

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

ANEXO 1

CONDICIONES GENERALES COMUNES (CG-AP 1.0)

PREMINENCIA NORMATIVA

Cláusula 1 - La Propuesta o Solicitud de Seguro, las Condiciones Generales comunes y las Particulares, los distintos Anexos y Endosos y cualquier otra declaración escrita relacionada con la contratación de este seguro quedan incorporadas como parte integrante de esta póliza.

La expresión ESTA PÓLIZA significará a los fines de este contrato dicho conjunto de elementos.

En caso de discordancia entre las Condiciones Generales Comunes, Condiciones Generales Específicas, Cláusulas Adicionales, Anexos y Condiciones Particulares, se determinará la preeminencia de acuerdo al siguiente orden de prelación:

Condiciones Particulares.

Anexos o endosos al Frente de Póliza.

Cláusulas Adicionales.

Condiciones Generales Específicas.

Condiciones Generales Comunes para todas las Coberturas.

RIESGO CUBIERTO - MUERTE ACCIDENTAL

Cláusula 2 - El Asegurador se compromete al pago de la suma asegurada para el riesgo de Muerte Accidental estipulada en el Frente de Póliza, cuando el Asegurado fallezca como consecuencia de lesiones corporales producidas directa y exclusivamente por causas externas, violentas y fortuitas, ajenas a toda otra causa e independiente de su voluntad, siempre que el fallecimiento se produzca dentro del plazo de UN (1) año contado desde el accidente y que éste ocurra durante la vigencia de su seguro y antes de haber superado la Edad Máxima para esta cobertura indicada en el Frente de Póliza y en el Certificado de Incorporación Individual.

El Asegurador reducirá la prestación prevista para la muerte accidental en los porcentajes tomados en conjunto que hubiere abonado en concepto de invalidez permanente, si se hubiere contratado dicha cobertura, por éste u otros accidentes ocurridos durante el mismo período anual de vigencia de la póliza.

DEFINICIÓN DE ACCIDENTE

Cláusula 3 - 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 directa y exclusivamente por causas externas, violentas y fortuitas, ajenas a toda otra causa e independiente de su voluntad.

Se consideran también como 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 la Cláusula 6 inc. b); el carbunco, 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 4 - 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, o 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, handball, hockey sobre césped, natación, patinaje, pelota a paleta, pelota al cesto, pesca (salvo en alta mar), remo, tenis, tiro (en polígonos habilitados), volleyball y water-polo.

Cláusula 5 - 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.

EXCLUSIONES A LA COBERTURA

Cláusula 6 - Quedan excluidos de este seguro:

- a) Las consecuencias de heridas auto infringidas por el asegurado, aún las cometidas en estado de insanía.
- b) Acto ilícito del Beneficiario que provoca deliberadamente la muerte del Asegurado. En este caso solo perderá el derecho a la indemnización el beneficiario que ha cometido dicho acto ilícito. El derecho de los demás beneficiarios se acrecentará en la proporción que le corresponda a cada uno. A falta de beneficiarios, la indemnización se abonará a los herederos legales.
- c) Dolo o culpa grave del Asegurado.
- d) Duelo o riña, salvo que se tratase de legítima defensa.
- e) Los accidentes en ocasión de empresa o acto criminal en el que sea partícipe el Asegurado o por aplicación legítima de la pena de muerte.
- f) Los accidentes sufridos como consecuencia del abuso del alcohol, drogas, estupefacientes, narcóticos o estimulantes.
- g) Los accidentes derivados de la navegación aérea, salvo como pasajero en líneas regulares sujetas a un itinerario fijo, o por otras ascensiones aéreas, vuelos en globo, aladeltismo o parapente.
- h) Los accidentes sufridos en ocasión de participar en viajes o excursiones a zonas o regiones inexploradas.
- i) Los accidentes sufridos en ocasión de participar como conductor, acompañante o integrante de equipo en competencias o pruebas de pericia y/o velocidad con vehículos mecánicos o de tracción a sangre o en justas hípicas.
- j) Los accidentes sufridos en ocasión de intervenir en la prueba de prototipos de aviones, automóviles y otros vehículos de propulsión mecánica.
- k) El desempeño paralelo de las profesiones de acróbata, buzo, jockey y domador de potros o fieras.
- l) La Práctica de deportes o actividades peligrosas como alpinismo, andinismo, paracaidismo, rapel, buceo, esquí acuático o de montaña, wakeboard, snowboard, rafting, caza, motonáutica, y manipuleo de explosivos y/o armas o con exposición a radiaciones atómicas, salvo pacto en contrario.
- m) Los accidentes derivados del uso de motonetas, motocicletas, motos o cualquier otro vehículo autopropulsado de menos de cuatro ruedas.
- n) Las consecuencias de las enfermedades de cualquier naturaleza inclusive las originadas por la picadura de insectos, salvo lo especificado en la Cláusula 3.
- o) Las lesiones causadas por la acción de los rayos "X" y similares y de cualquier elemento radiactivo, u originadas en reacciones nucleares; de las lesiones imputables a esfuerzo, salvo los casos contemplados en el Cláusula 3; de insolación, quemaduras por rayos solares, enfriamiento y demás efectos de las condiciones atmosféricas o ambientales; de psicopatías transitorias o permanentes y de operaciones quirúrgicas o tratamientos; salvo que cualquiera de tales hechos sobrevenga a consecuencia de un accidente cubierto conforme con el Cláusula 2 o del tratamiento de las lesiones por él producidas.
- p) 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 a la Cláusula 3.
- q) Los accidentes derivados de la práctica de deportes que no sean los enumerados en el Cláusula 4, o en condiciones distintas a las enunciadas en la misma.
- r) El fallecimiento del Asegurado durante o como consecuencia de una operación quirúrgica no motivada por accidente.
- s) Los accidentes que sufra el Asegurado mientras se encuentre efectuando tareas a una altura superior a 8 (OCHO) metros respecto del plano horizontal inferior más próximo y/o cuando el accidente consistiere en la caída desde una altura superior a 8 (OCHO) metros entre el plano donde se encuentra efectuando las tareas y el plano donde impacta con su cuerpo.

Producido el fallecimiento del Asegurado durante la vigencia de la póliza por cualquiera de las causas enunciadas en los incisos precedentes, la póliza perderá su vigencia inmediatamente, quedando el Asegurador liberado de abonar los capitales asegurados.

Cláusula 7 - También quedan excluidos de este seguro:

- a) Los accidentes causados por hechos de guerra civil o internacional.
- b) Los accidentes causados por hechos de: guerrilla, rebelión, insurrección, revolución, conmoción civil, sedición, motín, vandalismo, terrorismo, motín o tumulto popular o lock-out, cuando el Asegurado participe como elemento activo.
- c) Los accidentes causados por fenómenos sísmicos, inundaciones u otros fenómenos naturales de carácter catastrófico.

PAGO DE LA PRIMA

Cláusula 8 - 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.

IMPUESTOS, TASAS Y CONTRIBUCIONES

Cláusula 9 - Los impuestos, tasas y contribuciones de cualquier índole y jurisdicción que puedan crearse en lo sucesivo o los aumentos eventuales de los existentes, estarán a cargo del Contratante, de los Asegurados, de sus beneficiarios o de sus herederos, según el caso, salvo cuando la ley los declare expresamente a cargo exclusivo del Asegurador.

