cobrará las indemnizaciones que correspondan.

Art. 20.- Residencia y Viajes

Esta póliza extiende sus alcances a los hechos generadores de beneficios que ocurran en el extranjero, excepto países con que la República Argentina no mantenga relaciones diplomáticas.

Art. 21.- Riesgos No Cubiertos

El Asegurador no pagará la indemnización si el fallecimiento se produjera como consecuencia de una de las causas enumeradas a continuación:

- a. Duelo, riña, salvo que se tratase de legítima defensa, tumulto popular (siempre que no sea por huelga) en que hubiese participado como elemento activo, revolución o empresa criminal.
- a. Abuso del alcohol, drogas o narcóticos.
- b. Hechos que ocurran mientras el Asegurado participe como conductor o integrante de equipo en competencias de pericia o velocidad con vehículo mecánico o de tracción a sangre o en justas hípicas (saltos con vallas o carreras con obstáculos), o intervenga en las pruebas de prototipos de vehículos de propulsión mecánica.
- c. Hechos que ocurran mientras el Asegurado tome parte en carreras, ejercicios, o juegos atléticos de acrobacia o que tengan por objeto pruebas de carácter excepcional, o mientras participe en viajes o excursiones a regiones o zonas inexploradas o en operaciones o viajes submarinos o aéreos de cualquier naturaleza, salvo como pasajero en servicio de transporte aéreo regular.
- d. Hechos que ocurran durante la participación del Asegurado en cualquier acto de guerra, declarada o no, que no comprenda a la Nación Argentina. 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.
- e. Hechos que ocurran durante la participación del Asegurado en empresa criminal o por aplicación legítima de la pena de muerte.
- f. Actos provocados intencionalmente al Asegurado por los beneficiarios del seguro. Se excluyen además el suicidio y las consecuencias de la tentativa de suicidio, salvo que el seguro haya estado en vigor ininterrumpidamente por un año completo por lo menos, contados desde la incorporación del Asegurado en el seguro o de su última rehabilitación.
- g. Por todo riesgo derivado de fenómenos sísmicos, inundaciones, u otros fenómenos naturales de carácter catastrófico.
- h. Por todo riesgo derivado de reacciones nucleares o atómicas que produzcan consecuencias de carácter catastrófico.
- i. Enfermedad Preexistente, si corresponde. Se entiende por Enfermedad Preexistente a toda enfermedad que padeciera el Asegurado, diagnosticada con anterioridad a su incorporación al seguro y que fuera la causa directa de su fallecimiento o incapacidad total y permanente durante los primeros 12 meses de vigencia del certificado individual.

Art. 22.- Cesiones

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

Art. 23.- Duplicado de Póliza y Certificados Individuales

En caso de extravío, robo o destrucción de esta póliza, el Contratante podrá obtener un duplicado en sustitución del original, solicitándolo por escrito al Asegurador con especificación del motivo. Una vez emitido el duplicado el original pierde todo su valor.

Las modificaciones o suplementos que se incluyan en el duplicado, a pedido del Contratante, serán los únicos válidos.

El Contratante tiene derecho a que se le entregue copia de sus declaraciones efectuadas con motivo de este contrato y copia no negociable de la póliza.

Art. 24.- Impuesto, Tasas y Contribuciones

Todos los impuestos, tasas y contribuciones de cualquier índole, así como sus aumentos eventuales y los que pudieran crearse en el futuro, serán a cargo del Contratante, de los Asegurados o de los Beneficiarios, según el caso, salvo aquellos que por expresa disposición de la ley estén a cargo exclusivo del Asegurador, y estuviese prohibido hacerlos gravitar sobre las personas mencionadas.

