

Condiciones de Póliza - VIDA COLECTIVO

Anexo "A"

Condiciones Generales

Artículo 1°

Ley entre las Partes

Las partes contratantes se someten a las disposiciones de la Ley de Seguros N° 17418 y a las de la presente póliza que la complementan o modifican.

En caso de discrepancia entre las Condiciones Generales y Particulares, se estará a lo que dispongan éstas últimas.

Los derechos y obligaciones que la póliza acuerda al Contratante y a las personas amparadas por este seguro, comienzan en las fechas designadas en las Condiciones Particulares.

Artículo 2°

Carácter y Objeto del Seguro

El presente seguro es de carácter obligatorio y tiene por objeto cubrir a los asegurados por el riesgo de muerte.

Artículo 3°

Personas Aseguradas

Reviste carácter de asegurable, para la incorporación al presente seguro, la totalidad del personal que se encuentre al servicio activo del Contratante, con percepción regular de haberes en calidad de "asegurados titulares". Las citadas estipulaciones constituyen el "requisito de asegurabilidad" indispensable para todos los efectos de esta póliza.

Artículo 4°

Incorporación al Seguro

Deberán incorporarse al seguro la totalidad de las personas que, a la fecha de vigencia de esta póliza, se hallen comprendidas en las estipulaciones del Artículo precedente.

Las personas que en lo futuro ingresen al servicio del Contratante deberán ser incluidas en el seguro a partir del día en que inicien sus tareas, siempre que revistan carácter de asegurables y que para ingresar al servicio del Contratante, cumplan y aprueben los requisitos médicos que la Compañía considere suficientes.

Para practicar dicha evaluación se considerará la información que deberá proporcionar el médico designado por el Contratante, que realice el control de ingreso del personal, en el formulario habilitado al efecto por la Compañía, el cual forma parte integrante de este contrato. La Compañía queda exenta de toda obligación hasta después de transcurrida la carencia más abajo prevista respecto de aquellas altas en que, aceptados los requisitos médicos denunciados y acordada la automaticidad del ingreso al seguro, se comprare que un asegurado no aprobó las exigencias de aquellos requisitos.

Las personas que en lo futuro se incorporen al servicio del Contratante, cuyos requisitos médicos para ingresar al servicio de éste no constituyan una prueba de asegurabilidad suficiente para la Compañía, deberán ser incluidas en el seguro, siempre que revistan carácter de asegurables, a partir del día siguiente en que cumplan TRES (3) meses al servicio del Contratante.

La forma en que serán considerados los ingresos posteriores se encuentra determinada por las Condiciones Particulares establecidas para la presente póliza.

En ambos casos, cualquiera fuere el día de su inclusión en el seguro se abonarán íntegramente las primas correspondientes al mes de su incorporación.

Artículo 5°

Forma para solicitar la incorporación al seguro.

Todo asegurado incorporado a la fecha de vigencia de la póliza deberá llenar una "solicitud individual", formulario que a tal efecto se proporciona, que deberá obrar en poder de la Compañía dentro del plazo de TREINTA (30) días contados desde su incorporación. El asegurable que, con posterioridad a la fecha de vigencia de la póliza, desee incorporarse al seguro llenará la solicitud individual", la cual junto con el pedido de "Alta" respectivo, deberá obrar en poder de la Compañía dentro del plazo de TREINTA (30) días a contar desde la fecha en que el solicitante reúna los requisitos de asegurabilidad.

Artículo 6°

Capital Asegurado

Todos los asegurados comprendidos en la presente póliza, tanto los incorporados a la fecha de su vigencia, como los que ingresen en lo futuro, estarán amparados por un capital básico obligatorio, y si existieran capitales adicionales voluntarios, los interesados podrán optar por el que les pudiera corresponder. Dichos capitales deberán ajustarse a la escala establecida en las Condiciones Particulares de ésta póliza.

Para los capitales adicionales, se observarán las siguientes disposiciones: Los interesados podrán variar su capital por cualquiera de los importes a que tuviera derecho, dentro de los TREINTA (30) días de hallarse comprendidos en el seguro.

Regirán a partir del día 1° del mes siguiente a aquel en que la Compañía reciba la comunicación en los formularios que se proporcionan a tal efecto siempre que las opciones estén encuadradas en las condiciones fijadas. Si la opción fuera formulada después de vencido el plazo del apartado a) de este artículo, su vigencia será acordada con arreglo a lo previsto en el inciso b) que antecede, pero la misma estará sujeta a un plazo de carencia de SEIS (6) meses contados desde su vigencia con primas pagas y sin cobertura de riesgo.

Cuando los capitales asegurables se establezcan en función de la edad de los interesados, las limitaciones que por edad se fijen serán consideradas a la fecha en que se otorgue vigencia al capital optado; Para que los capitales asegurados entren en vigor, es condición indispensable que, a la fecha en que deba comenzar su vigencia, el asegurado se encuentre al servicio activo del Contratante. Los asegurados podrán, en cualquier momento, solicitar la reducción del capital por el cual hubieran optado, a alguno de los importes que figuren en el panel que por su edad o sueldo (según estuviere pactado contractualmente) les correspondiere en ese momento, conforme a la escala establecida en las Condiciones Particulares. Dicha reducción se operará al término del período por el cual se hubieren cubierto primas.

Artículo 7°

Primas del seguro

La prima media inicial por mil inserta en las Condiciones Particulares de esta póliza se aplicará sin ninguna discriminación de edades, a los asegurados actuales o a los que se incorporen en el primer año de vigencia. Dicha prima media se determinará aplicando la tarifa correspondiente de la Compañía y será ajustada anualmente,

comunicándose por escrito al Contratante el importe resultante, a los efectos de su aplicación con una anticipación no menor de un mes al próximo aniversario de póliza.

