CONDICIONES GENERALES COMUNES

Artículo 1° - Cobertura

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

Esta póliza podrá incluir otras coberturas adicionales, sujetas a las condiciones contractuales citadas en el inciso anterior, y también a las condiciones estipuladas en las respectivas Cláusulas Adicionales.

Artículo 2° - Definiciones

Compañía: Orígenes Seguros S.A., que asume la cobertura de los riesgos objeto de este contrato y garantiza el pago de las indemnizaciones que correspondan con arreglo a las condiciones del mismo.

Contratante: Es la persona física o jurídica que suscribe este contrato con la Compañía y representa al grupo asegurado.

Grupo asegurable: Es un conjunto de personas unidas por un vínculo o interés común, previo o simultáneo a la contratación del seguro, pero diferente a este.

Asegurado: Cada una de las personas que, perteneciendo al grupo asegurable, satisface las condiciones de adhesión al seguro. El conjunto de asegurados forma el grupo asegurado.

Artículo 3° - Disposiciones fundamentales

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 no coincidir las Condiciones Generales Comunes y/o Específicas con las Condiciones Particulares, se estará a lo que dispongan estas últimas.

Esta póliza ha sido emitida por la Compañía sobre la base de las declaraciones suscriptas por el Contratante en su solicitud de póliza, y por los Asegurados en sus respectivos solicitudes de adhesión, documentos anexos y ante los médicos si se hubiere procedido a un reconocimiento médico. Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Contratante o por los Asegurados, aún hecha de buena fe, que a juicio de peritos hubiere impedido el contrato o la aceptación de los seguros individuales, o habría modificado sus condiciones, si la Compañía hubiere sido cerciorada del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato o los certificados de los Asegurados, según el caso.

Si resultara errónea la edad o cualquier otro dato referente a un Asegurado, la Compañía se obliga a pagar la suma que hubiera estado a su cargo de ser exacta la información, salvo que fuese aplicable el inciso precedente.

No son asegurables los interdictos, los menores de 14 años, ni los que excedan el límite máximo de edad de ingreso establecido en las Condiciones Particulares de póliza. De comprobarse que a la fecha de adhesión el Asegurado era una persona no asegurable de acuerdo con lo establecido precedentemente, quedará automáticamente anulado el seguro individual y la única obligación de La Compañía será la devolución de las primas percibidas hasta ese momento.

Artículo 4° - Iniciación del contrato

La responsabilidad que asume la Compañía comienza a las 0 horas de la fecha de vigencia indicada en las Condiciones Particulares.

Artículo 5° - certificado individual de incorporación

La Compañía emitirá para cada Asegurado un Certificado Individual de Incorporación, en el que constarán los beneficios a que tiene derecho, sumas aseguradas, fecha de vigencia inicial y designación de beneficiarios. Sin perjuicio de ello, la Compañía podrá reemplazar la emisión de dicho Certificado por otra forma de comunicación autorizada por el Organismo de Control.

Cuando se produzca una variación del capital asegurado individual, la Compañía emitirá un nuevo Certificado Individual, en reemplazo del anterior vigente.

Artículo 6° - primas del seguro

La prima media inicial por mil de capital asegurado indicada en las Condiciones Particulares de esta póliza regirá durante el primer año de vigencia del seguro. En cada aniversario de póliza la Compañía calculará la prima media que aplicará en el siguiente período, comunicando por escrito al Contratante el nuevo valor resultante, de existir variaciones, con una anticipación no menor de treinta (30) días a la fecha de su vigencia.

Cuando no se establezcan primas medias por rangos de edades, la prima media será aplicada sin ninguna discriminación de edades a todos los Asegurados.

La prima media estará dada por la suma de las primas individuales que resulten de aplicar la tarifa de acuerdo con la edad alcanzada y el importe del seguro de cada asegurado, dividido por el importe total de capital asegurado del grupo.

Cuando se produzca una variación superior al treinta por ciento (30%) en la cantidad de asegurados y/o en la suma de los seguros individuales, el Contratante o la Compañía podrán exigir un nuevo cálculo de la prima media, que regirá hasta el próximo aniversario de póliza.

El importe de las primas a pagar por el Contratante resultará de multiplicar la prima media por el total de capitales asegurados vigentes.

Artículo 7° - pago de las primas

Las primas deberán ser pagadas por adelantado por el Contratante en las oficinas de la Compañía, en sus agencias oficiales, en los bancos o en el domicilio de los asesores productores debidamente autorizados por ella para dicho fin.

La periodicidad de pago de primas estipulada en las Condiciones Particulares podrá ser modificada en cualquier aniversario de póliza, mediante solicitud escrita del Contratante con una anticipación no menor a treinta (30) días del aniversario respectivo.