FACULTADES DEL PRODUCTOR O AGENTE

Cláusula 10 - 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 prorrogas;

CARGAS DEL ASEGURADO O BENEFICIARIOS EN CASO DE ACCIDENTE

Cláusula 11 - El Asegurado o los beneficiarios comunicarán al Asegurador el siniestro dentro de los 15 (QUINCE) días de conocerlo, bajo pena de perder el derecho a indemnizarlo, 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 lo 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 15 (QUINCE) 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.

En especial los beneficiarios, en caso de muerte del asegurado, deberán presentar la documentación pertinente y la comprobación del derecho de los reclamantes.

Se perderá todo derecho a indemnización si cualquier información fuera simulada o fraudulenta, sin perjuicio de las acciones legales que correspondan.

En caso de fallecimiento del Asegurado, el Asegurador se reserva el derecho de gestionar la exhumación del cadáver y practicar la autopsia en presencia de uno de sus facultativos, con gastos a cargo del mismo. El

beneficiario, en tanto se encuentren a su alcance los medios necesarios, prestará su conformidad y su concurso para la obtención de las correspondientes autorizaciones para realizarla.

PLAZO DE PRUEBA

Cláusula 12 - El Asegurador dentro de los QUINCE (15) días de recibida la denuncia y/o constancias a que se refiere el Artículo anterior, contados desde la fecha que sea posterior, deberá hacer saber al Beneficiario y/o al Contratante la aceptación o rechazo del otorgamiento del beneficio.

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

RESIDENCIA EN EL EXTRANJERO

Cláusula 13 - El Asegurado debe comunicar al Asegurador en forma fehaciente e inmediata, cuando fije su residencia en el extranjero.

REDUCCIÓN DE LAS CONSECUENCIAS.

Cláusula 14 - 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.).

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO

Cláusula 15 - 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 beneficio se liquidará por partes iguales conforme a las disposiciones de la Ley de Seguros N° 17.418. Si alguno de los beneficiarios falleciera antes o al mismo tiempo que el Asegurado, su asignación se repartirá entre los demás beneficiarios, si los hubiere, en la proporción de sus propias asignaciones.

Cuando se designe a los herederos se entiende a los que por ley suceden al Asegurado, pero de haberse otorgado testamento, se tendrá por designados a los herederos instituidos. Si no se fija cuota parte, el beneficio se distribuirá conforme a las porciones hereditarias.

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

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 al fallecimiento del Asegurado existieran herederos o beneficiarios menores de edad, el padre o la madre en ejercicio de la patria potestad están autorizados para percibir el importe respectivo. En caso de que medie oposición expresa del Asegurado, la Entidad Aseguradora exigirá la presentación de la autorización judicial para efectuar el pago o en su defecto procederá a consignar judicialmente el capital asegurado. Los menores de edad emancipados por matrimonio o habilitación de edad podrán percibir el pago del seguro, cualquiera sea su importe.

Los asegurados menores de edad, mayores de 14 años no podrán efectuar designación de beneficiarios. En caso de muerte, el importe del seguro se hará efectivo al padre y a la madre en ejercicio de la patria potestad.

CAMBIO DE BENEFICIARIO

Cláusula 16 - El Asegurado podrá, durante la vigencia del seguro solicitar el cambio del o los beneficiarios instituidos, el que tendrá efecto desde la fecha en que el Asegurador reciba la correspondiente comunicación firmada por el Asegurado. Tal comunicación será válida, aunque la notificación llegue al Asegurador después del fallecimiento.

Cuando la designación sea a título oneroso y el Asegurador conozca dicha circunstancia no admitirá el cambio de beneficiario.

El Asegurador quedará liberado de toda obligación en caso de pagar el capital asegurado a los beneficiarios designados en el certificado individual con anterioridad a la recepción de cualquier comunicación modificatoria de esa designación.

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

VALUACIÓN POR PERITOS

Cláusula 17 - Si no hubiere acuerdo entre las partes sobre la apreciación de las consecuencias indemnizables del accidente, las mismas serán analizadas por dos médicos, designados uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los 8 (OCHO) días de su designación a un tercer facultativo para el caso de divergencia.

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

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

Los honorarios y los gastos de los médicos de las partes estarán a su respectivo cargo y los del tercero serán pagados por la parte cuyas pretensiones se alejen más del dictamen definitivo, salvo el caso de equidistancia en que se pagará por mitades entre las partes (Art. 57 última parte L. de S.).

CUMPLIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DEL ASEGURADOR

Cláusula 18 - El pago se hará dentro de los 15 (QUINCE) días de notificado el siniestro o de cumplidos los requisitos a que se refieren las Cláusulas 11 y 12 de estas Condiciones Generales Comunes, el que sea posterior.

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.

CADUCIDAD POR INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES Y CARGAS

Cláusula 19 - 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 el Artículo 36 de la Ley de Seguros.

DOMICILIO PARA DENUNCIAS Y DECLARACIONES

Cláusula 20 - 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 Nº 17.418 es el último declarado por ellas.

CÓMPUTO DE LOS PLAZOS

Cláusula 21 - Todos los plazos de días indicados en la presente póliza se computarán corridos, salvo disposición expresa en contrario.

JURISDICCIÓN

Cláusula 22 - Toda controversia judicial que se plantee en relación al presente contrato, se substanciará a opción del Asegurado, ante los jueces competentes del domicilio del Asegurado o el lugar de ocurrencia del siniestro, siempre que sea dentro de los límites de la República Argentina.

Sin perjuicio de ello, el Asegurado o sus derecho-habientes, podrá 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.

CESIÓN DE DERECHOS

Cláusula 23 - Los derechos emergentes de esta póliza y los certificados de incorporación son intransferibles, por lo tanto, cualquier cesión se considerará nula y sin valor alguna.

MONEDA DEL CONTRATO

Cláusula 24 - Todos los compromisos que se originaren con relación al presente contrato deberán ser abonados en la moneda de curso legal en la República Argentina.

CLÁUSULA DE INTERPRETACIÓN (AP-CI 1.0)

A los efectos de la presente póliza, déjese expresamente convenidas las siguientes reglas de interpretación, asignándose a los vocablos utilizados los significados y equivalencias que se consignan:

I –

1) Hechos de Guerra internacional: Se entienden por tales los hechos dañosos originados en i) la guerra declarada o no, entre dos o más países con la intervención de fuerzas regulares o irregulares organizadas militarmente, y aunque en ellas participen civiles o, ii) la invasión a un país por las fuerzas regulares o irregulares organizadas militarmente de un enemigo extranjero, y aunque en ellas participen civiles de este enemigo extranjero o, iii) las operaciones bélicas o de naturaleza similar llevadas a cabo por un País en contra de un enemigo extranjero.

2) Hechos de Guerra Civil: Se entienden por tales los hechos dañosos originados en un estado de lucha armada entre habitantes del país o entre ellos y las fuerzas regulares, caracterizado por la organización militar de los contendientes (aunque ella fuere rudimentaria), participen o no civiles, cualquiera fuere su extensión geográfica, intensidad o duración y que tiene por objeto derribar a los poderes constituidos del país o lograr la secesión de una parte del territorio de la Nación.

3) Hechos de Rebelión, Insurrección o Revolución: Se entienden por tales los hechos dañosos originados en un alzamiento armado total o parcial de las fuerzas organizadas militarmente (regulares o no) y participen o no civiles en él, contra el Gobierno Nacional constituido, que conlleven resistencia y desconocimiento de las órdenes impartidas por la jerarquía superior de la que dependen y que pretendan imponer sus propias normas. Se entienden equivalentes a los hechos de Rebelión, Insurrección o Revolución, otros hechos que encuadren en los caracteres descriptos, como ser: sublevación, usurpación de poder, insubordinación, conspiración.