Art. 25.- Domicilios para Denuncias y Declaraciones

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

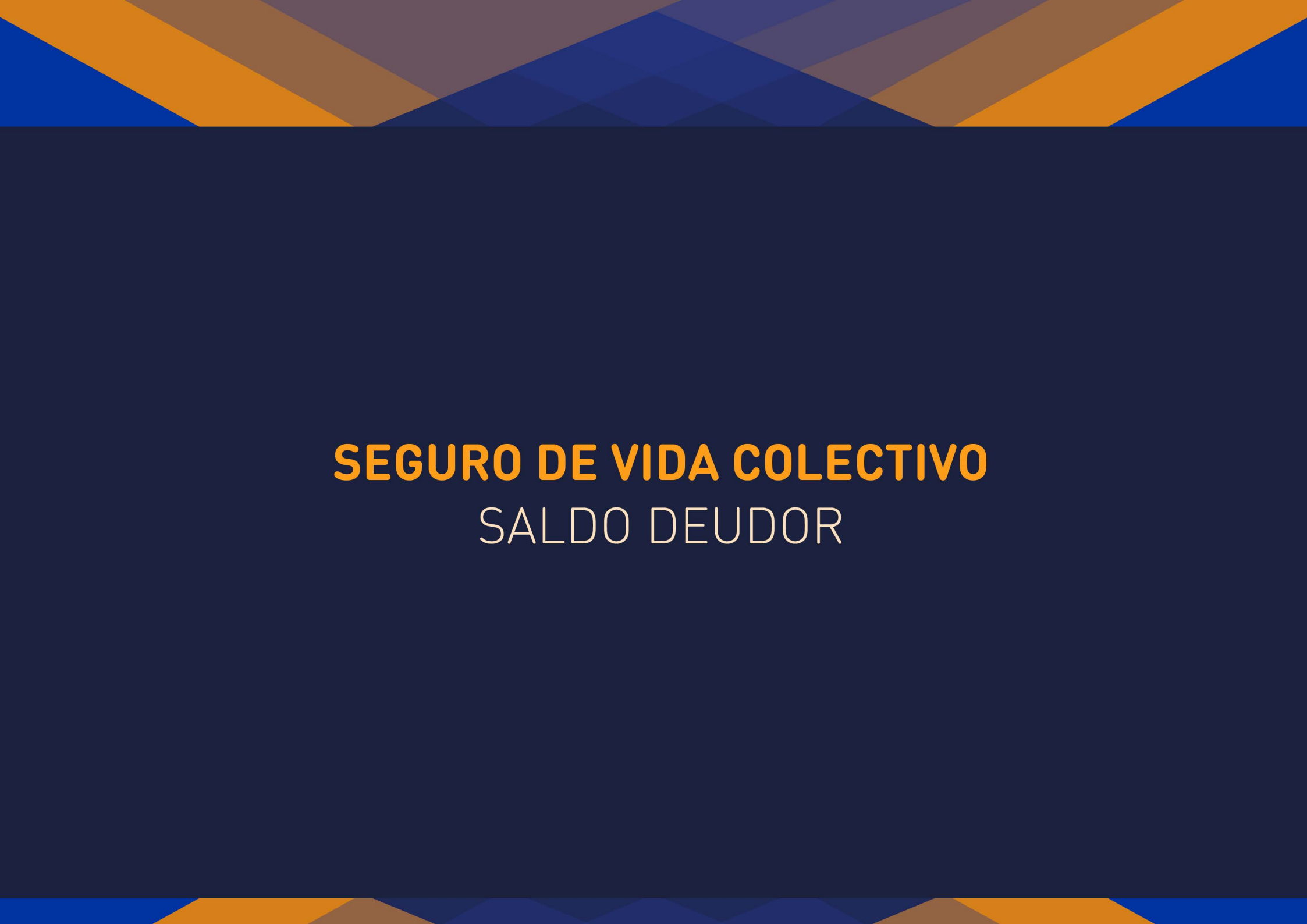
Art. 26.- Computo de Plazos

Todos los plazos de días indicados en la presente póliza se computaran corridos, salvo expresa disposición en contrario. Los vencimientos se producirán a las cero horas del día que se indique.

Las denuncias y declaraciones impuestas por la Ley de Seguros o por este contrato se consideraran cumplidas si se expiden dentro del término fijado.

Art. 27.- Jurisdicción

Toda controversia judicial que se plantee en relación al presente contrato, se sustanciará ante los tribunales ordinarios competentes del lugar de emisión de la póliza o bien ante los tribunales ordinarios competentes del domicilio del asegurado.