Artículo 8° - plazo de gracia

Se concede al Contratante un plazo de treinta (30) días para el pago de las primas, sin recargo de intereses. Para el pago de la primera prima el plazo de gracia se contará desde la fecha de vigencia de la póliza, y para el pago de las primas siguientes dicho plazo correrá a partir del día en que venza cada una.

Si durante este plazo de gracia ocurrieran siniestros amparados por esta póliza, esta se considerará en vigor y la Compañía pagará el valor del seguro correspondiente previa cancelación por parte del Contratante del importe total de las primas pendientes.

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

Vencido el plazo de gracia y no abonada la prima, caducarán los derechos emergentes de esta póliza.

Artículo 9° - falta de pago de las primas

Este contrato se juzgará automáticamente rescindido, sin necesidad de interpelación previa, si no se abonara cualquiera de las primas en los plazos convenidos de esta póliza.

En este caso el Contratante adeudará a la Compañía la prima correspondiente al mes de gracia salvo que dentro de dicho plazo hubiese solicitado por escrito su rescisión, en cuyo caso deberá pagar una prima calculada a prorrata por los días transcurridos desde el vencimiento de la prima impaga hasta la fecha de recepción de tal solicitud.

Artículo 10° - liquidación por fallecimiento

Ocurrido el fallecimiento del Asegurado estando esta póliza y el respectivo Certificado Individual en vigor, el Contratante deberá remitir a la Compañía la solicitud del beneficiario, quien estará obligado a suministrar la información necesaria para verificar el siniestro y permitirle las indagaciones necesarias a tal fin. La Compañía puede requerir prueba instrumental, como ser, las pruebas legales del deceso, declaración del médico que hubiese asistido al asegurado o que hubiese certificado su muerte, además de otra declaración del Contratante, extendidas ambas en formularios que proporcionará la Compañía, testimonio de cualquier actuarial sumarial que se hubiera instruido con motivo del hecho determinante del fallecimiento salvo que razones procesales lo impidieran, así como otros documentos que fueren razonablemente necesarios.

Una vez recibidos los documentos justificativos y aprobada esa documentación, la Compañía efectuará el pago del capital estipulado en el Certificado Individual a los beneficiarios designados, en los plazos indicados en el Artículo 11° de estas Condiciones Generales Comunes.

Artículo 11° - Plazos para el pago de las obligaciones de la Compañía

Los plazos para el pago de las obligaciones de la Compañía emergentes de esta póliza, se regirán por las disposiciones de los Artículos 46 (segundo y tercer párrafo), 49 y 56 de la Ley de Seguros N° 17.418, que se resumen en los siguientes incisos. El pago de los beneficios estipulados se hará dentro de los quince (15) días de denunciado el siniestro, o de acompañada, si procediera, la información complementaria a que se refieren los párrafos segundo y tercero del Artículo 46 de la citada Ley, la que fuere posterior. La Compañía debe pronunciarse acerca del derecho del beneficiario dentro de los treinta (30) días de recibida la información a que se refieren los párrafos segundo y tercero del Artículo 46 de la citada Ley, importando aceptación la omisión de dicho pronunciamiento.

Artículo 12° - riesgos no cubiertos

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

Suicidio voluntario o tentativa de suicidio voluntario, salvo que el seguro haya estado en vigor ininterrumpidamente por un año completo;

Culpa grave del Asegurado;

Acto ilícito provocado deliberadamente por el Contratante del seguro sobre la vida el Asegurado;

Participación como conductor o integrante de equipo en competencia de pericia o velocidad, con vehículos mecánicos o de tracción a sangre, o en justas hípicas (salto de vallas o carreras);

Intervención en la prueba de prototipo de aviones, automóviles u otros vehículos de propulsión mecánica;

Práctica o utilización de la aviación, salvo como pasajero en servicio de transporte aéreo regular;

Intervención en otras ascensiones áreas o en operaciones o viajes submarinos;

Abuso de alcohol y/o drogas;

Uso de estupefacientes y/o narcóticos; salvo en caso de prescripción médica;

Participación en empresa criminal o por aplicación legítima de la pena de muerte;

Acontecimientos catastróficos originados por la energía atómica, consecuencias directas o indirectas de la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva;

Guerra que no comprenda a la Nación Argentina; en caso de comprenderla, las obligaciones del Asegurado, así como las de la Compañía, se regirán por las normas que, en tal emergencia, dictaren las autoridades competentes;

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

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

Intervenciones médicas ilícitas.

Artículo 13° - Rescisión de la póliza

Sin perjuicio de las causales de rescisión y caducidad establecidas en la Ley de Seguros, esta póliza podrá ser rescindida tanto por el Contratante como por la Compañía, previo aviso por escrito remitido con una anticipación no menor a treinta (30) días.