Artículo 8°

Pago de Primas

Las primas de este seguro son pagaderas por adelantado a contar desde la celebración del contrato, debiendo ser abonadas por intermedio del Contratante contra entrega de la póliza, certificado o instrumento provisional de cobertura, por el período establecido, conforme a lo pactado en las Condiciones Particulares. El importe de las mismas resulta de multiplicar la prima media por el total de los capitales asegurados vigentes y por el período que cubran. En el caso de que las primas no se pagaran contra entrega de la póliza, su pago quedará sujeto a las condiciones y plazos que establezca la Compañía a tal efecto.

Si el pago de las primas no se efectuara oportunamente, la Compañía no será responsable por los siniestros que se produjeran. En el supuesto del párrafo segundo y en defectibilidad del Contratante, la Compañía podrá rescindir el contrato con un plazo de denuncia de UN (1) mes. La rescisión no se producirá si la prima es pagada antes del vencimiento del plazo de denuncia.

La Compañía no será responsable por el siniestro ocurrido durante el plazo de denuncia, después de dos días de notificada la opción de rescindir. Cuando la rescisión se produzca por mora en el pago de las primas, la Compañía tendrá derecho al cobro de las primas del período en curso. Las primas del seguro se devengarán por un período completo, cualquiera fuera el día en que por siniestro o egreso se produzca la baja del asegurado. Las personas que se incorporen al seguro con posterioridad a la fecha de vigencia de esta póliza, deberán abonar por adelantado las primas correspondientes al mes de su incorporación, si el pago fuera mensual, o las correspondientes al lapso comprendido entre el mes de su incorporación y la finalización del período establecido para el pago de primas.

Idéntico procedimiento se observará en los casos en que el asegurado incremente su capital individual.

Para el pago de las primas posteriores se acuerda un plazo de gracia de TREINTA (30) días corridos desde la fecha de vencimiento fijada en las Condiciones Particulares de esta póliza, lapso durante el cual la misma mantendrá su plena

vigencia.

Si la prima no fuera abonada en ese lapso, la póliza caducará por ese solo hecho, debiendo el Contratante abonar la prima corrida hasta el vencimiento del plazo de gracia.

Artículo 9°

Certificados de Incorporación al Seguro

La Compañía emitirá a nombre de cada asegurado un "Certificado de Incorporación", en el que constarán los beneficios a que tiene derecho, como asimismo, aquellos datos que se consideren necesarios. Tal certificado quedará nulo y sin valor desde la fecha en que el asegurado deje de estar comprendido en el seguro.

Artículo 10°

Opción de continuación para asegurados que dejen de estar al servicio del contratante

El asegurado que en lo futuro se jubile o deje de estar al servicio del Contratante, quedará excluido del seguro al término del período por el cual se hubieran abonado primas. Debe entenderse que el pago de primas no podrá exceder del período pactado como forma de pago en la póliza vigente al momento de su egreso. En caso de haber abonado primas por períodos posteriores, la Compañía sólo estará obligada a su devolución. No obstante, el asegurado que a la fecha en que haya dejado de estar al servicio del contratante, posea una antigüedad mínima de UN(1) año en el empleo, podrá optar por escrito ante la compañía por su continuación en el seguro, para lo cual gozará de un plazo de NOVENTA (90) días corridos, contados desde la fecha de su egreso de la póliza. Queda convenido que dicho plazo se otorga al solo efecto de la opción, quedando el ex asegurado sin cobertura alguna hasta la nueva fecha de vigencia que fije la Compañía de acuerdo con los términos y condiciones del presente artículo. Vencido el plazo citado, el ex asegurado no tendrá derecho a opción alguna. La continuidad en el seguro estará sujeta a la siguientes cláusulas: Vigencia: La continuidad en el seguro regirá a partir del día primero del mes siguiente a aquel en que se reciba en la Compañía la respectiva solicitud Individual.

Capital Asegurado: El capital asegurado podrá ser igual al capital vigente a la fecha de retiro o menor, sin derecho a posterior aumento y sujeto a una reducción del

cincuenta por ciento (50%) a partir del día primero del mes que siga al del cumplimiento de los setenta (70) años de edad.

Pago de Primas: El asegurado gozará en cada vencimiento de un plazo de gracia de TREINTA (30) días para abonar sus primas. Dicho plazo se contará:

Pago Inicial: A partir de la fecha que determine la Compañía, al comunicar por escrito la aceptación del seguro.

Pagos Posteriores: A partir de la fecha de cada vencimiento de primas. Vencidos los plazos mencionados precedentemente, el seguro quedará automáticamente rescindido.

Riesgo Cubierto: La cobertura comprenderá únicamente el riesgo de muerte.

Cancelación de Pólizas: Si la póliza fuera cancelada por razones de fuerza mayor que a juicio de la Compañía se consideren atendibles, todas las personas comprendidas en la misma en el momento de la rescisión podrán continuar aseguradas, abonando directamente sus primas a la Compañía con arreglo a lo establecido en los incisos a), b) y c)

Artículo 11° Beneficiarios

Cada asegurado designará en su Solicitud Individual en oportunidad de incorporarse al seguro, al o a los Beneficiarios del mismo. 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 17418.

Si alguno de los beneficiarios falleciera al mismo tiempo que el asegurado, su asignación se repartirá entre los demás beneficiarios si los hubiese, en la proporción de sus propias asignaciones. Cuando se designe a los herederos, se entiende los que por ministerio de la 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 el asegurado no designe beneficiario o por cualquier causa la designación resulte ineficaz o quede sin efecto, se entenderá que designó a sus herederos.