4) Hechos de Conmoción Civil: Se entienden por tales los hechos dañosos originados en un levantamiento popular organizado en el país, aunque lo sea en forma rudimentaria, que genera violencia e incluso muertes y daños y pérdidas a bienes, si bien no con el objeto definido de derrocar al Gobierno Nacional o lograr la secesión de una parte del territorio.

5) Hechos de Sedición o Motín: Se entiende por tales los hechos dañosos originados en el accionar de grupos (armados o no) que se alzan contra las autoridades constituidas del lugar, sin rebelarse contra el Gobierno Nacional o que se atribuyan los derechos del pueblo, tratando de arrancar alguna concesión favorable a su pretensión. Se entienden equivalentes a los de sedición otros hechos que encuadran en los caracteres descriptos, como ser: asonada, conjuración.

6) Hechos de Tumulto Popular: Se entienden por tales los hechos dañosos originados a raíz de una reunión multitudinaria (organizada o no) de personas, en la que uno o más de sus participantes intervienen en desmanes o tropelías, en general sin armas, pese a que algunos las emplearen. Se entienden equivalentes a los hechos de tumulto popular otros hechos que encuadren en los caracteres descriptos, como ser: alboroto, alteración del orden público, desórdenes, disturbios, revuelta.

7) Hechos de Vandalismo: Se entienden por tales los hechos dañosos originados por el accionar destructivo de turbas que actúan irracionalmente y desordenadamente.

8) Hechos de Guerrilla: Se entienden por tales los hechos dañosos originados a raíz de un acto(s) de violencia, fuerza, hostigamiento, amenaza, agresión o de naturaleza equivalente o similar llevado(s) a cabo contra cualquier autoridad pública o del país o contra su población o contra bienes ubicados en el mismo, por un grupo(s) armado(s) y organizado(s) a tal efecto -aunque lo sea en forma rudimentaria- y que:

- i. tiene(n) por objeto, provocar el caos, o atemorizar a la población, o derrocar al Gobierno Nacional, o lograr la secesión de una parte de su territorio, o
- ii. en el caso en que no se pueda probar tal objeto, produzca(n), de todas maneras, alguna(s) de tales consecuencias.

Se entiende equivalentes a los hechos de guerrilla los de subversión.

9) Hechos de Terrorismo: Se entienden por tales los hechos dañosos originados en un acto(s) de violencia, fuerza, hostigamiento, amenaza, agresión o de naturaleza equivalente o similar, llevados a cabo contra cualquier autoridad pública del país, sus habitantes o bien(es) situado(s) en el mismo, o la comisión de un acto(s) que sea(n) peligroso(s) para la vida humana o bienes, o la comisión de un acto(s) que interfiera(n) con o interrumpa(n) un sistema electrónico o de comunicaciones, realizado(s) por cualquier persona(s) o grupo(s) de personas, actuando solo(s) o en representación o en conexión con

cualquier organización(es) u organismo(s) gubernamental(es) o fuerza(s) militar(es) -aunque ella(s) sea(n) rudimentaria(s)- de un país extranjero o gobierno extranjero, que sean cometidos por razones políticas, religiosas, ideológicas o similares o equivalentes propósitos y que,

- i. tiene(n) por objeto, provocar el caos, o atemorizar a la población, o derrocar al gobierno de dicho país, o lograr la secesión de una parte de su territorio, o
- ii. en el caso en que no se pueda probar tal objetivo, produzca(n), de todas maneras, alguna(s) de tales consecuencias, o
- iii. interrumpir cualquier segmento de la economía. Terrorismo también incluirá cualquier acto(s) que sea verificado o reconocido como tal por el Gobierno Argentino.

10) Hechos de Lock-Out: Se entienden por tales los hechos dañosos originados por:

- i. El cierre de establecimientos de trabajo dispuesto por uno o más empleadores o por entidad gremial que los agrupa (reconocida o no oficialmente).
- ii. El despido simultáneo de una multiplicidad de trabajadores que paralice total o parcialmente la explotación de un establecimiento.

No se tomará en cuenta la finalidad gremial o extragremial que motivó el lock-out, así como tampoco su clasificación de legal o ilegal.

II - Atentado, depredación, devastación, intimidación, sabotaje, saqueo u otros hechos similares, en tanto encuadren en los respectivos caracteres descriptos en el apartado I, se consideran hechos de guerra civil o internacional, de rebelión, de insurrección, de revolución, de conmoción civil, de sedición o motín, de tumulto popular, de vandalismo, de guerrilla, de terrorismo, de huelga o de lock-out.

III - Los hechos dañosos originados en la prevención o represión por la autoridad o fuerza pública de los hechos descriptos, seguirán su tratamiento en cuanto a su cobertura o exclusión del seguro.

EXTENSIONES O LIMITACIONES A LAS CONDICIONES GENERALES COMUNES

EXTENSIÓN DE LA COBERTURA COMO PASAJERO EN VUELO NO REGULAR (AP-PV 1.0)

Queda entendido y convenido que, contrariamente a lo indicado en el inciso g) de la Cláusula 6 de las Condiciones Generales Comunes, el Asegurador amplía la cobertura a fin de cubrir al Asegurado como pasajero en vuelos no regulares. Dicha extensión se realizará sobre la cobertura principal y sobre todas las coberturas adicionales que contrate el Asegurado.

Es condición para la validez de la presente ampliación, que la aeronave que el Asegurado aborde en calidad de pasajero no supere los 20 asientos destinados a pasajeros.

EXTENSIÓN DE LA COBERTURA A LA PRÁCTICA NO PROFESIONAL DE DEPORTES ACUÁTICOS (AP-DA 1.0)

Queda entendido y convenido que, contrariamente a lo indicado en el inciso l) de la Cláusula 6 de las Condiciones Generales Comunes, el Asegurador amplía la cobertura a cubrir al Asegurado durante la práctica no profesional de deportes acuáticos o subacuáticos.

EXTENSIÓN DE LA COBERTURA A LA PRÁCTICA NO PROFESIONAL DE DEPORTES NO ENUMERADOS EN LA CLÁUSULA 4 (AP-DN 1.0)

En adición a los términos de la cláusula 4 de las condiciones generales comunes el Asegurador consiente en ampliar la cobertura a la práctica no profesional de los deportes indicados en el Frente de Póliza de la póliza.

EXTENSIÓN DE LA COBERTURA A LA PRÁCTICA PROFESIONAL DE DEPORTES (AP-DP 1.0)

Queda entendido y convenido que, contrariamente a lo indicado en la Cláusula 4 de las Condiciones Generales Comunes, el Asegurador amplía la cobertura a cubrir al Asegurado durante la práctica profesional del o de los deportes indicados en el Frente de Póliza.

EXTENSIÓN DE LA COBERTURA A LA PRÁCTICA NO PROFESIONAL DE DEPORTES DE MONTAÑA (AP-DM 1.0)

Queda entendido y convenido que, contrariamente a lo indicado en el inciso l) de la Cláusula 6 de las Condiciones Generales Comunes, el Asegurador amplía la cobertura a cubrir al Asegurado durante la práctica no profesional de los siguientes deportes: esquí de montaña y snowboard.