SEGURO DE VIDA COLECTIVO

SALDO DEUDOR

SEGURO DE VIDA COLECTIVO - SALDO DEUDOR

Anexo I

Riesgos no Cubiertos

El Asegurador no pagará la indemnización si el fallecimiento se produjera como consecuencia de una de las causas enumeradas a continuación:

- a. Suicidio voluntario de la persona cuya vida se asegura, salvo que el contrato haya estado en vigor ininterrumpidamente por un año completo por lo menos, contando desde la emisión del certificado individual o desde su última rehabilitación.
- b. Acto deliberado e ilícito, del Contratante o Beneficiario.
- c. Empresa criminal o aplicación legítima de la pena de muerte.
- d. Hechos de guerra que no comprenda a la Nación Argentina, en caso de comprenderla, las partes se regirán por las normas que en tal emergencia dictaren las autoridades competentes o actos de terrorismo, cuando el Asegurado sea partícipe voluntario.
- e. Cuando el Asegurado o Beneficiario provoque el evento cubierto dolosamente o por culpa grave o lo sufre en empresa criminal.

CONDICIONES GENERALES

Art. 1.- Ley de las Partes Contratantes

Las partes contratantes se someten a las disposiciones de la Ley de Seguros 17.418 y a las de la presente póliza que la complementan o modifican cuando eso es posible.

Preeminencia normativa: esta póliza se integra con estas Condiciones Generales y las Condiciones Particulares. En caso de discordancia entre las Condiciones Generales y Particulares Predominaran estas últimas.

Art. 2.- Cobertura

Es un Seguro Colectivo que cubre a los Asegurados por el riesgo de fallecimiento, y por un Capital Asegurado igual al saldo de deuda del deudor durante la vigencia del seguro, que no podrá superar el monto máximo previsto en las Condiciones Particulares de esta póliza. Cualquier discrepancia sobre el saldo deudor a la fecha del siniestro deberá ser dirimida entre el Asegurador, el agente institorio y el Contratante de la póliza, sin perjudicar al deudor asegurado. El seguro tiene una vigencia anual y es renovable automáticamente.

Art. 3.- Definiciones

Se entiende por:

- a. ASEGURADOR: Trayectoria Compañía de Seguros de Vida S.A.
- b. CONTRATANTE: La persona física o jurídica que celebra el contrato con el Asegurador, y que es acreedor del Asegurado
- c. ASEGURADO: La persona física que revista el carácter de asegurable a los efectos de este seguro y que haya sido incorporado al seguro colectivo de acuerdo a las condiciones de esta póliza, siendo deudor del Contratante
- d. BENEFICIARIO: La persona física o jurídica que sea destinataria en caso de siniestro de los beneficios de esta póliza. En todos los casos el único Beneficiario será el Contratante

Art. 4.- Relación entre Contratante y Asegurado

En general esta póliza podrá ser contratada por cualquier persona física o jurídica que haga las veces de Contratante según se define en el artículo anterior, siempre que al momento de contratar el seguro sea acreedor de los Asegurados.

Art. 5.- Reticencia o Falsa Declaración

Esta póliza se emite según las declaraciones del Contratante y de los Asegurados consignadas en las respectivas solicitudes y en los cuestionarios relativos a su salud, cuando los hubieran, 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 reticencia de circunstancias conocidas, por el Contratante o los Asegurados, aún hecha de buena fe, que a juicio de peritos hubiese 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 el caso.

El Asegurador debe impugnar el contrato dentro de los tres meses de haber conocido la reticencia o falsedad.

Cuando la reticencia no dolosa es alegada en el plazo del artículo 5° de la Ley de Seguros, el Asegurador, a su exclusivo juicio, puede anular el contrato restituyendo la prima percibida, con deducción de los gastos, o reajustarla, con la conformidad del Asegurado al verdadero estado del riesgo.

Si la reticencia fuese dolosa o de mala fe, el Asegurador tiene derecho a las primas de los períodos transcurridos y del período en cuyo transcurso invoque la reticencia o falsa declaración.

En todos los casos, si el siniestro ocurre durante el plazo para impugnar, el Asegurador no adeuda prestación alguna.

Sin embargo, el Asegurador renuncia expresamente a invocar cualquier reticencia (excepción hecha si fuese dolosa) como motivo de nulidad derivada de dichas declaraciones del Contratante y/o de los Asegurados después de tres años de vigencia de la póliza, o del certificado individual en su caso, todo ello sin perjuicio de la que respecto de la edad se establece en estas Condiciones Generales.