En caso de producirse la rescisión de la póliza, caducarán simultáneamente todos los seguros individuales cubiertos por la misma, y la Compañía quedará libre de toda responsabilidad u obligaciones por siniestros ocurridos después de la cancelación de la póliza, sin perjuicio del cumplimiento de las obligaciones pendientes a cargo de la Compañía en ese momento.

Artículo 14° - variacion del grupo asegurado

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

Artículo 15° - rehabilitacion del certificado individual

Si caducara un Certificado Individual en los términos definidos en las Condiciones Generales Específicas, el Asegurado podrá obtener su rehabilitación siempre que la misma se encuentre aprobada por el Contratante, que el Asegurado cumpla pruebas de asegurabilidad satisfactorias a juicio de la Compañía y que se abonen las primas impagas vencidas hasta la fecha de rehabilitación.

Artículo 16° - cesiones

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

Artículo 17° - duplicados y copias

En caso de robo, pérdida o destrucción de la póliza o de un Certificado Individual el Contratante o el Asegurado podrán obtener un duplicado certificado por la Compañía, si lo solicitan por escrito. Las modificaciones o endosos que se hagan en el duplicado, a pedido del Contratante o del Asegurado, según el caso, serán los únicos válidos.

El Contratante o los Asegurados tienen el derecho a recabar una copia de sus declaraciones efectuadas con motivo de este contrato y copia no negociable de la póliza o del correspondiente Certificado Individual.

Los gastos que origine la extensión de duplicados y copias serán por cuenta de los solicitantes.

Artículo 18° - impuestos, tasas y contribuciones

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

Artículo 19° - facultades de productor o agente

El productor o agente de seguro, cualquiera sea su vinculación con la Compañía autorizado por esta para la mediación, solo está facultado con respecto a las operaciones en las cuales interviene para:

- a) Recibir propuestas de celebración y modificación de contratos de seguros.
- b) Entregar los instrumentos emitidos por la Compañía, referentes a contratos o sus prórrogas.
- c) Aceptar el pago de la prima si se halla en posesión de un recibo oficial de la Compañía.

Artículo 20° - domicilio

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

Artículo 21° - prescripción

Las acciones fundadas en esta póliza prescriben; al año de ser exigible la obligación correspondiente para el beneficiario el plazo de prescripción se computa desde que conozca la existencia del beneficio, Pero en ningún caso excederá de tres años desde el nacimiento de su derecho a la prestación por parte de la Compañía.

Artículo 22° - jurisdicción

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

CONDICIONES GENERALES ESPECÍFICAS – GRUPO ABIERTO

Artículo 1° - Grupo asegurable

Son asegurables a la fecha de vigencia de esta póliza todas las personas integrantes del grupo regido por el Contratante. Las personas que en lo futuro integren el grupo regido por el Contratante, así como las que reingresen al mismo, serán asegurables a partir de su incorporación o reincorporación respectivamente.

Artículo 2° - Condiciones de adhesión

Las condiciones de adhesión serán las que figuren en las Condiciones Particulares de póliza, las que se cumplimentarán mediante la Solicitud de Adhesión Individual proporcionada por la Compañía, con o sin declaración de estado de salud y, en su caso, reconocimiento médico.

Todo asegurable que desee incorporarse a esta póliza, deberá solicitarlo por escrito en los formularios de Solicitud de Adhesión Individual, dentro de un plazo de treinta (30) días a contar desde la fecha en que sea asegurable. Los asegurables que soliciten su incorporación a esta póliza después de transcurrido dicho plazo, como asimismo los que vuelvan a solicitar el seguro después de haberlo rescindido, deberán presentar pruebas de asegurabilidad satisfactorias para la Compañía y abonar los gastos que se originen para obtenerlas.

En caso de corresponder reconocimiento médico, el mismo deberá ser efectuado dentro de los quince (15) días de su pedido por parte de la Compañía.

Tratándose de un seguro sobre la vida de un tercero, se requerirá el consentimiento de este por escrito.

Artículo 3° - Cantidad mínima de asegurados y porcentaje mínimo de adhesión

Es condición especial para que este seguro entre en vigor y pueda mantenerse en vigencia, que tanto la cantidad de Asegurados como el porcentaje de los mismos en relación al grupo asegurable, alcancen por lo menos a los mínimos indicados en las Condiciones Particulares de esta póliza.

Cuando no se alcancen los mínimos antes mencionados, la Compañía se reserva el derecho de reducir las sumas aseguradas o de modificar la tarifa de primas aplicada, notificando tal decisión al Contratante por escrito con una anticipación mínima de treinta (30) días.

Artículo 4° - Vigencia de cada seguro individual

Para los asegurables que hubieran solicitado su incorporación a esta póliza hasta las 0 horas del día fijado como comienzo de su vigencia, el seguro comenzará a regir desde dicha fecha y hora.