Los asegurados menores de edad mayores de 14 años, no podrán efectuar designación de beneficiario. En caso de muerte, el importe del seguro se hará efectivo al padre o madre, en ese orden excluyente, en ejercicio de la patria potestad, previa manifestación, por parte de estos de la inexistencia de personas con mejor derecho hereditario.

Los adherentes menores de edad mayores de 18 años sólo podrán instituir como beneficiarios a sus ascendientes, descendientes, cónyuges o hermanos a su cargo.

Los beneficiarios designados podrán ser sustituidos en cualquier momento, mediante el formulario que a tal efecto provea la Compañía. El cambio de beneficiario tendrá efecto desde la fecha en que el asegurado hubiese suscrito la correspondiente comunicación, salvo que la Compañía, por desconocimiento de ello, ya hubiese indemnizado el siniestro al o a los beneficiarios nombrados en la documentación en su poder. Si a la fecha de fallecimiento del asegurado no existiese beneficiario designado o si habiéndolo, este hubiera fallecido antes que el asegurado, el importe del seguro, que se distribuirá conforme a las cuotas hereditarias, será pagadero a los herederos legales del asegurado, si no hubiese otorgado testamento; si lo hubiese otorgado se tendrá por designados a los herederos instituidos. Igual temperamento será aplicado cuando por cualquier causa, la designación se hiciera ineficaz o quedare sin efecto. Queda aclarado que siempre que el beneficio se liquide a los herederos, el seguro se considerará como si fuera bien ganancial.

Artículo 12°

Privilegio de conversión

Los asegurados que, habiendo dejado por cualquier motivo de estar al servicio del Contratante, no hicieran uso de la opción que les acuerda el artículo 11°, la Compañía si lo estimara conveniente, podrá concederle la transformación del seguro a alguno de los planes que la misma tenga en vigor, siempre que lo soliciten por escrito dentro de los NOVENTA (90) días posteriores a la fecha en que hayan dejado de estar comprendidos en la póliza.

Artículo 13°

Rescisión de esta póliza

Además de otras causas de rescisión previstas en las presentes condiciones, el Contratante se reserva el derecho de rescindir en cualquier momento la presente póliza mediante aviso por escrito con una anticipación no menor de UN(1)mes.

En estos casos, la Compañía procederá a la devolución de la parte proporcional de primas correspondientes a los períodos posteriores a la fecha de rescisión o al cobro de primas adeudadas si así correspondiere. La Compañía podrá rescindir el contrato cuando no se hayan cumplimentado los pagos de primas, conforme lo establecido en el artículo 9° de las presentes Condiciones Generales.

Artículo 14°

Rescisión de los Certificados Individuales

Los seguros individuales quedarán rescindidos y sin valor alguno en los siguientes casos: Por renuncia del interesado a continuar asegurado; Por dejar de estar al servicio del Contratante.

Por cancelación de la presente póliza, salvo lo previsto en el artículo 11° y, o Por falta de pago de primas en los casos estipulados en el artículo 9° y 11°. Por haberle sido otorgado el beneficio por incapacidad total y permanente. Los casos previstos en los incisos a) y b), deberán reflejarse en los formularios que la Compañía proveerá para tal fin dentro de los TREINTA (30) días corridos desde la fecha en la cual se produjeron dichos eventos. La rescisión de los certificados individuales se operará al término del período por el cual se hubieran descontado primas. La vigencia de los mismos no se verá suspendida cuando a los asegurados, aún encontrándose en uso de licencia por enfermedad, se les hubiera retenido primas. Asimismo, cuando la suspensión al servicio del Contratante obedeciera a otros motivos, se mantendrá la cobertura por un máximo de TRES (3) meses contados a partir de la fecha de inicio de la suspensión, siempre que se hubieren abonado las primas pertinentes. Vencido dicho plazo, quedará automáticamente excluido de la póliza.

Artículo 15°

Pruebas de fallecimiento

Recibida la comunicación por parte del Contratante del fallecimiento de algún asegurado, la Compañía, luego de presentado el certificado de defunción y cualquier otra constancia que correspondiera exigir según la causa de la muerte, abonará el importe del seguro según lo establecido en el artículo 12° de las presentes condiciones.

Si con motivo del fallecimiento del asegurado, o, por cualquier otra causal, se verificara que la edad declarada por el mismo resulta menor que la real, o que el dato que generó el capital no fuere correcto, la Compañía podrá reajustar el capital

asegurado, con arreglo a la real situación comprobada, al importe que le asigne la escala de capitales detallada en las Condiciones.

Artículo 16°

Riesgos no cubiertos

La presente póliza está exenta de toda restricción respecto de la residencia, ocupación y viajes del asegurado, pero no cubre los siguientes riesgos: a) Los derivados de guerra que no comprenda a la Nación Argentina. En caso de guerra que la comprenda, las obligaciones tanto de parte de la Compañía como de los asegurados se regirán por las normas que para tal emergencia se dicten.

Similar tratamiento al establecido en el inciso anterior merecerán los riesgos

derivados de terremotos, epidemias y otras catástrofes. Los que provengan de la participación de los asegurados en empresa criminal o por aplicación legítima de la pena de muerte.

La participación de los asegurados como conductores o integrantes de equipos de competencia, terrestres, marítimos o aéreos, mecánicos o de tracción a sangre.

Intervención en la prueba de prototipos de aviones, automotores, u otros vehículos de propulsión mecánica.

La práctica de la aviación, salvo como pasajero en líneas regulares de vuelo. Suicidio voluntario, salvo que haya estado asegurado por esta póliza por lo menos UN (1) año antes del hecho.