El Asegurador no podrá invocar como reticencia la omisión de hechos o circunstancias que no hayan sido preguntados clara y expresamente en la propuesta, en las solicitudes y en las declaraciones personales para el presente seguro.

Art. 6.- Fecha de Iniciación de la Cobertura

Este contrato adquiere fuerza legal desde las cero horas del día de la fecha de vigencia inicial del seguro indicada en las Condiciones Particulares de esta póliza.

Art. 7.- Personas Asegurables

Se consideran asegurables a todas las personas de existencia visible menores a la edad indicada en las Condiciones Particulares al momento de su incorporación al seguro, que sean deudores del Contratante (Acreedor), siempre que no tengan más de 6 (seis) cuotas impagas alternadas o consecutivas y que cumplan con los requisitos de asegurabilidad que fije el Asegurador o bien tengan contratada la cláusula de Enfermedades Preexistentes.

El Contratante se obliga a asegurar la vida de todos sus deudores asegurables, desde el momento en que contraen una deuda.

Las personas asegurables que hubiesen suscripto la correspondiente solicitud de incorporación con anterioridad a la fecha de vigencia inicial del seguro, quedarán cubiertas desde la fecha de vigencia inicial. Todas aquellas personas que suscriban la solicitud de incorporación al seguro, con posterioridad a la fecha de vigencia inicial, quedarán incorporadas al seguro el primer día del mes siguiente al de la aceptación de la solicitud por parte del Asegurador.

Art. 8.- Número Mínimo de Asegurados y/o Porcentaje Mínimo de Adhesión

Es condición expresa para que este seguro entre en vigor y mantenga su vigencia, en las condiciones pactadas en materia de capitales asegurados y tarifas, que el número de Asegurados en cantidad y/o en relación con los que se hallen en condiciones de asegurarse, no sean inferiores a los que se indican en las Condiciones Particulares de esta póliza.

Si en cualquier momento durante la vigencia de la póliza no se cumplieran las condiciones antes mencionadas, el seguro mantendrá su vigencia mientras el Asegurador no haga saber por escrito al Contratante las modificaciones a esas condiciones, con nuevas sumas aseguradas y/o tarifas modificadas, que regirán al seguro, o la rescisión del mismo por la causa antes señalada, haciéndolo con una anticipación mínima de 30 días.

Art. 9.- Edades Máximas

La edad máxima de incorporación y de permanencia en el seguro serán las establecidas en las Condiciones Particulares.

Art. 10.- Denuncia de otros Seguros

Los Asegurados que estuvieran comprendidos en otros seguros colectivos análogos al presente, contratados con el Asegurador o con otras entidades aseguradoras cualesquiera, deberán comunicarlo en forma expresa al Asegurador, indicando el importe total asegurado por las demás coberturas, y el Asegurador podrá limitar el capital individual asegurado. Si tales seguros no fueran declarados, el Asegurador solamente considerará válido el seguro de vida colectivo de mayor capital asegurado y tendrá como única obligación devolver el importe de las primas percibidas por el exceso de cobertura, sin intereses.

Art. 11.- Cálculo de las Primas

El importe de la primera prima, que corresponde al período que comienza en la fecha de iniciación de vigencia de esta póliza, o sea la prima inicial, se determinará aplicando la tarifa vigente correspondiente a la edad alcanzada, sexo del Asegurado y el capital asegurado de cada seguro individual.

Dividiendo el importe de la prima inicial así calculada por el total de los capitales iniciales asegurados y multiplicándolo por el coeficiente de Ajuste de Tabla por Suscripción, se determinará la tasa de prima pura general anual que se aplicará a todos los Asegurados iniciales y a todos los que se aseguren en lo sucesivo, haciendo caso omiso de la edad y del sexo de cada Asegurado, mientras no se calcule otra prima media.

En cada anualidad o cuando varíen las condiciones que definen la prima de tarifa según la Nota Técnica o se modifique el número mínimo de Asegurados y/o el porcentaje mínimo de adhesión conforme lo dispuesto por el Art. 8.- o los plazos de pago establecidos en el Art. 13.- de estas Condiciones Generales, el Asegurador recalculará la tasa de prima pura general anual de acuerdo con el grupo asegurado en ese momento, los sexos, las respectivas edades alcanzadas y los capitales asegurados, la que se mantendrá vigente hasta el vencimiento de la anualidad, o hasta cuando se modifique alguna de las condiciones ya mencionadas precedentemente, lo que ocurra primero.