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

Artículo 5° - Capitales asegurados

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

El Contratante deberá comunicar a la Compañía las variaciones que, de acuerdo a dicha escala, deban producirse en los capitales asegurados. La modificación regirá desde la fecha en que la Compañía reciba la mencionada comunicación y siempre que se devengue la correspondiente prima desde esa fecha.

En ningún caso el capital asegurado individual podrá ser inferior al Capital Asegurado Mínimo ni ser superior al Capital Asegurado Máximo establecidos en las Condiciones Particulares de esta póliza. Todo exceso de capitales sobre el máximo convenido no será cubierto por el seguro, y solo dará lugar a la devolución de las primas que se hubieran pagado por dicho excedente.

Artículo 6° - Designación de beneficiarios

La designación de beneficiario o beneficiarios se hará por escrito, en la Solicitud de Adhesión Individual o en cualquier otra comunicación como se establece en el Artículo 7° de estas Condiciones Generales Específicas. Designadas varias personas sin indicación de proporciones, se entiende que el beneficio es por partes iguales. Cuando el Asegurado no designe beneficiario o por cualquier causa la designación resulte ineficaz o quede sin efecto, se entiende que designó a sus herederos.

Si un beneficiario hubiere fallecido antes o al mismo tiempo que el Asegurado, la designación correspondiente del seguro acrecerá la de los demás beneficiarios, si los hubiere, en la proporción de sus propias asignaciones.

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

Cuando se designe a los herederos, se entiende a los que por Ley suceden al Asegurado, si no hubiere otorgado testamento; si lo hubiere otorgado, se tendrá por designado a los herederos instituidos. Si no se fija cuota parte, el beneficio se distribuirá conforme a las cuotas hereditarias.

Artículo 7° - Cambio de beneficiarios

El Asegurado podrá cambiar, en cualquier momento, el beneficiario o beneficiarios salvo que la designación sea a título oneroso. El cambio de beneficiario surtirá efecto frente a la Compañía si el Asegurado dirige a sus oficinas la comunicación respectiva y presenta su certificado para que se efectúe en él la anotación correspondiente.

Si el cambio no hubiera llegado a ser registrado en el certificado, en caso de fallecimiento del Asegurado el pago se hará consignando judicialmente los importes que correspondan a la orden conjunta de los beneficiarios anotados en el certificado y los designados con posterioridad mediante cualquier comunicación escrita del Asegurado recibida por la Compañía hasta el momento de la consignación.

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

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

Artículo 8° - Rescisión de los certificados individuales

El seguro de cada Asegurado quedará rescindido o caducará en los siguientes casos:

- a. Por la caducidad o rescisión de esta póliza;
- b. Por renuncia del Asegurado a continuar con su seguro;
- c. Por dejar de pertenecer al grupo regido por el Contratante;
- d. Por alcanzar el Asegurado la edad máxima de cobertura prevista en las Condiciones Particulares de esta póliza.

Cuando la caducidad se produzca por las causas enunciadas en los puntos b) al d) del inciso precedente, el Contratante deberá comunicarlo a la Compañía y el seguro quedará rescindido a partir de la fecha a que corresponda la causa notificada. Si el Contratante no cumpliera con tal obligación, la única obligación de la Compañía consistirá en devolver las primas percibidas con posterioridad al momento en que se produjo la caducidad del respectivo seguro.

Artículo 9° - Información a suministrar a la Compañía

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

Artículo 10° - Ejecución del contrato

Las relaciones entre la Compañía y los Asegurados o beneficiarios de estos, se desenvolverán siempre por intermedio del Contratante. Conforme a ello el Contratante efectuará a la Compañía el pago de las primas y aquel, a su vez, cobrará a los Asegurados la parte proporcional asignada a los mismos.

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

Artículo 11° - Denuncia de otros seguros colectivos

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

Artículo 12° - Utilización del nombre de la compañía

El Contratante no podrá utilizar el nombre de la Compañía en propagandas, impresos, boletas, etc., sin su previa autorización expresa y aprobación del texto respectivo.

CLAUSULA ADICIONAL ENFERMEDADES GRAVES – ANTICIPO CAPITAL ASEGURADO

ARTÍCULO 1° - COBERTURA

La Compañía concederá el beneficio que acuerda esta Cláusula si al Asegurado se le diagnostica alguna de las siguientes enfermedades graves, bajo las condiciones y términos que más adelante se establecen:

- Cáncer
- Infarto de miocardio
- Cirugía arterio-coronaria

- Accidente cerebro-vascular
- Insuficiencia renal

Esta cobertura se otorgará a todos los Asegurados que a la fecha de su admisión al seguro no hayan cumplido cincuenta y cinco (55) años de edad.