USO DE MOTONETAS, MOTOCICLETAS Y VEHÍCULOS SIMILARES (AP-MM 1.0)

AMPLIACIÓN DEL RIESGO CUBIERTO

Artículo 1 - Queda entendido y convenido que, contrariamente a lo establecido en el inciso m) de la Cláusula 6 de las Condiciones Generales Comunes, el Asegurador amplía la cobertura a los siniestros que sean consecuencia de los accidentes derivados del uso de motos, motocicletas y/o vehículos similares, únicamente en el caso en que el Asegurado usase dichos vehículos como medio de transporte habitual para trasladarse entre su domicilio y su lugar de trabajo o viceversa, siempre que el recorrido no hubiera sido interrumpido en interés particular del trabajador, o por cualquier razón extraña al trabajo, siempre que dicho accidente fuera la causa originaria de su muerte o invalidez permanente, total o parcial, según la cobertura otorgada; y que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del mismo.

DEFINICIONES

Artículo 2 – Se entenderá por moto, motocicleta o vehículo similar a los vehículos autopropulsados de menos de cuatro ruedas.

RIESGOS NO ASEGURADOS

Artículo 3 – Quedan excluidos de esta ampliación de cobertura:

- a) El uso de prototipos o vehículos artesanales.
- b) El uso de los vehículos objeto de la presente ampliación sin contar con la licencia habilitante correspondiente.

ACCIDENTE DE TRÁNSITO (AP-AT 1.0)

Queda entendido y convenido que, no obstante cualquier disposición contraria inserta en la presente póliza, el Asegurador se obliga al pago de las prestaciones estipuladas en el Frente de Póliza, únicamente en el caso en que la persona designada en las mismas como Asegurado, sufriera durante la vigencia del seguro un Accidente de Tránsito, ya sea como peatón, como conductor o acompañante de automóvil particular o pasajero en transporte público terrestre o aéreo en vuelo regular de línea aérea comercial.

TRABAJOS EN ALTURA (AP-TA 1.0)

AMPLIACIÓN

Artículo 1 - Queda entendido y convenido que, en atención a las declaraciones del Asegurado y la información adicional suministrada, el Asegurador consiente en ampliar la altura límite indicada en el inciso s) de la Cláusula 6 de las Condiciones Generales Comunes a la cantidad de metros indicada en el Frente de Póliza para esta ampliación.

CONDICIÓN DE COBERTURA

Artículo 2 - Queda entendido y convenido que, cuando el Asegurado se encuentre efectuando trabajos en altura, la cobertura otorgada por la presente póliza queda condicionada al cumplimiento de las normas vigentes en materia de Higiene y Seguridad en el Trabajo.

El incumplimiento de esta carga impuesta al Asegurado por el presente contrato, produce la caducidad de los derechos del Asegurado o de sus beneficiarios.

SEGURO SOBRE LA PERSONA DE UN TERCERO - DECLARACIÓN DEL CONTRATANTE (AP-DC 1.0)

Artículo 1 - El Contratante declara al concertar el seguro que la prima se encuentra exclusivamente a su cargo.

Artículo 2 - El presente seguro cubre los accidentes que sufra la persona indicada en el Frente de Póliza y por las indemnizaciones especificadas en las mismas mientras permanezca al servicio del Contratante, o mientras éste tenga un interés económico lícito sobre su vida o salud.

Artículo 3 - Se instituye beneficiario en primer término al Contratante, con preeminencia sobre los restantes beneficiarios que conservarán su derecho sólo sobre el saldo de la prestación:

- a) Por el monto que resultase de cualquier responsabilidad civil o legal que tuviera que asumir con motivo de accidentes cubiertos por la póliza que sufriera la persona asegurada a que se refiere el Artículo 2 de esta Cláusula;
- b) Por el monto del perjuicio concreto resultante de un interés económico lícito que demostrara con respecto a la vida o salud del Asegurado a que se refiere el Artículo 2 de esta Cláusula, cuando éste sufriera accidentes cubiertos por la póliza.

Artículo 4 - Previa citación al Contratante, para que en el término de 3 (TRES) días invoque su derecho al cobro preferente conforme con el artículo precedente, el pago del saldo de las prestaciones se hará directamente a la persona indicada en el Frente de Póliza o a él o los beneficiarios que justifiquen sus derechos. En caso de desacuerdo entre los interesados, se consignará judicialmente el importe.

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

CLÁUSULA ADICIONAL DE INVALIDEZ TOTAL Y/O PARCIAL PERMANENTE COMO CONSECUENCIA DE ACCIDENTE (AP-IN 1.0)

Anexo 1 - EXCLUSIONES

EXCLUSIONES

Artículo 4 – Serán de aplicación las exclusiones previstas en la Cláusula 6 y 7 de las Condiciones Generales Comunes. Tampoco se considerarán como accidentes a los efectos de esta cláusula a las enfermedades producidas por afecciones cardiovasculares provocadas, desencadenadas o agravadas por esfuerzos físicos de cualquier índole.

CLÁUSULA ADICIONAL DE INVALIDEZ TOTAL Y/O PARCIAL PERMANENTE COMO CONSECUENCIA DE ACCIDENTE

RIESGO CUBIERTO

Artículo 1 – El Asegurador concederá el beneficio que otorga esta Cláusula Adicional, cuando el Asegurado, como consecuencia de lesiones corporales producidas directa y exclusivamente por causas externas, violentas y fortuitas, ajenas a toda otra causa e independiente de su voluntad, sufra una Invalidez Total y/o Parcial Permanente; siempre que tal estado se hubiese iniciado y continuado ininterrumpidamente durante la vigencia de su seguro y antes de haber superado la Edad Máxima para esta cobertura indicada en el Frente de Póliza.

Es condición para la aplicación de la presente cláusula que tal estado haya continuado ininterrumpidamente por TRES (3) meses como mínimo.

El Asegurador excluye expresamente de la cobertura de esta cláusula los casos que afecten al Asegurado en forma temporal.

BENEFICIO

Artículo 2 - Una vez comprobada la Invalidez Permanente el Asegurador abonará al Asegurado dentro de los QUINCE (15) días, de conformidad con el artículo 49 de la Ley 17.418, una indemnización igual al porcentaje, sobre la Suma Asegurada para esta cobertura estipulada en el Frente de Póliza y en el Certificado de Incorporación Individual, que corresponda de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la invalidez permanente sufrida y según se indica a continuación:

INVALIDEZ TOTAL			%
La pérdida de la vista de ambos ojos de manera total e irrecuperable por tratamiento médico y/o quirúrgico			100
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 pérdida de la vista de un ojo, o la pérdida de la vista de un ojo y la amputación o inhabilitación completa de un pie			100
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 incapacidad total 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 (seudoartrosis total).	45	36
Anquilosis del hombro en posición no funcional	30	24
Anquilosis del hombro en posición funcional	25	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 meñique	8	6

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

c) Miembros inferiores

Pérdida total de una pierna.	55
Pérdida total de un pie.	40
Fractura no consolidada de un muslo (seudoartrosis total).	35
Fractura no consolidada de una pierna (seudoartrosis total).	30
Fractura no consolidada de una rótula.	30
Fractura no consolidada de un pie (seudoartrosis 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 5 (cinco) centímetros.	15
Acortamiento de un miembro inferior de por lo menos 3 (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 seudoartrosis, la indemnización no podrá exceder el SETENTA POR CIENTO (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 cada falange si se trata de otros dedos.