Artículo 17°

Denuncia de otros seguros

Los asegurados que estuviesen comprendidos en otros seguros colectivos contratados en la Compañía, deberán comunicarlo en forma expresa a la misma.

Si tales seguros no fuesen declarados, la Compañía solamente considerará válido el seguro de vida colectivo vigente de mayor capital, y devolverá las primas cobradas de cualquier otro por el período de cobertura superpuestas.

Artículo 18°

Privilegio en caso de servicio militar

El asegurado que deba cumplir el servicio militar en tiempo de paz, proseguirá en el seguro, siempre que se continuaren abonando las primas respectivas, en el tiempo y forma que se establecen en las presentes condiciones.

Si no se acogiera a este privilegio, podrá solicitar su reincorporación, dentro del plazo de TREINTA (30) días desde su reintegro al servicio del Contratante.

Artículo 19°

Intervención del Contratante

Son obligaciones del Contratante:

Comunicar a la Compañía en los formularios que ésta suministre el fallecimiento de cualquier asegurado, dejando expresa constancia de las diferencias que comprobare en la edad declarada por el mismo; Certificar la exactitud de los datos contenidos en las solicitudes individuales de cada asegurado;

Comunicar mensual y regularmente las altas y bajas del personal asegurado y toda otra variante atinente al seguro, enviando la documentación correspondiente;

Proporcionar a la Compañía toda información que ésta le requiera con motivo de la aplicación del seguro;

Practicar el descuento de las primas e ingresar en tiempo y forma el importe de las mismas.

Hacer saber a la Compañía cualquier cambio de razón social o domicilio. A los efectos señalados en los precedentes apartados, el Contratante deberá remitir en cada caso a la Compañía la documentación pertinente debidamente diligenciada.

Artículo 20°

Responsabilidad del Contratante

La falta de incorporación de las personas que soliciten su ingreso en el presente seguro, así como las inclusiones indebidas u otras anomalías ajenas a la intervención de la Compañía, hará que ésta quede exenta de toda obligación

respecto del correspondiente seguro.

Artículo 21°

Porcentaje mínimo de asegurados

Es condición expresa para que este seguro entre en vigor y mantenga su vigencia que el porcentaje de asegurados no sea inferior a y alcance por lo menos de los que se hallen en condiciones de asegurarse.

Si en determinado momento no se reune el porcentaje mencionado, la Compañía se reserva el derecho de rescindir la presente póliza, lo que hará saber por escrito al Contratante con una anticipación mínima de UN (1) mes.

Artículo 22°

Veracidad de las Declaraciones

La veracidad de las declaraciones suscritas por el Contratante constituye la condición de validez de esta póliza.

Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Contratante y/o los asegurados, aún hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o la aceptación de los seguros individuales o modificado sus condiciones, si la Compañía hubiese sido cerciorada del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato; en tal caso la devolución de primas se regirá por las disposiciones legales vigentes. Cuando la reticencia o falsedad sólo es imputable a una persona asegurada o a parte del núcleo total asegurado, la Compañía podrá rescindir íntegramente el contrato si no lo hubiese celebrado en las mismas condiciones respecto de las restantes personas aseguradas. Si la Compañía ejerce su derecho de rescindir el contrato respecto de una parte de las personas aseguradas, el Contratante podrá rescindir en lo restante. En ese caso, corresponderá en cuanto a la prima, aplicar las disposiciones del artículo 41 de la Ley 17418.

Cuando la reticencia no dolosa es alegada en el plazo de TRES (3) meses de haber conocido la reticencia o falsedad, la Compañía, a su exclusivo juicio, podrá anular el contrato restituyendo la prima percibida con deducción de los gastos, o reajustarla con la conformidad del Contratante al verdadero estado del riesgo. Si la nulidad fuere perjudicial para los asegurados y siempre que el contrato fuese reajutable a juicio de los peritos. La Compañía procederá al reajuste de la prima. Si la reticencia

fuese dolosa o de mala fe, la Compañía tiene derecho al cobro de las primas de los períodos transcurridos y de aquel en cuyo transcurso invoque la reticencia o falsa declaración. En cualesquiera de ambos casos, de ocurrir un siniestro durante el plazo para impugnar, la Compañía no adeuda prestación.

Si la reticencia no fuese dolosa, y se alegase en el plazo establecido después de ocurrido el siniestro, la Compañía reducirá la prestación debida. En los casos de reticencia en que corresponda el reajuste aludido en el párrafo 4° del presente artículo, la diferencia deberá ser pagada dentro del mes de comunicada al Contratante.

Artículo 23°

Disposiciones complementarias

En todos los artículos de la presente póliza donde se cite "al servicio del Contratante" deberá entenderse que el asegurable o asegurado no se encuentre en uso de licencia por enfermedad, con o sin percepción de haberes, ni con goce de licencia sin sueldo por cualquier otra causa. Artículo 24°

La Compañía quedará exenta de toda obligación emergente del seguro en los casos en que el Contratante no cumpla los requisitos previstos en el artículo 20°.

Artículo 25°

Forman parte integrante de este contrato de póliza, la solicitud de Seguro de Vida Colectivo presentada por el Contratante, la nómina del personal asegurado y las solicitudes individuales de incorporación.

Artículo 26°

La presente póliza y los certificados de incorporación son intransferibles.

Por lo tanto, cualquier cesión se considerará nula y sin valor.

Artículo 27°

Los capitales asegurados que de conformidad con lo establecido en las presentes condiciones estén sujetos a un plazo de carencia, con primas pagas y sin cobertura de riesgos, no serán liquidados, en caso de ocurrir el siniestro del asegurado.

Los siniestros que tuvieren su origen en un accidente interrumpirán el plazo de carencia, reconociéndose el pago del capital asegurado.