ARTÍCULO 2° - DEFINICIONES

A efectos de esta Cláusula Adicional se entiende por:

Cáncer: La presencia de un tumor maligno cuyas características son el crecimiento y la multiplicación incontrolados de células malignas y la invasión de tejidos, y que debe ser confirmado por análisis histológico. El término cáncer incluye leucemia y enfermedades malignas del sistema linfático (por ejemplo la enfermedad de Hodgkin). Quedan excluidos todos los tumores de la piel (excepto el melanoma maligno) y cualquier clase de cáncer sin invasión o in-situ.

Infarto de miocardio: Muerte o necrosis de una parte del músculo cardíaco (miocardio) como consecuencia de una deficiencia de aporte sanguíneo a la zona respectiva, y cuyo diagnóstico se basa en:

- Un historial de dolores torácicos típicos,
- Nuevos cambios de ECG,
- Elevación de las enzimas cardíacas.

Cirugía arterio-coronaria: La cirugía a corazón abierto que se realiza para la corrección de estenosis o bloqueo de dos o más arterias coronarias, introduciéndose un by-pass arterio-coronario (CABG), que debe estar diagnosticada por una angiografía coronaria. Se excluyen la angioplastia, tratamientos por láser y toda otra técnica que no requiera la apertura quirúrgica del tórax.

Accidente cerebro-vascular: Cualquier accidente cerebro-vascular de duración superior a 24 horas. Debe existir una destrucción del tejido cerebral causada por trombosis, hemorragia o embolia de fuente extracraneal, así como pruebas de disfunción neurológica permanente. Tiene que quedar comprobada una deficiencia neurológica de una duración de, por lo menos, 4 semanas. Se excluyen los accidentes vasculares isquémicos transitorios y accidentes lentamente reversibles.

Insuficiencia renal: Insuficiencia crónica e irreversible del funcionamiento de ambos riñones, a consecuencia de la cual se hace necesario someterse regularmente a diálisis renal o al trasplante de riñón. Debe ser certificada por un informe nefrológico.

ARTÍCULO 3° - BENEFICIO

La Compañía abonará, una vez comprobada la ocurrencia de alguna de las enfermedades graves cubiertas por esta Cláusula, un monto equivalente al porcentaje del capital asegurado indicado en las Condiciones Particulares de póliza, sujeto al capital máximo también estipulado en dichas Condiciones.

ARTÍCULO 4° - CARACTER DEL BENEFICIO

Una vez abonado el beneficio acordado por esta Cláusula, el capital asegurado por fallecimiento y el previsto para las coberturas adicionales de Incapacidad y Accidente, si estas últimas se hubieran contratado, serán reducidos por el importe abonado en concepto de Enfermedad Grave, disminuyendo la prima del seguro en la proporción correspondiente.

ARTÍCULO 5° - PERIODO DE CARENCIA

Esta Cláusula tendrá un período de carencia de sesenta (60) días a contar desde la fecha de su vigencia inicial o desde su rehabilitación. De modo que solo tendrá validez para la obtención del beneficio correspondiente, el primer diagnóstico de la enfermedad cubierta, emitido después de transcurrido dicho plazo.

ARTÍCULO 6° - AVISO A LA COMPAÑÍA

A fin de comprobar la validez del diagnóstico, el aviso de haber contraído o haberse desarrollado alguna de las enfermedades graves cubiertas, debe darse a la Compañía dentro de los noventa (90) días de dicho diagnóstico. Ello bajo pena de perder el derecho a ser indemnizado, salvo que se acredite caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.

El Asegurado deberá proporcionar a la Compañía todos los antecedentes médicos y exámenes que obren en su poder. Asimismo, deberá autorizar a la Compañía para requerir de sus médicos tratantes todos los antecedentes que ellos posean, y dar las facilidades y someterse a los exámenes que la Compañía solicite a efectos de determinar y verificar la efectividad de la enfermedad. El costo de estos exámenes será a cargo de la Compañía.

ARTÍCULO 7° - VALUACION POR PERITOS

Si no hubiere acuerdo entre las partes sobre la apreciación del diagnóstico de la enfermedad del Asegurado, ello será analizado por dos médicos designados uno por cada parte en un plazo máximo de ocho (8) días, los que deberán elegir a un tercer facultativo para el caso de divergencia dentro de los ocho (8) días de su designación. De no llegarse a un acuerdo para la designación del tercero este nombramiento lo hará la Secretaría de Salud de la Nación o el Organismo que la reemplace. 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.

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

ARTÍCULO 8° - RIESGOS NO CUBIERTOS

Se excluyen de esta cobertura las enfermedades que sean consecuencia de los riesgos no cubiertos indicados en el Artículo 12° de las Condiciones Generales Comunes de póliza.