De las indemnizaciones que correspondan por la pérdida de una mano o de un pie, se deducirán, las que se hubiesen abonado por la pérdida de dedos o falanges.

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 CIEN POR CIENTO (100 %) de la suma asegurada para la presente cobertura indicada en el Frente de Póliza.

En el caso de varias pérdidas en uno o más accidentes, el Asegurador abonará la indemnización que corresponda a la suma de los respectivos porcentajes, cuando esa suma sea de OCHENTA POR CIENTO (80 %) o más, se pagará la indemnización máxima prevista, es decir CIEN POR CIENTO (100 %) de la suma asegurada.

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, El Asegurador pagará cualquier diferencia que pudiera corresponder, sin excederse el máximo de la cobertura.

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.

CARÁCTER DEL BENEFICIO

Artículo 3 – El beneficio acordado por invalidez total y permanente es sustitutivo del capital asegurado que debiera liquidarse en caso de muerte del Asegurado, de modo que, con el pago total, el Asegurador queda liberado de cualquier obligación con respecto a dicho Asegurado, salvo las obligaciones pendientes a la fecha del siniestro.

La indemnización de una incapacidad parcial permanente, conforme a los porcentajes establecidos en el Artículo 2, implicará la automática reducción del Capital Asegurado para la Cobertura Básica de Muerte por Accidente como así también los capitales de las cláusulas adicionales, conforme el monto anticipado, a partir de la fecha de la puesta a disposición del beneficio aquí previsto. En igual proporción se reducirán las primas a pagar por la cobertura principal y coberturas adicionales, desde la puesta a disposición del importe anticipado.

EXCLUSIONES A LA COBERTURA

Artículo 4 – Serán de aplicación las exclusiones previstas en la Cláusula 6 y 7 de las Condiciones Generales Comunes. Tampoco se considerarán como accidentes a los efectos de esta cláusula a las enfermedades producidas por afecciones cardiovasculares provocadas, desencadenadas o agravadas por esfuerzos físicos de cualquier índole.

COMPROBACIÓN DE LA INCAPACIDAD

Artículo 5 - La determinación del estado de Incapacidad a cargo del Asegurador, resultará imprescindible para establecer la procedencia del beneficio en todos los casos.

Corresponde al Asegurado:

- a) Denunciar la existencia de la Invalidez dentro de los tres (3) días de haberla conocido, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.
- b) Presentar las constancias médicas y/o testimoniales de su comienzo y causas.
- c) Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta dos exámenes médicos por facultativos designados por el Asegurador y con gastos a cargo de éste.

PLAZO DE PRUEBA

Artículo 6 – El Asegurador dentro de los QUINCE (15) días de recibida la denuncia y/o constancias a que se refieren la Cláusula 11 de las Condiciones Generales Comunes y el Artículo 5 precedente, contados desde la fecha que sea posterior, deberá hacer saber al Beneficiario y/o al Contratante la aceptación o rechazo del otorgamiento del beneficio. Si las comprobaciones a que se refiere el Artículo 5 - Comprobación de la Incapacidad, de la presente Cláusula Adicional no resultaran concluyentes, el Asegurador podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor de TRES (3) meses a fin de confirmar el diagnóstico.

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

VALUACIÓN POR PERITOS

Artículo 7 - Si no hubiera acuerdo entre las partes sobre la naturaleza del diagnóstico, la misma será analizada por dos peritos médicos, designados uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los OCHO (8) días de su designación a un tercer facultativo para el caso de divergencia.

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

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

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

FINALIZACIÓN DE LA COBERTURA

Artículo 8 - La cobertura que esta cláusula adicional otorga terminará en la fecha en que se verifique alguno de los eventos previstos en las Condiciones Generales Comunes y/o en las Condiciones Generales Específicas y en los siguientes casos:

- a) A partir de la fecha en que el Asegurado haya percibido la totalidad del beneficio que concede esta Cláusula Adicional.

- b) Por rescisión de esta Cláusula Adicional a pedido del Asegurado o del Contratante.
- c) A partir de la fecha en que el Asegurado supere la Edad Máxima para esta cobertura indicada en el Frente de Póliza.

Cuando se abonen primas por períodos mensuales, la finalización de la cobertura otorgada por la presente cláusula operará al término del período por el cual se hubieran descontado primas. En cambio, cuando se abonen primas por fracciones distintas a la mensual, la finalización de la cobertura operará el último día del mes en que se verifiquen los casos indicados en los incisos precedentes y se devolverá la prima no ganada correspondiente.

INTERPRETACIÓN DE LA CLÁUSULA

Artículo 9 - Esta cláusula adicional queda sometida a las condiciones y estipulaciones de la Póliza en cuanto no sean derogadas expresamente por las presentes condiciones.

CLÁUSULA ADICIONAL QUEMADURAS GRAVES (AP-QG 1.0)
COBERTURA TAXATIVA

Anexo 1 - EXCLUSIONES

RIESGOS NO ASEGURADOS

Artículo 3 – Serán de aplicación las exclusiones previstas en la Cláusula 6 y 7 de las Condiciones Generales Comunes.

CLÁUSULA ADICIONAL DE QUEMADURAS GRAVES
COBERTURA TAXATIVA

RIESGO CUBIERTO

Artículo 1 - El Asegurador se compromete al pago de la suma asegurada estipulada en el Frente de Póliza, cuando el Asegurado, como consecuencia de lesiones corporales producidas directa y exclusivamente por causas externas, violentas y fortuitas, ajenas a toda otra causa e independiente de su voluntad, sufra una quemadura grave, siempre que sus consecuencias se produzca dentro de los CIENTO OCHENTA (180) días del accidente y que éste ocurra durante la vigencia de su seguro y antes de haber superado la Edad Máxima para esta cobertura indicada en el Frente de Póliza y en el Certificado de Incorporación Individual.

AGRAVACIÓN POR CONCAUSAS

Artículo 2 - Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente de 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.

RIESGOS NO ASEGURADOS

Artículo 3 – Serán de aplicación las exclusiones previstas en la Cláusula 6 y 7 de las Condiciones Generales Comunes.

BENEFICIO

Artículo 4 - Si el accidente causara alguno de los riesgos cubiertos indicados a continuación, el Asegurador pagará al Asegurado una suma igual al porcentaje, sobre la Suma Asegurada para esta cobertura estipulada en el Frente de Póliza, que corresponda de acuerdo a la naturaleza y la lesión sufrida, conforme al siguiente detalle:

- | | |
|--|-------|
| a) Quemaduras de 3er Grado y más del 15 % del cuerpo. | 100 % |
| b) Quemaduras de 3er Grado y más del 4 % y menos del 15 % del cuerpo. | 50 % |

En ningún caso el Asegurador pagará al Asegurado un importe que supere el equivalente al 100 % de la Suma Asegurada para esta cobertura estipulada en el Frente de Póliza.

El Asegurador, una vez comprobado el hecho cubierto, pondrá el importe del capital asegurado a disposición del Asegurado dentro de los QUINCE (15) días, de conformidad con el artículo 49 de la Ley 17.418.

CARÁCTER DEL BENEFICIO

Artículo 5 - El beneficio previsto en esta Cláusula es adicional e independiente de cualquier otra cobertura otorgada bajo la presente póliza

CARGAS DEL ASEGURADO O BENEFICIARIOS EN CASO DE ACCIDENTE

Artículo 6 - En adición a las cargas impuesta bajo la Cláusula 11 de las Condiciones Generales Comunes, el Asegurado o los beneficiarios deberán presentar la documentación pertinente que incluya el alta y los certificados que acrediten la naturaleza y la lesión sufrida.