El importe de cada prima periódica surgirá de multiplicar la tasa de prima pura general anual por el Capital Asegurado Total efectivo del período correspondiente.

Art. 12.- Definición del Premio

Se entiende por premio, el importe total formado por la prima, sus adicionales y recargos con más los impuestos, tasas y sellados, cargos o intereses.

Art. 13.- Pago de Premios

Los premios deberán ser pagados en el domicilio del Asegurador o a los cobradores debidamente autorizados, pero solamente a cambio de recibos oficiales emitidos por el Asegurador.

El primer premio deberá ser abonado en la fecha de iniciación de vigencia de esta póliza, o contra entrega (la que sea posterior). Si no fuere abonado en su momento, quedará en suspenso la iniciación de vigencia del seguro y el riesgo sin cobertura.

Para el pago de los premios siguientes al primero, sin recargo de intereses, el Asegurador concede 30 días de gracia computados a partir de la fecha de vencimiento de los mismos, durante los cuales cubrirá el riesgo asegurado. Si dentro de dicho plazo se produjera el fallecimiento de uno o más Asegurados, el premio correspondiente al seguro de los fallecidos deberá ser pagado por el Contratante junto con el de los Asegurados sobrevivientes.

Transcurrido el plazo de gracia sin que el premio haya sido abonado, quedará automáticamente rescindido el seguro con efecto al vencimiento de dicho plazo. El Contratante adeudará al Asegurador el premio correspondiente al plazo de gracia, salvo que dentro de dicho plazo haya solicitado por escrito la rescisión de la póliza, en cuyo caso deberá pagar un premio calculado a prorrata por los días transcurridos desde el vencimiento del premio impago hasta la fecha de envío de tal solicitud.

El pago de un premio no mantendrá esta póliza en vigor más que hasta el vencimiento del plazo de gracia para el pago del premio subsiguiente.

Art. 14.- Rescisión del Seguro Colectivo

Sin perjuicio de las demás causales de rescisión que han sido previstas, el Contratante y el Asegurador se reservan el derecho de rescindir al vencimiento este seguro (no proceder a su renovación) sin expresión de causa, dando aviso por escrito a la otra parte con una anticipación no menor a 30 días.

El Asegurado puede rescindir el seguro en cualquier momento de la vigencia.

Art. 15.- Rescisión de los Certificados Individuales

El certificado individual de cada Asegurado quedará rescindido y sin valor alguno en los siguientes casos:

- a. Por rescisión del seguro colectivo.
- b. Por extinción de la deuda que da origen al seguro.
- c. Por haber cumplido el Asegurado la edad máxima de permanencia establecida en las Condiciones Particulares. Si el Contratante no eliminara del seguro al Asegurado mayor a la edad establecida y se produjera su fallecimiento, no habrá lugar a indemnización alguna a no ser las primas pagadas en exceso por el Contratante, sin reconocimiento de interés alguno.
- d. Cuando el deudor dejare de pagar en tiempo y forma, en forma alternada o consecutiva más de 6 (seis) cuotas de amortización.
- e. Por cesión o transferencia de los créditos a otro acreedor, salvo que la Compañía acepte tal transferencia.
- f. Por culpa o dolo del Asegurado.
- g. Por decisión del Asegurado.

Tanto en las circunstancias del punto b), c), d), e) y g) el Contratante se obliga a comunicar la circunstancia de inmediato al Asegurador.

El Asegurado quedará excluido de la póliza y su certificado individual rescindido y sin valor alguno al último día del mes en que se presente la rescisión del certificado individual. En caso que el Contratante o Asegurado (según corresponda) desee que el certificado individual quede rescindido desde la fecha en que se presenta la rescisión deberá manifestar esta intención por escrito al Asegurador quien devolverá la parte proporcional de la prima cobrada en exceso.

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

Art. 16.- Beneficiario

La persona física o jurídica que sea destinataria en caso de siniestro de los beneficios de esta póliza. En todos los casos el único Beneficiario será el Contratante.