ARTÍCULO 9° - TERMINACION DE LA COBERTURA

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

- a) Al caducar la póliza o el Certificado Individual por cualquier causa;

- b) Al pagarse alguno de los beneficios previstos en esta Cláusula;
- c) A partir de la fecha en que el Asegurado cumpla sesenta y cinco (65) años de edad;
- d) Por rescisión de esta Cláusula Adicional;
- e) Por exclusión de esta cobertura por condición de otras Cláusulas Adicionales.

CLAUSULA ADICIONAL

TRASPASO DE POLIZA

Por tratarse de un traspaso de póliza de otra Aseguradora, la Compañía cubrirá por todos los riesgos previstos en esta póliza a todo el grupo asegurado vigente en la anterior Aseguradora a la fecha de rescisión de póliza.

Queda convenido que los requisitos dispuestos en esta póliza con respecto a restricciones en la edad de ingreso al seguro, presentación de pruebas de asegurabilidad satisfactorias para la Compañía, y plazo de carencia para las coberturas previstas, no serán de aplicación para el grupo asegurado vigente al momento del traspaso.

CLAUSULA ADICIONAL INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

ARTÍCULO 1° - COBERTURA

La Compañía concederá el beneficio que acuerda esta Cláusula al Asegurado que, a causa de una enfermedad o un accidente, acredite encontrarse incapacitado en forma total y permanente en los términos que se caracterizan taxativa y excluyentemente en el Artículo 2° de esta Cláusula como incapacidad cubierta, durante la vigencia de su seguro y antes de cumplir sesenta y cinco (65) años de edad, siempre que tal estado haya continuado ininterrumpidamente por tres (3) meses como mínimo, y además, en caso de accidente, que la primera manifestación de la incapacidad se experimente dentro de los ciento ochenta (180) días del suceso.

A los efectos de la presente cobertura, se entiende por accidente a todo acontecimiento externo, violento y fortuito, independiente de la voluntad del Asegurado.

ARTÍCULO 2° - ALCANCE DE LA COBERTURA

A efectos de esta Cláusula Adicional, se entiende por incapacidad total y permanente, a aquella producida por:

- a) La pérdida anatómica o funcional no recuperable, no rehabilitable o no readaptable, con tratamiento médico o quirúrgico ni con el uso de artificios de técnica, de dos de los cuatro miembros.
- b) La imposibilidad de deambular por sí mismo, no curable, no rehabilitable o no readaptable, aún con tratamiento médico o quirúrgico ni con el uso de artificios de técnica.
- c) Aquellas afecciones que de manera permanente impidan permanecer en posición activa de sentado.
- d) La pérdida permanente del control de los esfínteres anal o vesical y/o la función renal, no recuperable con tratamiento médico o quirúrgico. Se excluye ano contra natura.
- e) La pérdida total anatómica o funcional de ambos ojos no recuperable con tratamiento médico o quirúrgico o con el uso de artificios de técnica (lentes, etc.).
- f) Los procesos psicóticos de larga evolución, refractarios a los tratamientos actuales, o en estado demencial. Se excluyen los síndromes depresivos reactivos y los cuadros neuróticos, ambos si fueran pasibles de franca remisión con tratamiento específico.
- g) Las afecciones cardio-vasculares cuando determinen la aparición ante el mínimo esfuerzo de disnea o angor, cuya reversibilidad no se consiga con tratamiento médico o quirúrgico.
- h) Las insuficiencias respiratorias con disnea de reposo en forma constante e irreversible.

Se excluyen expresamente de esta cobertura los casos que afecten al Asegurado en forma temporal, y las incapacidades ocurridas con anterioridad a la inclusión del Asegurado en esta cobertura adicional, aunque el estado incapacitante se manifieste durante la vigencia de la misma.

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

ARTÍCULO 3° - BENEFICIO

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

ARTÍCULO 4° - CARACTER DEL BENEFICIO

El beneficio acordado por esta Cláusula es sustitutivo del capital asegurado que debiera abonarse en caso de muerte u otros eventos cubiertos, de modo que, con el pago de esta indemnización, la Compañía queda liberada de cualquier otra obligación asumida en esta póliza respecto del Asegurado y de sus beneficiarios.

ARTÍCULO 5° - RIESGOS NO CUBIERTOS

Se excluyen de esta cobertura las incapacidades que sean consecuencia de los riesgos no cubiertos indicados en el Artículo 12° de las Condiciones Generales Comunes de póliza y de las causas que se indican a continuación:

- a) Inhalaciones de gases o envenenamientos de cualquier naturaleza;
- b) Fenómenos sísmicos, huracanes, tornados o maremotos.