Artículo 28°

Los capitales asegurados que en lo futuro se establezcan en reemplazo de los fijados en la escala de las Condiciones Particulares, deberán ajustarse a las disposiciones contenidas en el artículo 7° de las presentes condiciones, salvo que en oportunidad de establecer nuevos montos, se fijen estipulaciones que difieran de las vigentes.

Artículo 29°

Cuando no se puedan aportar las constancias del deceso del asegurado, por no haberse podido inscribir el fallecimiento en el organismo competente, en razón de que la desaparición del asegurado sólo permita presumir su muerte como consecuencia de accidente, incendio, naufragio u otros sucesos semejantes, así como también por homicidio o su intento, derivados de actos de terrorismo y/o extremismo, y no existiera fallo judicial al respecto, las personas con derecho al seguro deberán suministrar los siguientes elementos: testimonio del suceso que afectó al asegurado, mediante las referencias del sumario que se haya instruido ante autoridad competente y copia autenticada de la resolución recaída al respecto. De las constancias obrantes en esa documentación deberá resultar fehacientemente acreditado el accidente, desastre u homicidio por actos de terrorismo y/o extremismo y la simultánea desaparición del asegurado a consecuencia del suceso, y constituir fianza a satisfacción de la Compañía.

Una vez reunidos los antecedentes que correspondan para liquidar el siniestro y, hallados estos de conformidad, la Compañía abonará el capital vigente a la fecha de la desaparición o de la muerte, si esta última fuera establecida judicialmente.

Si se hubieran abonado primas con posterioridad a la fecha de la desaparición o de la muerte establecida judicialmente, según sea el caso, la Compañía estará obligada sólo a su devolución

Artículo 30°

Los impuestos, tasas y contribuciones de cualquier índole y jurisdicciones existentes y/o que se crearan en lo sucesivo, o los eventuales aumentos de los vigentes, estarán a cargo del Contratante o de los asegurados, según el caso, salvo cuando la

Ley los declare expresamente a cargo exclusivo del asegurador.

Artículo 31°

Todos los plazos de días indicados en la presente póliza se computarán corridos.

Artículo 32°

Las acciones emergentes de esta póliza prescriben en el plazo de un año, computado desde que la correspondiente obligación es exigible. Cuando la prima deba pagarse en cuotas, la prescripción para su cobro se computa a partir del vencimiento de la última cuota. En caso de no existir pago alguno, se computará desde que la Compañía intime el pago.

Artículo 33°

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

Artículo 34°

Para toda cuestión judicial de cualquier naturaleza que pudiera suscitarse con motivo de la presente póliza, las partes se someten a la jurisdicción de los Tribunales Federales de la Ciudad de Buenos Aires

Artículo 35°

El plazo de prescripción para el beneficiario se computará desde que conoce la existencia del beneficio, pero en ningún caso excederá de TRES (3) años desde el siniestro.

IMPORTANTE: En caso de existir una indemnización, sea este el Asegurado o Tomador, o una persona distinta a estos, deberá informar al Asegurador los datos requeridos según Res. N° 30.581 de SSN

Anexo B

Seguro de Vida Colectivo Facultativo Condiciones Generales

Artículo 1°

Ley entre las Partes

Las partes contratantes se someten a las disposiciones de la Ley de Seguros N° 17418 y a las que la presente póliza que la complementan o la modifican.

En caso de discrepancia entre las Condiciones Generales y Particulares, se estará a lo que dispongan éstas últimas.

Los derechos y obligaciones que la póliza acuerda al Contratante y a las personas amparadas por este seguro, comienzan en las fechas designadas en las Condiciones Particulares.

Artículo 2°

Carácter y Objeto del Seguro

El presente seguro es de carácter facultativo y tiene por objeto cubrir a los asegurados por el riesgo de muerte.

Artículo 3°

Personas Aseguradas

Reviste carácter de asegurable, para la incorporación al presente seguro, la totalidad del personal que se encuentre al servicio activo del Contratante, a la fecha de emisión de ésta póliza.

Las citadas estipulaciones constituyen el "requisito de asegurabilidad" indispensable para todos los efectos de esta póliza.

Artículo 4°

Incorporación al Seguro

Podrán incorporarse inicialmente al seguro la totalidad de las personas que, a la fecha de vigencia de esta póliza, se hallen comprendidas en las estipulaciones del artículo precedente. Las personas que a la fecha de iniciación del seguro no se hallaren al servicio activo del Contratante y hubiesen suscrito su solicitud con anterioridad a la vigencia de esta póliza, se incorporarán el día 1° del mes siguiente a que se reintegren a sus funciones o tareas, siempre que ello tenga efecto dentro de los TRES (3) meses contados a partir de la vigencia de la póliza. En caso

contrario, igualmente podrán incorporarse a partir del día de su reintegro al puesto, pero el seguro comenzará a regir transcurridos SEIS (6) meses con primas pagas y sin cobertura de riesgos, a contar desde la fecha de vigencia del mismo.

Las personas que en lo futuro ingresen al servicio del Contratante adquirirán calidad de asegurados al cumplir TRES (3) meses consecutivos de antigüedad en las condiciones establecidas en el artículo 3°.

Artículo 5°

Forma para Solicitar la Incorporación al Seguro

El asegurable que, con posterioridad a la fecha de vigencia de la póliza desee incorporarse al seguro llenará la "Solicitud Individual", la cual junto con el pedido de "Alta" respectivo, deberá obrar en poder de la Compañía dentro del plazo de TREINTA (30) días a contar desde la fecha en que el solicitante reúna los requisitos de asegurabilidad.