Se perderá todo derecho a indemnización si cualquier información fuera simulada o fraudulenta, sin perjuicio de las acciones legales que correspondan.

FINALIZACIÓN DE LA COBERTURA

Artículo 7 - La cobertura que esta cláusula adicional otorga terminará en la fecha en que se verifique alguno de los eventos previstos en las Condiciones Generales Comunes y/o en las Condiciones Generales Específicas y en los siguientes casos:

- a) A partir de la fecha en que el Asegurado haya percibido la totalidad del beneficio que concede esta Cláusula Adicional.
- b) Por rescisión de esta Cláusula Adicional a pedido del Asegurado o del Contratante.
- c) A partir de la fecha en que el Asegurado supere la Edad Máxima para esta cobertura indicada en el Frente de Póliza.

Cuando se abonen primas por períodos mensuales, la finalización de la cobertura otorgada por la presente cláusula operará al término del período por el cual se hubieran descontado primas. En cambio, cuando se abonen primas por fracciones distintas a la mensual, la finalización de la cobertura operará el último día del mes en que se verifiquen los casos indicados en los incisos precedentes y se devolverá la prima no ganada correspondiente.

INTERPRETACIÓN DE LA CLÁUSULA

Artículo 8 - Esta cláusula adicional queda sometida a las condiciones y estipulaciones de la Póliza en cuanto no sean derogadas expresamente por las presentes condiciones.

CLÁUSULA ADICIONAL DE REINTEGRO DE GASTOS POR ASISTENCIA MÉDICA-FARMACÉUTICA (AP-AM 1.0)

RIESGO CUBIERTO

Artículo 1 - El Asegurador se compromete al pago de los gastos de asistencia médico-farmacéutica en que haya incurrido el Asegurado bajo prescripción médica, con motivo de todo accidente cubierto por la póliza, hasta la suma máxima prevista en el Frente de Póliza.

El Asegurador no tomará a su cargo los gastos por viajes y estadías para tratamientos termales o convalecencias ni por el suministro de lentes, aparatos ortopédicos y prótesis dentales.

CARÁCTER DEL BENEFICIO

Artículo 2 – El beneficio acordado por la presente cláusula es independiente de cualquier otra cobertura otorgada bajo la presente póliza.

MEDIDA DE LA PRESTACIÓN

Artículo 3 – El pago de los gastos de asistencia médico-farmacéutica contemplados bajo el Artículo 1 opera por sobre los gastos cubiertos por la Obra Social o Medicina Prepaga a la cual se encuentre adherido el Asegurado, incluyendo el importe no cubierto de medicamentos recetados. En caso de no poseer Obra Social o Medicina Prepaga se abonará el 100% de los gastos presentados por el Asegurado hasta la suma máxima establecida en el Frente de Póliza y aplicando el deducible allí estipulado. En caso de que el asegurado posea Obra Social o Medicina Prepaga no se aplicarán deducibles.

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.

PLURALIDAD DE SEGUROS

Artículo 4 – Quien asegura el mismo interés y el mismo riesgo con más de un Asegurador, notificará sin dilación en caso de siniestro, a cada uno de ellos los demás contratos celebrados, con indicación del Asegurador y de la suma asegurada, bajo pena de caducidad, salvo pacto en contrario.

En caso de siniestro, se entiende que cada Asegurador contribuye proporcionalmente al monto de su contrato, hasta la concurrencia de la indemnización debida. La liquidación de los gastos se hará considerando los contratos vigentes al tiempo del siniestro. El Asegurador que abona una suma mayor que la proporcionalmente a su cargo, tiene acción contra el Asegurado y contra los demás aseguradores para efectuar el correspondiente reajuste.

El Asegurado no puede pretender en el conjunto una indemnización que supere el monto de los gastos incurridos. Si se celebró el seguro plural con la intención de un enriquecimiento indebido, son nulos los contratos celebrados con esa intención; sin perjuicio del derecho de los aseguradores a percibir la prima devengada en el período durante el cual conocieron esa intención, si la ignoraban al tiempo de la celebración.

FINALIZACIÓN DE LA COBERTURA

Artículo 5 - La cobertura que esta cláusula adicional otorga terminará en la fecha en que se verifique alguno de los eventos previstos en las Condiciones Generales Comunes y/o en las Condiciones Generales Específicas y en los siguientes casos:

- a) A partir de la fecha en que el Asegurado haya percibido la totalidad del beneficio que concede esta Cláusula Adicional.
- b) Por rescisión de esta Cláusula Adicional a pedido del Asegurado o del Contratante.
- c) A partir de la fecha en que el Asegurado supere la Edad Máxima para esta cobertura indicada en el Frente de Póliza.

Cuando se abonen primas por períodos mensuales, la finalización de la cobertura otorgada por la presente cláusula operará al término del período por el cual se hubieran descontado primas. En cambio, cuando se abonen primas por fracciones distintas a la mensual, la finalización de la cobertura operará el último día del mes en que se verifiquen los casos indicados en los incisos precedentes y se devolverá la prima no ganada correspondiente.

INTERPRETACIÓN DE LA CLÁUSULA

Artículo 6 - Esta cláusula adicional queda sometida a las condiciones y estipulaciones de la Póliza en cuanto no sean derogadas expresamente por las presentes condiciones.

CLÁUSULA ADICIONAL DE REINTEGRO DE GASTOS POR PROVISIÓN DE PRÓTESIS Y/U ÓRTESIS (AP-PO 1.0)

RIESGO CUBIERTO

Artículo 1 - El Asegurador se compromete al reintegro de los gastos por provisión de prótesis y/u órtesis en que haya incurrido el Asegurado bajo prescripción médica, con motivo de todo accidente cubierto por la póliza, hasta la suma máxima prevista en el Frente de Póliza.

CARÁCTER DEL BENEFICIO

Artículo 2 – El beneficio acordado por la presente cláusula es independiente de cualquier otra cobertura otorgada bajo la presente póliza.

DEFINICIONES

Artículo 3 - A los fines de la presente cobertura los términos que se indican a continuación tendrán exclusivamente los siguientes significados y alcances:

- a) **Prótesis:** Se define como tales a toda extensión artificial que reemplaza una parte del cuerpo que ha dejado de existir por amputación o agenesia.
- b) **Órtesis:** Se definen como tales a todo apoyo u otro dispositivo externo aplicado al cuerpo para modificar los aspectos funcionales o estructurales del sistema neuromusculoesquelético.

MEDIDA DE LA PRESTACIÓN

Artículo 4 – El reintegro de los gastos contemplados bajo el Artículo 1 opera por sobre los gastos cubiertos por la Obra Social o Medicina Prepaga a la cual se encuentre adherido el Asegurado, incluyendo el importe no cubierto de las prótesis u órtesis indicadas por el facultativo. En caso de no poseer Obra Social o Medicina Prepaga se abonará el 100% de los gastos presentados por el Asegurado hasta la suma máxima establecida en el Frente de Póliza y aplicando el deducible allí estipulado. Para aquellos asegurados que posean Obra Social o Medicina Prepaga no se aplicarán deducibles.

PLURALIDAD DE SEGUROS

Artículo 5 – Quien asegura el mismo interés y el mismo riesgo con más de un Asegurador, notificará sin dilación en caso de siniestro, a cada uno de ellos los demás contratos celebrados, con indicación del Asegurador y de la suma asegurada, bajo pena de caducidad, salvo pacto en contrario.