ARTÍCULO 6° - JUSTIFICACION DE LA INCAPACIDAD

Para obtener el beneficio previsto en esta Cláusula, corresponde al Asegurado o sus representantes:

- a) Denunciar por escrito la existencia de la incapacidad total y permanente;
- b) Presentar las constancias médicas y/o testimoniales de su comienzo y causas, reservándose la Compañía el derecho de obtener dichas pruebas por sus propios medios;
- c) Facilitar cualquier comprobación de la incapacidad, incluso hasta dos exámenes médicos por facultativos designados por la Compañía y con gastos a cargo de esta.

ARTÍCULO 7° - PLAZO DE PRUEBA

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

ARTÍCULO 8° - VALUACION POR PERITOS

Si no hubiere acuerdo entre las partes sobre la apreciación de la incapacidad del Asegurado, ello será analizado por dos médicos designados uno por cada parte en un plazo máximo de ocho (8) días, los que deberán elegir a un tercer facultativo para el caso de divergencia dentro de los ocho (8) días de su designación. De no llegarse a un acuerdo para la designación del tercero este nombramiento lo hará la Secretaría de Salud de la Nación o el Organismo que la reemplace. 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.

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

ARTÍCULO 9° - INCAPACIDAD MENTAL

En caso de que la incapacidad total y permanente se derive de la causa indicada en el inciso f) del Artículo 2° de esta Cláusula, la Compañía abonará el capital asegurado al Asegurado, o al curador designado judicialmente.

ARTÍCULO 10° - TERMINACION DE LA COBERTURA

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

- a) Al caducar la póliza o el Certificado Individual por cualquier causa;
- b) A partir de la fecha en que el Asegurado cumpla sesenta y cinco (65) años de edad;
- c) Por rescisión de esta Cláusula Adicional;
- d) Por exclusión de esta cobertura por condición de otras Cláusulas Adicionales.

CLAUSULA ADICIONAL INDEMNIZACIONES ADICIONALES POR ACCIDENTE – CLAUSULA A

ARTÍCULO 1° - COBERTURA

La Compañía concederá el beneficio que acuerda esta Cláusula al Asegurado que, a consecuencia de un accidente, sufra alguna de las pérdidas corporales detalladas en el Artículo 2° de esta Cláusula, durante la vigencia de su seguro y antes de cumplir sesenta y cinco (65) años de edad, y siempre que las mismas se produzcan dentro de los ciento ochenta (180) días del accidente.

A los efectos de la presente cobertura, se entiende por accidente a todo acontecimiento externo, violento y fortuito, independiente de la voluntad del Asegurado.

ARTICULO 2° - BENEFICIO

La Compañía, comprobado el accidente, abonará al Asegurado o al beneficiario el porcentaje del capital asegurado de esta Cláusula que corresponda de acuerdo a la pérdida sufrida, según se establece en la siguiente escala:

a) Por la pérdida de la vida.....	100%
b) Por la pérdida total de los dos ojos, o de ambos brazos o de ambas manos, o de ambas piernas o de ambos pies, o de un brazo y un pie, o de una pierna y una mano	100%
c) Por la pérdida total de un brazo o de una mano	50%
d) Por la pérdida total de una pierna o de un pie.....	50%
e) Por la pérdida total de un solo ojo.....	25%

Con respecto a brazos, manos, piernas y pies, se entiende por pérdida total la amputación o la inhabilitación funcional completa y definitiva de los mismos; en cuanto a los ojos, consiste en la pérdida de la vista de manera total o irrecuperable por tratamiento médico y/o quirúrgico.

En el caso de varias pérdidas en uno o más accidentes, la Compañía abonará la indemnización que corresponda a la suma de los respectivos porcentajes. La indemnización máxima prevista por esta Cláusula es del 100% del capital asegurado.

Si las consecuencias de un accidente ya indemnizado se agravaran y, durante el transcurso de los doce meses siguientes a la fecha del accidente, ocasionaran otra u otras pérdidas o la muerte, la Compañía pagará cualquier diferencia que pudiera corresponder, sin excederse del máximo de la cobertura.

ARTÍCULO 3° - CARACTER DEL BENEFICIO

El beneficio acordado por esta Cláusula es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en esta póliza.

ARTÍCULO 4° - RIESGOS NO CUBIERTOS

Se excluyen de esta cobertura los accidentes que sean consecuencia de los riesgos no cubiertos indicados en el Artículo 12° de las Condiciones Generales Comunes de póliza. La Compañía no otorgará cobertura en los siguientes casos:

- a) Enfermedades o infecciones de cualquier naturaleza, salvo si estas fueran provocadas por accidente y se manifestaran dentro de los ciento ochenta (180) días del suceso;
- b) Intervención quirúrgica no motivada por accidente;
- c) Inhalaciones de gases o envenenamientos de cualquier naturaleza;
- d) Fenómenos sísmicos, huracanes, tornados o maremotos.