Artículo 6°

Fecha de Vigencia Individual al Seguro

Los seguros individuales que se soliciten dentro del plazo de TREINTA (30) días de adquirida la condición de asegurables, comenzarán a regir a partir del día 1° del mes siguiente del ingreso del alta de la respectiva a la Compañía.

Las incorporaciones que se soliciten con posterioridad al plazo de TREINTA (30) días de adquirida la condición de asegurable tendrán igual tratamiento, pero estarán sujetas a un plazo de carencia de SEIS (6) meses, contados desde su vigencia, con primas pagas y sin cobertura de riesgo.

Artículo 7°

Capital Asegurado

Los capitales asegurados por los que podrán optar las personas que se incorporen al presente seguro, se ajustarán a la escala establecida en las Condiciones Particulares de esta póliza y estarán sujetas a las siguientes disposiciones:

a) Los interesados podrán variar su capital por cualquiera de los importes a que tuviera derecho, dentro de los TREINTA (30) días de hallarse comprendidos en el seguro.



b) Regirán a partir del día 1° del mes siguiente a aquel en que la Compañía reciba la comunicación en los formularios que se proporcionan a tal efecto- siempre que las opciones estén encuadradas en las condiciones fijadas;

c) Si la opción fuera formulada después de vencido el plazo del apartado a) de este artículo, su vigencia será acordada con arreglo a lo previsto en el inciso b) que antecede, pero la misma estará sujeta a un plazo de carencia de SEIS (6) meses contados desde su vigencia con primas pagas y sin cobertura de riesgo.

d) Cuando los capitales asegurables se establezcan en función de la edad de los interesados, las limitaciones que por edad se fijen serán consideradas a la fecha en que se otorgue vigencia al capital optado;

e) Para que los capitales asegurados entren en vigor, es condición indispensable que, a la fecha en que deba comenzar su vigencia, el asegurado se encuentre al servicio activo del Contratante.

f) Los asegurados podrán, en cualquier momento, solicitar la reducción del capital por el cual hubieran optado, a alguno de los importes que figuren en el panel que por su edad o sueldo (según estuviere pactado contractualmente)- les correspondiere en ese momento, conforme a la escala establecida en las Condiciones Particulares. Dicha reducción se operará al término del período por el cual se hubieren cubierto primas. A partir del día 1° del mes siguiente a aquel en que el asegurado cumpla los setenta (70) años de edad, el capital asegurado vigente a esa fecha se reducirá al cincuenta por ciento (50%), sin admitirse posteriores aumentos para estos asegurados.

Artículo 8°

Primas del Seguro

La prima media inicial por mil inserta en las Condiciones Particulares de esta póliza se aplicará sin ninguna discriminación de edades, a los asegurados actuales o a los que se incorporen en el primer año de vigencia. Dicha prima media se determinará aplicando la tarifa correspondiente de la Compañía y será ajustada anualmente, comunicándose por escrito al Contratante el importe resultante, a los efectos de su aplicación, con una anticipación no menor de un mes al próximo aniversario de la póliza.

Artículo 9°

Pago de Primas

Las primas de este seguro son pagaderas por adelantado a contar desde la celebración del contrato, debiendo ser abonadas por intermedio del Contratante contra entrega de la póliza, certificado o instrumento provisional de cobertura, por el período establecido, conforme a lo pactado en las Condiciones Particulares. El importe de las mismas resulta de multiplicar la prima media por el total de capitales asegurados vigentes y por el período que cubran. En caso de que las primas no se pagaran contra entrega de la póliza, su pago quedará sujeto a las condiciones y plazo que establezca la Compañía a tal efecto. Si el pago de las primas no se efectuara oportunamente, la Compañía no será responsable por los siniestros que se produjeran. En el supuesto del párrafo segundo y en defectibilidad del Contratante, la Compañía podrá rescindir el contrato con un plazo de denuncia de UN (1) mes. La rescisión no se producirá si la prima es pagada antes del vencimiento del plazo de denuncia.

La Compañía no será responsable por el siniestro ocurrido durante el plazo de denuncia, después de dos días de notificada la opción de rescindir. Cuando la rescisión se produzca por mora en el pago de las primas, la Compañía tendrá derecho al cobro de las primas del período en curso. Las primas del seguro se devengarán por un período completo, cualquiera fuera el día en que por siniestro o egreso se produzca la baja del asegurado. Las personas que se incorporen al seguro con posterioridad a la fecha de vigencia de esta póliza, deberán abonar por adelantado las primas correspondientes al mes de su incorporación, si el pago fuera mensual, o las correspondientes al lapso comprendido entre el mes de su incorporación y la finalización del período establecido para el pago de primas. Idéntico procedimiento se observará en los casos en que el asegurado incremente su capital individual.

Para el pago de las primas posteriores se acuerda un plazo de gracia de TREINTA (30) días corridos desde la fecha de vencimiento fijada en las Condiciones Particulares de esta póliza, lapso durante el cual la misma mantendrá su plena vigencia.

Si la prima no fuera abonada en ese lapso, la póliza caducará por ese solo hecho, debiendo el Contratante abonar la prima corrida hasta el vencimiento del plazo de gracia.

Artículo 10°

Certificados de Incorporación al Seguro

La Compañía emitirá a nombre de cada asegurado un "Certificado de Incorporación", en el que constarán los beneficios a que tiene derecho, como asimismo, aquellos datos que se consideren necesarios. Tal certificado quedará nulo y sin valor desde la fecha en que el asegurado deje de estar comprendido en el seguro.