En caso de siniestro, se entiende que cada Asegurador contribuye proporcionalmente al monto de su contrato, hasta la concurrencia de la indemnización debida. La liquidación de los gastos se hará considerando los contratos vigentes al tiempo del siniestro. El Asegurador que abona una suma mayor que la proporcionalmente a su cargo, tiene acción contra el Asegurado y contra los demás aseguradores para efectuar el correspondiente reajuste.

El Asegurado no puede pretender en el conjunto una indemnización que supere el monto de los gastos incurridos. Si se celebró el seguro plural con la intención de un enriquecimiento indebido, son nulos los contratos celebrados con esa intención; sin perjuicio del derecho de los aseguradores a percibir la prima devengada en el período durante el cual conocieron esa intención, si la ignoraban al tiempo de la celebración.

FINALIZACIÓN DE LA COBERTURA

Artículo 6 - La cobertura que esta cláusula adicional otorga terminará en la fecha en que se verifique alguno de los eventos previstos en las Condiciones Generales Comunes y/o en las Condiciones Generales Específicas y en los siguientes casos:

- a) A partir de la fecha en que el Asegurado haya percibido la totalidad del beneficio que concede esta Cláusula Adicional.
- b) Por rescisión de esta Cláusula Adicional a pedido del Asegurado o del Contratante.
- c) A partir de la fecha en que el Asegurado supere la Edad Máxima para esta cobertura indicada en el Frente de Póliza.

Cuando se abonen primas por períodos mensuales, la finalización de la cobertura otorgada por la presente cláusula operará al término del período por el cual se hubieran descontado primas. En cambio, cuando se abonen primas por fracciones distintas a la mensual, la finalización de la cobertura operará el último día del mes en que se verifiquen los casos indicados en los incisos precedentes y se devolverá la prima no ganada correspondiente.

INTERPRETACIÓN DE LA CLÁUSULA

Artículo 7 - Esta cláusula adicional queda sometida a las condiciones y estipulaciones de la Póliza en cuanto no sean derogadas expresamente por las presentes condiciones.

CLÁUSULA ADICIONAL DE RENTA DIARIA POR INTERNACIÓN COMO CONSECUENCIA DE ACCIDENTE (AP-RD 1.0)

Anexo 1 - EXCLUSIONES

Artículo 5 – Además de las exclusiones previstas en las Cláusulas 6 y 7 de las Condiciones Generales Comunes, a los efectos de esta cobertura adicional no serán motivo de indemnización:

- a) Los accidentes que hubiera sufrido el Asegurado antes de la entrada en vigencia de la presente cobertura.
- b) Las internaciones que sean consecuencia de tentativa de suicidio o mutilación voluntaria, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental.

No se abonará el beneficio que otorga esta Cláusula cuando las internaciones provengan de otras causas que no sean estricta y exclusivamente de origen accidentales.

CLÁUSULA ADICIONAL DE RENTA DIARIA POR INTERNACIÓN COMO CONSECUENCIA DE ACCIDENTE

RIESGO CUBIERTO

Artículo 1 – El Asegurador concederá el beneficio que otorga esta Cláusula Adicional cuando el Asegurado sea internado en un Establecimiento Asistencial, de las características descriptas en el Artículo 7, como consecuencia de lesiones corporales producidas directa y exclusivamente por causas externas, violentas y fortuitas, ajenas a toda otra causa e independiente de su voluntad, siempre que tal accidente se hubiese producido durante la vigencia de su seguro y antes de haber superado la Edad Máxima para esta cobertura indicada en el Frente de Póliza.

BENEFICIO

Artículo 2 - El Asegurador, recibidas las constancias de internación, abonará al Asegurado una renta diaria, cuyo importe se consigna en el Frente de Póliza y en el Certificado de Incorporación Individual, por cada día que hubiera estado internado en un Establecimiento Asistencial de las características descriptas en el Artículo 7,

La renta diaria se comenzará a abonar desde el primer día de internación cuando la misma supere CINCO (5) días completos y consecutivos en uno o más Establecimientos Asistenciales y por un plazo máximo de NOVENTA (90) días desde la fecha que se verifique la internación. A estos fines el día de Alta Hospitalaria no será indemnizable. La indemnización máxima que el Asegurado tendrá derecho por cada período de vigencia anual de su Póliza para todos los eventos ocurridos en ese período será de NOVENTA (90) días.

CARÁCTER DEL BENEFICIO

Artículo 3 – El beneficio previsto en esta Cláusula es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la póliza y, en consecuencia, el Asegurador no hará, por tal concepto, deducción alguna de la suma asegurada al pagarse cualquiera de ellos.

EXCLUSIONES

Artículo 4 – Además de las exclusiones previstas en la Cláusula 3 de las Condiciones Generales, a los efectos de esta cobertura adicional no serán motivo de indemnización:

- a) Los accidentes que hubiera sufrido el Asegurado antes de la entrada en vigencia de la presente cobertura.
- b) Las internaciones que sean consecuencia de tentativa de suicidio o mutilación voluntaria, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental.

No se abonará el beneficio que otorga esta Cláusula cuando las internaciones provengan de otras causas que no sean estricta y exclusivamente de origen accidentales.

COMPROBACIÓN DE LA INTERNACIÓN

Artículo 5 - Corresponde al Asegurado o Contratante:

- a) Denunciar dentro de los QUINCE (15) días de la fecha en que se haya producido la internación, salvo caso fortuito, de fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia, presentando un informe del Establecimiento Asistencial y/o el médico tratante indicando el motivo que originó la internación. El médico que extienda tal certificación no podrá ser el mismo Asegurado, ni su cónyuge ni un miembro cercano de su familia, ni una persona que conviva con él.
- b) Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta dos exámenes médicos por facultativos designados por el Asegurador y con gastos a cargo de éste.

Asimismo, el Asegurador, podrá investigar en los Establecimientos Asistenciales y solicitar información a los médicos que hayan asistido al Asegurado.

Si no se cumpliera con lo dispuesto por el presente artículo dentro del plazo indicado, el Asegurador quedará libre de la obligación de pagar la indemnización o beneficio pactado bajo esta Cláusula Adicional, generándose la caducidad del derecho a cobro.

PLAZO DE PRUEBA

Artículo 6 – El Asegurador dentro de los QUINCE (15) días de recibida la denuncia y/o constancias a que se refieren el Artículo 5 precedente, contados desde la fecha que sea posterior, deberá hacer saber al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. Si las comprobaciones a que se refiere el Artículo 5 - Comprobación de la Internación de la presente Cláusula Adicional no resultaran concluyentes, el Asegurador podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor de UN (1) mes a fin de confirmar el diagnóstico.

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

El Asegurador abonará el beneficio que corresponda, una vez reunidos los requisitos necesarios y aprobadas las pruebas requeridas, directamente al Asegurado o a quien éste autorice expresamente en esa oportunidad.

En caso de fallecimiento del Asegurado los beneficios pendientes de pago que acuerda la presente Cláusula serán abonados por el Asegurador al o a los beneficiarios designados para la cobertura de fallecimiento del Asegurado, o en ausencia de éstos, a los herederos legales.

Es requisito indispensable para la solicitud del beneficio, que la internación haya sido prescripta por un profesional médico.

ELECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL

Artículo 7 - La elección del Establecimiento Asistencial (Sanatorio, Hospital, Clínica, Instituto, Policlínico, etc.) queda librada a la voluntad del Asegurado.