ARTÍCULO 5° - COMPROBACION DEL ACCIDENTE

Para obtener el beneficio previsto en esta Cláusula, corresponde al Asegurado o al beneficiario:

- a) Denunciar el accidente dentro de los quince (15) días de la fecha en que haya ocurrido, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia, so pena de perder todo derecho a indemnización;
- b) Suministrar pruebas sobre la fecha y causa del accidente, como acerca de la manera y del lugar en que se produjo;
- c) Facilitar cualquier comprobación o aclaración;
- d) Adoptar todas las medidas posibles conducentes a disminuir las consecuencias de accidente.

La Compañía se reserva el derecho de gestionar la exhumación del cadáver y practicar la autopsia en presencia de uno de sus facultativos, con gastos a cargo de la misma. El beneficiario prestará su conformidad y su concurso para la obtención de las correspondientes autorizaciones para realizarla.

ARTÍCULO 6° - VALUACION POR PERITOS

Si no hubiere acuerdo entre las partes sobre la apreciación de cualquier lesión del Asegurado, ello será analizado por dos médicos designados uno por cada parte en un plazo máximo de ocho (8) días, los que deberán elegir a un tercer facultativo para el caso de divergencia dentro de los ocho (8) días de su designación. De no llegarse a un acuerdo para la designación del tercero este nombramiento lo hará la Secretaría de Salud de la Nación o el Organismo que la reemplace. 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.

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

ARTÍCULO 7° - TERMINACION DE LA COBERTURA

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

- a) Al caducar la póliza o el Certificado Individual por cualquier causa;
- b) A partir de la fecha en que el Asegurado cumpla sesenta y cinco (65) años de edad;
- c) A partir del momento en que el Asegurado haya percibido, por aplicación de esta Cláusula, indemnizaciones equivalentes al capital asegurado;
- d) Por rescisión de esta Cláusula Adicional;

e) Por exclusión de esta cobertura por condición de otras Cláusulas Adicionales.

CLAUSULA ADICIONAL INDEMNIZACION ADICIONAL EN CASO DE MUERTE ACCIDENTAL

ARTÍCULO 1° - COBERTURA

La Compañía concederá el beneficio que acuerda esta Cláusula cuando el Asegurado fallezca a consecuencia de un accidente, durante la vigencia de su seguro y antes de cumplir sesenta y cinco (65) años de edad, y siempre que el fallecimiento se produzca dentro de los ciento ochenta (180) días del accidente.

A los efectos de la presente cobertura, se entiende por accidente a todo acontecimiento externo, violento y fortuito, independiente de la voluntad del Asegurado.

ARTICULO 2° - BENEFICIO

La Compañía, comprobado el accidente, abonará el capital asegurado de esta Cláusula al beneficiario designado.

ARTÍCULO 3° - CARACTER DEL BENEFICIO

El beneficio acordado por esta Cláusula es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en esta póliza.

ARTÍCULO 4° - RIESGOS NO CUBIERTOS

Se excluyen de esta cobertura los accidentes que sean consecuencia de los riesgos no cubiertos indicados en el Artículo 12° de las Condiciones Generales Comunes de póliza. La Compañía no otorgará cobertura en los siguientes casos:

- a) Enfermedades o infecciones de cualquier naturaleza, salvo si estas fueran provocadas por accidente y se manifestaran dentro de los ciento ochenta (180) días del suceso;
- b) Intervención quirúrgica no motivada por accidente;
- c) Inhalaciones de gases o envenenamientos de cualquier naturaleza;
- d) Fenómenos sísmicos, huracanes, tornados o maremotos.

ARTÍCULO 5° - COMPROBACION DEL ACCIDENTE

Para obtener el beneficio previsto en esta Cláusula, corresponde al beneficiario instituido:

- a) Denunciar el accidente dentro de los quince (15) días de la fecha en que haya ocurrido, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia, so pena de perder todo derecho a indemnización;
- b) Suministrar pruebas sobre la fecha y causa del accidente, como acerca de la manera y del lugar en que se produjo;
- c) Facilitar cualquier comprobación o aclaración.

La Compañía se reserva el derecho de gestionar la exhumación del cadáver y practicar la autopsia en presencia de uno de sus facultativos, con gastos a cargo de la misma. El beneficiario prestará su conformidad y su concurso para la obtención de las correspondientes autorizaciones para realizarla.

ARTÍCULO 6° - TERMINACION DE LA COBERTURA

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

- a) Al caducar la póliza o el Certificado Individual por cualquier causa;
- b) A partir de la fecha en que el Asegurado cumpla sesenta y cinco (65) años de edad;
- c) A partir del momento en que el Asegurado haya percibido, por aplicación de esta u otras Cláusulas, indemnizaciones equivalentes al capital asegurado;
- d) Por rescisión de esta Cláusula Adicional;
- e) Por exclusión de esta cobertura por condición de otras Cláusulas Adicionales.