Artículo 11°

Opción de continuación para asegurados que dejen de estar al servicio del contratante

El asegurado que en lo futuro se jubile o deje de estar al servicio del Contratante, quedará excluido del seguro al término del período por el cual se hubieran abonado primas. Debe entenderse que el pago de primas no podrá exceder del período pactado como forma de pago en la póliza vigente al momento de su egreso. En caso de haber abonado primas por períodos posteriores, la Compañía sólo estará obligada a su devolución. No obstante, el asegurado que a la fecha en que haya dejado de estar al servicio del Contratante, posea una antigüedad mínima de UN (1) año en el empleo, podrá optar por escrito ante la Compañía por su continuación en el seguro, para lo cual gozará de un plazo de NOVENTA (90) días corridos, contados desde la fecha de su egreso de la póliza. Queda convenido que dicho plazo se otorga al solo efecto de la opción, quedando el ex asegurado sin cobertura alguna hasta la nueva fecha de vigencia que fije la Compañía de acuerdo con los términos y condiciones del presente artículo. Vencido el plazo citado, el ex asegurado no tendrá derecho a opción alguna. La continuidad en el seguro estará sujeta a las siguientes cláusulas:

a) Vigencia: La continuidad en seguro regirá a partir del día primero del mes siguiente a aquél en que se reciba en la Compañía la respectiva solicitud Individual.

b) Capital Asegurado: El capital asegurado podrá ser igual al capital vigente a la fecha de retiro o menor, sin derecho a posterior aumento y sujeto a una reducción del cincuenta por ciento (50%) a partir del día primero del mes que siga al del cumplimiento de los setenta (70) años de edad.

c) Pago de Primas: El asegurado gozará en cada vencimiento de un plazo de gracia de TREINTA (30) días para abonar sus primas. Dicho plazo se contará:

1. Pago inicial: A partir de la fecha que determine la Compañía, al comunicar por escrito la aceptación del seguro.

2. Pagos posteriores: A partir de la fecha de cada vencimiento de primas. Vencidos los plazos mencionados precedentemente, el seguro quedará automáticamente rescindido.

d) Riesgo Cubierto: La cobertura comprenderá únicamente el riesgo de muerte.

e) Cancelación de Pólizas: Si la póliza fuera cancelada por razones de fuerza mayor que a juicio de la Compañía se consideren atendibles, todas las personas comprendidas en la misma en el momento de la rescisión podrán continuar aseguradas, abonando directamente sus primas a la Compañía con arreglo a lo establecido en los incisos a), b), y c).

Artículo 11°

Beneficiario

Cada asegurado designará en su Solicitud individual en oportunidad de incorporarse al seguro, al o a los Beneficiarios del mismo. 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 17418.

Si algunos de los beneficiarios falleciera al mismo tiempo que el asegurado, su asignación se repartirá entre los demás beneficiarios si los hubiese, en la proporción de sus propias asignaciones. Cuando se designe a los herederos, se entiende los que por ministerio de la 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 el asegurado no designe beneficiario o por cualquier causa la designación resulte ineficaz o quede sin efecto, se entenderá que designó a sus herederos.

Los asegurados menores de edad mayor de 14 años, no podrán efectuar designación de beneficiario. En caso de muerte, el importe del seguro se hará efectivo al padre o madre, en ese orden excluyente, en ejercicio de la patria potestad, previa manifestación, por parte de estos de la inexistencia de personas con mejor derecho hereditario.

Los adherentes menores de edades mayores de 18 años, sólo podrán instituir como beneficiarios a sus ascendientes, descendientes, cónyuges o hermanos a su cargo.

Los beneficiarios designados podrán ser sustituidos en cualquier momento, mediante el formulario que a tal efecto provea la Compañía. El cambio de beneficiario tendrá efecto desde la fecha en que el asegurado hubiese suscripto la correspondiente comunicación, salvo que la Compañía, por desconocimiento de ello, ya hubiese indemnizado el siniestro al o a los beneficiarios nombrados en la documentación en su poder. Si a la fecha de fallecimiento del asegurado no existiese beneficiario designado o si habiéndolo, éste hubiera fallecido antes que el asegurado, el importe del seguro, que se distribuirá conforme a las cuotas hereditarias, será pagadero a los herederos legales del asegurado, si no hubiese otorgado testamento; si lo hubiese otorgado se tendrá por designados a los herederos instituidos. Igual temperamento será aplicado cuando por cualquier causa, la designación se hiciera ineficaz o quedare sin efecto. Queda aclarado que siempre que el beneficio se liquide a los herederos, el seguro se considerará como si fuera bien ganancial.

Artículo 12°

Privilegio de Conversión

Los asegurados que, habiendo dejado por cualquier motivo de estar al servicio del Contratante, no hicieran uso de la opción que les acuerda el artículo 11°, la Compañía si lo estimara conveniente, podrá concederle la transformación del seguro a alguno de los planes que la misma tenga en vigor, siempre que lo soliciten por escrito dentro de los NOVENTA

(90) días posteriores a la fecha en que hayan dejado de estar comprendidos en la póliza.

Artículo 13°

Rescisión de esta póliza

Además de otras causas de rescisión previstas en las presentes condiciones, el Contratante se reserva el derecho de rescindir en cualquier momento la presente póliza mediante aviso por escrito con una anticipación no menor de UN(1)mes.

En estos casos, la Compañía procederá a la devolución de la parte proporcional de primas correspondientes a los períodos posteriores a la fecha de rescisión o al cobro de primas adeudadas si así correspondiere.

Artículo 14°

Beneficio de incapacidad total y permanente

De cubrir la presente póliza el beneficio por el riesgo de incapacidad Total y Permanente, tal cobertura estará sujeta a las estipulaciones que se establecen en cláusula separada, la que formará parte integrante de las presentes Condiciones Generales.