Se requiere únicamente que dichos Establecimientos se hallen legalmente autorizados, posean servicio de enfermería durante las VEINTICUATRO (24) horas del día y estén equipados para cirugía mayor.

VALUACIÓN POR PERITOS

Artículo 8 - Si no hubiera acuerdo entre las partes sobre la necesidad de la internación y/o su extensión, la misma será analizada por dos peritos médicos, designados uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los OCHO (8) días de su designación a un tercer facultativo para el caso de divergencia.

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

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

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

FINALIZACIÓN DE LA COBERTURA

Artículo 9 - La cobertura que esta cláusula adicional otorga terminará en la fecha en que se verifique alguno de los eventos previstos en la Cláusula 10 de las Condiciones Generales Específicas para el Seguro Colectivo o de la Cláusula 5 de las Condiciones Generales Específicas para el Seguro Individual o en los siguientes casos:

- a) A partir de la fecha en que el Asegurado haya percibido la totalidad del beneficio que concede esta Cláusula Adicional.
- b) Por rescisión de esta Cláusula Adicional a pedido del Asegurado o del Contratante.
- c) A partir de la fecha en que el Asegurado supere la Edad Máxima para esta cobertura indicada en el Frente de Póliza y en el Certificado de Incorporación Individual.

Cuando se abonen primas por períodos mensuales, la finalización de la cobertura otorgada por la presente cláusula operará al término del período por el cual se hubieran descontado primas. En cambio, cuando se abonen primas por fracciones distintas a la mensual, la finalización de la cobertura operará el último día del mes en que se verifiquen los casos indicados en los incisos precedentes y se devolverá la prima no ganada correspondiente.

CESIONES

Artículo 10 - Los derechos emergentes de esta Cláusula Adicional, sólo pueden ser transferidos a favor de Establecimientos Asistenciales, debiendo dicha transferencia ser previamente aprobada por el Asegurador. Toda otra cesión o transferencia se considerará nula y sin efecto alguno.

INTERPRETACIÓN DE LA CLÁUSULA

Artículo 11 - Esta cláusula adicional queda sometida a las condiciones y estipulaciones de la Póliza en cuanto no sean derogadas expresamente por las presentes condiciones.

CÓNYUGES – COBERTURA DE FALLECIMIENTO

Anexo 1 - EXCLUSIONES A LA COBERTURA

Artículo 3 – Son de aplicación las establecidas respecto de los Asegurados Titulares bajo la Cláusula 6 de las Condiciones Generales.

CÓNYUGES – COBERTURA DE FALLECIMIENTO

OBJETO DEL SEGURO

Artículo 1 - La presente cláusula adicional tiene por objeto cubrir por el riesgo de muerte por accidente a los Cónyuges de los Asegurados Titulares.

PERSONAS ASEGURABLES

Artículo 2 - Revisten carácter de asegurables, para la incorporación al presente seguro los Cónyuges de los Asegurados Titulares.

Cuando el Cónyuge revista carácter de asegurable por estar vinculado con el Contratante, sólo podrá adherir al seguro en calidad de Asegurado Titular.

Asimismo, las personas que hubieran percibido el beneficio por Incapacidad Total y Permanente, en calidad de Asegurados Titulares no podrán incorporarse en calidad de Cónyuges.

EXCLUSIONES A LA COBERTURA

Artículo 3 – Son de aplicación las establecidas respecto de los Asegurados Titulares bajo la Cláusula 6 de las Condiciones Generales.

CAPITALES ASEGURADOS

Artículo 4 - Los capitales asegurados correspondientes a los Cónyuges que se adhieran al seguro, serán determinados en el Frente de Póliza y en el Certificado de Incorporación Individual, en función a un porcentaje del capital asegurado del respectivo Asegurado Titular.

Los capitales asegurados serán reajustados cada vez que aumenten o disminuyan los importes correspondientes a los Asegurados Titulares, manteniéndose siempre la relación establecida.

FINALIZACIÓN DE LA COBERTURA DEL CÓNYUGE

Artículo 5 – El Certificado de Incorporación Individual de cada Cónyuge Asegurado quedará rescindido y sin valor alguno cuando se verifique alguno de los eventos previstos en la Cláusula 10 – Rescisión de los Certificados Individuales de las Condiciones Generales Específicas de los Seguros Colectivos y en los siguientes casos:

- a) Por renuncia del Cónyuge a continuar en el seguro.
- b) Por Fallecimiento del Cónyuge.
- c) Cuando sobrevenga cualquier causal en cuya virtud el vínculo matrimonial resulte afectado (nulidad, divorcio, separación de hecho por decisión unilateral o conjunta).
- d) Por rescisión o caducidad del Certificado de Incorporación Individual del Asegurado Titular.
- e) Por haber superado, el Cónyuge Asegurado, la edad máxima de permanencia en el seguro indicada en el Frente de Póliza y en el Certificado de Incorporación Individual.
- f) Por rescisión, caducidad o cancelación de la presente Cláusula Adicional a pedido del Contratante.
- g) Por haberle sido otorgado el beneficio de Incapacidad Total y Permanente, cuando dicha cobertura estuviera contemplada por la presente póliza.

Los casos previstos en los incisos a) y c) deberán ser comunicados al Asegurador por intermedio del Contratante, dentro de los TREINTA (30) días corridos desde la fecha en la cual se produjeron dichos eventos.

Cuando se produzca el egreso del Cónyuge Asegurado, el Asegurador reintegrará al Asegurado la prima de riesgo no corrido correspondiente.

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 del Asegurador.

Se presumirá que un Cónyuge Asegurado ha renunciado a continuar con el seguro, sin admitirse prueba en contrario, cuando respecto del mismo no se le efectúe el descuento correspondiente al Asegurado Titular y no se ingrese al Asegurador dicho importe en la forma y plazo previstos en las Cláusula 8 de las Condiciones Generales.

CÓNYUGES – COBERTURAS ADICIONALES

Queda entendido y convenido que las Cláusulas Adicionales otorgadas al Cónyuge Asegurado son única y exclusivamente las indicadas en el Frente de Póliza y en el Certificado de Incorporación Individual con su respectiva suma asegurada.

El alcance de las coberturas adicionales otorgadas al Cónyuge Asegurado se rige por las mismas disposiciones que las establecidas para el Asegurado Titular.

Asimismo, queda entendido y convenido que en ningún caso el Cónyuge contará con más coberturas o una cobertura más amplia que la del Asegurado Titular.

EQUIPARACIÓN A CÓNYUGES

Los convivientes serán asegurables equiparables a los cónyuges, cuando la unión esté basada en relaciones afectivas de carácter singular, pública, notoria, estable y permanente de dos personas que conviven y comparten un proyecto de vida común, sean del mismo o de diferente sexo, y que, además:

- a) Los dos integrantes sean mayores de edad;
- b) No estén unidos por vínculos de parentesco en línea recta en todos los grados, ni colateral hasta el segundo grado;
- c) No estén unidos por vínculos de parentesco por afinidad en línea recta;
- d) No tengan impedimento de ligamen ni esté registrada otra convivencia de manera simultánea;
- e) mantengan la convivencia durante un período no inferior a dos años.

La prueba de la unión convivencial puede acreditarse por cualquier medio de prueba; la inscripción en el Registro de uniones convivenciales es prueba suficiente de su existencia (Arts. 509, 510 y 512 del CCyC aprobado por Ley 26.994).