Art. 17.- Liquidación

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

Cuando la liquidación se efectúe por fallecimiento del Asegurado durante la vigencia de esta póliza, el Asegurador 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 su muerte y Denuncia de Fallecimiento, ambas declaraciones extendidas en los formularios que suministrará el Asegurador.

También se aportará testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiese instruido con motivo del hecho determinante del fallecimiento del Asegurado, salvo que razones procesales lo impidieran.

Asimismo, se proporcionará al Asegurador cualquier información que solicite para verificar el fallecimiento y se le permitirán las indagaciones que sean necesarias a tal fin.

Recibida toda esta documentación, el Asegurador pondrá el importe del capital asegurado a disposición del Beneficiario, comunicando previamente tal circunstancia al Contratante, con una demora que no será nunca superior a los 15 días, de acuerdo con el artículo 49° de la Ley 17.418.

Art. 18.- Obligaciones del Contratante

El Contratante se compromete a:

- a. Suministrar al Asegurador toda la información a que se refiere el artículo siguiente.
- b. Comunicar dentro de los 5 primeros días de cada mes los saldos deudores de cada uno de los Asegurados.
- c. Eliminar de las Nóminas de Asegurados a los individuos comprendidos en los incisos b), c), d), e) y g) del Art. 15.- de estas Condiciones Generales.
- d. Insertar con carácter obligatorio en todo documento referido al crédito que dio origen a este contrato una leyenda que indique que el Deudor y/o sus derechohabientes en caso de fallecimiento quedan liberados de su obligación con el Acreedor.
- e. Permitir el acceso al Asegurador a los libros contables del Contratante en todo lo referido a los créditos que originan este seguro.

Art. 19.- Información a suministrar al Asegurador

Tanto el Contratante como los Asegurados, en cuanto sea razonable, deberán suministrar al Asegurador cualquier otra información necesaria para el cumplimiento de esta póliza que se les requiera, tales como las fechas, pruebas y certificados de nacimiento, defunción, incapacidad, documentación del crédito, y cualquier otra que se relacione con el seguro. Si resultara que la edad o cualquier otra información referente a un Asegurado fuera errónea, el Asegurador se obliga a pagar tan solo lo que hubiera debido pagar de haber sido exacta la información, salvo que fuera aplicable el Art. 5.- de estas Condiciones Generales.

Cuando se comprobare que la edad del Asegurado en la fecha de contratación de su seguro sobrepasara la máxima establecida por el Asegurador, será de aplicación lo establecido en el Art. 5.- de estas Condiciones Generales, en lo relativo a la nulidad de la cobertura.

Art. 20.- Nómina de Asegurados

El Contratante, al momento de emitir la póliza, entregará al Asegurador una nómina de los Asegurados con los respectivos capitales asegurados (saldos de deuda), fechas de nacimiento, nombre y apellido, número y tipo de documento, documentación respaldatoria de los créditos y sexo de cada uno. Así como también entregará periódicamente listas adicionales de modificación por el ingreso y/o egreso de Asegurados y/o por la variación de los capitales asegurados individuales. Cuando se produzcan ingresos de nuevos Asegurados, deberán entregarse las documentaciones respaldatorias de los nuevos créditos.

Art. 21.- Intervención del Contratante – Ejecución del Contrato

Todas las relaciones derivadas de la ejecución de este contrato serán directas entre el Asegurador y el Contratante, constituyendo el deudor Asegurado un tercero, sin perjuicio de las pruebas de fallecimiento de éste que podrán ser aportadas por los familiares del fallecido.

Lo convenido precedentemente no excluye el derecho propio que contra el Asegurador tienen los Asegurados desde que ocurriera alguno de los eventos previstos en esta póliza.

Art. 22.- Residencia y Viajes

Esta póliza extiende sus alcances a los hechos generadores de beneficios que ocurran en el extranjero, excepto países con que la República Argentina no mantenga relaciones diplomáticas.

Art. 23.-Riesgos No Cubiertos

El Asegurador no pagará la indemnización si el fallecimiento se produjera como consecuencia de una de las causas enumeradas a continuación:

- a. Suicidio voluntario de la persona cuya vida se asegura, salvo que el contrato haya estado en vigor ininterrumpidamente por un año completo por lo menos, contando desde la emisión del certificado individual o desde su última rehabilitación.
- b. Acto deliberado e ilícito, del Contratante o Beneficiario.
- c. Empresa criminal o aplicación legítima de la pena de muerte.
- d. Hechos de guerra que no comprenda a la Nación Argentina, en caso de comprenderla, las partes se regirán por las normas que en tal emergencia dictaren las autoridades competentes o actos de terrorismo, cuando el Asegurado sea partícipe voluntario.
- e. Cuando el Asegurado o Beneficiario provoque el evento cubierto dolosamente o por culpa grave o lo sufre en empresa criminal.

Art. 24.- Cesiones

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

Art. 25.- Duplicado de Póliza y Certificados Individuales

En caso de extravío, robo o destrucción de esta póliza o de cualquier certificado individual, el Contratante o el Asegurado, respectivamente, podrán obtener un duplicado en sustitución del original, solicitándolo por escrito al Asegurador con especificación del motivo. Una vez emitido el duplicado, el original pierde todo su valor.

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

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

Los gastos que origine la obtención de duplicado y copias de duplicado y copias de póliza o certificados serán por cuenta del solicitante.

Art. 26.- Impuestos, Tasas y Contribuciones

Todos los impuestos, tasas y contribuciones de cualquier índole, así como sus aumentos eventuales y los que pudieran crearse en el futuro, serán a cargo del Contratante, o de los Asegurados, según el caso, salvo aquellos que por expresa disposición de la ley estén a cargo exclusivo del Asegurador, y estuviese prohibido hacerlos gravitar sobre las personas mencionadas.

Art. 27.- Domicilios para Denuncias y Declaraciones

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

Art. 28.- Prescripción

Las acciones fundadas en esta póliza prescriben en el plazo de un año, computado desde que la correspondiente obligación es exigible.

El cómputo 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.

Art. 29.- Cómputo de Plazos

Todos los plazos de días indicados en la presente póliza se computarán corridos, salvo expresa disposición en contrario. Los vencimientos se producirán a las cero horas del día que se indique.

Las denuncias y declaraciones impuestas por la Ley de Seguros o por este contrato se considerarán cumplidas si se expiden dentro del término fijado.

Art. 30.- Jurisdicción

Toda controversia judicial que se plantee en relación al presente contrato, se sustanciará ante los tribunales ordinarios competentes del lugar de emisión de la póliza.

Art. 31.- Moneda del Contrato

Todos los valores monetarios a los que refiere esta póliza, están expresados en pesos de la República Argentina.

CLÁUSULA ADICIONAL

INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

Art. 1.- Riesgos Cubiertos

El Asegurador concederá el beneficio que acuerda esta Cláusula al Asegurado cuyo estado de invalidez total y permanente, como consecuencia de accidente o enfermedad, no le permita desempeñar por cuenta propia o en relación de dependencia cualquier actividad remunerativa, siempre que el estado haya continuado ininterrumpidamente por 3 meses como mínimo y se hubiera iniciado durante la vigencia de su seguro y antes de cumplir la edad máxima de permanencia para esta Cláusula Adicional, establecida en las Condiciones Particulares. Se excluyen expresamente los casos que afecten al Asegurado en forma parcial o temporal.

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

Sin perjuicio de otras causas, el Asegurador reconocerá como casos de invalidez total y permanente las siguientes:

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

Art. 2.- Beneficio

El Asegurador comprobada la invalidez abonará el capital asegurado por el riesgo principal en un único pago, dentro del plazo establecido en el artículo 49º de la Ley 17.418.

Art. 3.- Carácter del Beneficio

El beneficio acordado por invalidez es sustitutivo del capital asegurado que debiere liquidarse en caso de fallecimiento del Asegurado, de modo que, con el pago al que se refiere el artículo anterior, el Asegurador queda liberado de cualquier obligación con respecto a dicho Asegurado.

Art. 4.- Riesgos no Cubiertos

Quedan excluidos de la cobertura de esta Cláusula las consecuencias de:

- a. Tentativa de suicidio voluntario o culpa grave del Asegurado, salvo que el contrato haya estado en vigor ininterrumpidamente por un año completo por lo menos, contando desde la emisión del certificado individual o desde su última rehabilitación.
- b. Duelo, 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. Hechos que ocurran mientras el Asegurado participe como conductor o integrante de equipo en competencias de pericia o velocidad con vehículo mecánico o de tracción a sangre o en justas hípicas (saltos con vallas o carreras con obstáculos), o intervenga en las pruebas de prototipos de vehículos de propulsión mecánica.
- e. Hechos que ocurran mientras el Asegurado tome parte en carreras, ejercicios, o juegos atléticos de acrobacia o que tengan por objeto pruebas de carácter excepcional, o mientras participe en viajes o excursiones a regiones o zonas inexploradas o en operaciones o viajes submarinos o aéreos de cualquier naturaleza, salvo como pasajero en servicio de transporte aéreo regular.
- f. Hechos que ocurran durante la participación del Asegurado en cualquier acto de guerra, declarada o no, que no comprenda a la Nación Argentina. 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.
- g. Por todo riesgo derivado de fenómenos sísmicos, inundaciones, u otros fenómenos naturales de carácter catastrófico.
- h. Por todo riesgo derivado de reacciones nucleares o atómicas que produzcan consecuencias de carácter catastrófico.

Art. 5.- Comprobación de la Invalidez

Corresponde al Contratante y/o al Asegurado o a su representante:

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

Art. 6.- Plazo de Prueba

El Asegurador, dentro de los 15 días de recibida la denuncia y/o las constancias a que se refiere el punto anterior, contados desde la fecha que sea posterior, deberá hacer saber al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento de los beneficios.

Si las comprobaciones a que se refiere el Art. 5.- no resultaren concluyentes en cuanto al carácter total y permanente de la invalidez, el Asegurador podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor de 2 meses, a fin de confirmar el diagnóstico.

La no contestación del Asegurador en el plazo establecido significará automáticamente el reconocimiento del beneficio reclamado.

Art. 7.-Valuación por Peritos

Si en la apreciación de la invalidez del Asegurado surgieran divergencias entre su médico y el designado por el Asegurador, 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 el Ministerio de Salud de la Nación, o la repartición que en el futuro lo suceda.

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 el Asegurador si quedara obligado a atenderlas.

Art. 8.- Terminación de la Cobertura

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

- a. al caducar y/o rescindirse la póliza y/o el certificado individual por cualquier causa
- b. a partir de la fecha en que el Asegurado cumpla la edad máxima de permanencia de la presente Cláusula Adicional establecida en las Condiciones Particulares. En el caso que exista prima de riesgo no corrido, ésta se le reintegrará al Asegurado.

INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

Anexo I

Riesgos no Cubiertos

Quedan excluidos de la cobertura de esta Cláusula las consecuencias de:

- a. Tentativa de suicidio voluntario o culpa grave del Asegurado, salvo que el contrato haya estado en vigor ininterrumpidamente por un año completo por lo menos, contando desde la emisión del certificado individual o desde su última rehabilitación.
- b. Duelo, 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. Hechos que ocurran mientras el Asegurado participe como conductor o integrante de equipo en competencias de pericia o velocidad con vehículo mecánico o de tracción a sangre o en justas hípicas (saltos con vallas o carreras con obstáculos), o intervenga en las pruebas de prototipos de vehículos de propulsión mecánica.
- e. Hechos que ocurran mientras el Asegurado tome parte en carreras, ejercicios, o juegos atléticos de acrobacia o que tengan por objeto pruebas de carácter excepcional, o mientras participe en viajes o excursiones a regiones o zonas inexploradas o en operaciones o viajes submarinos o aéreos de cualquier naturaleza, salvo como pasajero en servicio de transporte aéreo regular.
- f. Hechos que ocurran durante la participación del Asegurado en cualquier acto de guerra, declarada o no, que no comprenda a la Nación Argentina. 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.
- g. Por todo riesgo derivado de fenómenos sísmicos, inundaciones, u otros fenómenos naturales de carácter catastrófico.
- h. Por todo riesgo derivado de reacciones nucleares o atómicas que produzcan consecuencias de carácter catastrófico.



Mista
_seguros

— de  SanCorSalud

0810 444 8729

mistaseguros.com.ar