Artículo 15°

Rescisión de los certificados individuales

Los seguros individuales quedarán rescindidos y sin valor alguno en los siguientes casos:

- a) Por dejar de estar al servicio del Contratante;
- b) Por cancelación de la presente póliza, salvo lo previsto en el artículo 10° y;
- c) Por falta de pago de primas en los casos estipulados en los artículos 8° y 10°;
- d) Por haberle sido otorgado el beneficio por incapacidad total y permanente, cuando dicha cobertura estuviese contemplada por la presente póliza.

Los casos previstos en los incisos a)y b), deberán reflejarse en los formularios que la Compañía proveerá para tal fin dentro de los TREINTA (30) días corridos desde la fecha en la cual se produjeron dichos eventos. La rescisión de los certificados individuales se operará al término del período por el cual se hubieran descontado primas. La vigencia de los mismos no se verá suspendida cuando a los asegurados, aún encontrándose en uso de licencia por enfermedad, se les hubiera retenido primas. Asimismo, cuando la suspensión al servicio del Contratante obedeciera a otros motivos, se mantendrá la cobertura por un máximo de TRES (3) meses contados a partir de la fecha de inicio de la suspensión, siempre que se hubieren abonado las primas pertinentes. Vencido dicho plazo, quedará automáticamente excluido de la póliza.

Artículo 16°

Pruebas de fallecimiento

Recibida la comunicación por parte del Contratante del fallecimiento de algún asegurado, la Compañía, luego de presentado el certificado de defunción y cualquier otra constancia que correspondiera exigir según la causa de la muerte, abonará el importe del seguro según lo establecido en el artículo 11° de las presentes condiciones.

Si con motivo del fallecimiento del asegurado, o, por cualquier causal, se verificara que la edad declarada por el mismo resulta menor que la real, o que el dato que generó el capital no fuese correcto, la Compañía podrá reajustar el capital asegurado, con arreglo a la real situación comprobada, al importe que le asigne la escala de capitales detallada en estas Condiciones.

Artículo 17°

Riesgos no cubiertos

La presente póliza está exenta de toda restricción respecto de la residencia, ocupación y viajes del asegurado, pero no cubre los siguientes riesgos:

A) Los derivados de guerra que no comprenda a la Nación Argentina. En caso de guerra que la comprenda, las obligaciones tanto de parte de la Compañía como de los asegurados se regirán por las normas que para tal emergencia se dicten.

B) Similar tratamiento al establecido en el inciso anterior merecerán los riesgos derivados de terremotos, epidemias y otras catástrofes.

C) Los que provengan de la participación de los asegurados en empresa criminal o por aplicación legítima de la pena de muerte.

D) La participación de los asegurados como conductores o integrantes de equipos de competencia, terrestres, marítimos o aéreos, mecánicos o de tracción a sangre.

E) Intervención en la prueba de prototipos de aviones, automotores, u otros vehículos de propulsión mecánica.

F) La práctica de la aviación, salvo como pasajero en líneas regulares de vuelo.

G) Suicidio voluntario, salvo que haya estado asegurado por esta póliza por lo menos UN (1) año antes del hecho.

Artículo 18°

Denuncia de otros seguros

Los asegurados que estuviesen comprendidos en otros seguros colectivos contratados en la Compañía, deberán comunicarlo en forma expresa a la misma.

Si tales seguros no fuesen declarados, la Compañía solamente considerará válido el seguro de vida colectivo vigente de mayor capital, y devolverá las primas cobradas de cualquier otro seguro, por el período de cobertura superpuestas.

Artículo 19°

Porcentaje mínimo de asegurados

Es condición expresa para que este seguro mantenga su vigencia que el porcentaje de asegurados alcance al 100% de los que se hallen en condiciones de asegurarse.

Si en determinado momento no se reune el porcentaje mencionado, la Compañía se reserva el derecho de rescindir la presente póliza, lo que hará saber por escrito al Contratante con una anticipación mínima de UN (1) mes.

Artículo 20°

Privilegio en caso de servicio militar

El asegurado que deba cumplir el servicio militar en tiempo de paz, proseguirá en el seguro, siempre que se continuaren abonando las primas respectivas, en el tiempo y forma que se establecen en las presentes condiciones.

Si no se acogiera a este privilegio, podrá solicitar su reincorporación, dentro del plazo de TREINTA (30) días desde su reintegro al servicio del Contratante.

Artículo 21°

Intervención del Contratante Son obligaciones del Contratante:

- a) Comunicar a la Compañía en los formularios que ésta suministre el fallecimiento de cualquier asegurado, dejando expresa constancia de las diferencias que comprobare en la edad declarada por el mismo;
- b) Certificar la exactitud de los datos contenidos en las solicitudes individuales de cada asegurado;
- c) Comunicar mensual y regularmente las altas y bajas del personal asegurado y toda otra variante atinente a seguro, enviando la documentación correspondiente;
- d) Proporcionar a la Compañía toda información que ésta le requiera con motivo de la aplicación del seguro;
- e) Practicar el descuento de las primas e ingresar en tiempo y forma el importe de las mismas, y
- f) Hacer saber a la Compañía cualquier cambio de razón social o domicilio.

A los efectos señalados en los precedentes apartados, el Contratante deberá remitir en cada caso a la Compañía la documentación pertinente debidamente diligenciada.

Artículo 22°

Responsabilidad del Contratante

La falta de incorporación de las personas, que soliciten su ingreso en el presente seguro, así como las inclusiones indebidas u otras anomalías ajenas a la intervención de la Compañía, hará que ésta quede exenta de toda obligación respecto del correspondiente seguro.

Artículo 23°

Impuestos, Tasas y Contribuciones

Los impuestos, tasas y contribuciones de cualquier índole y jurisdicción existentes y/o que se crearan en lo sucesivo, o los eventuales aumentos de los vigentes, estarán a cargo del Contratante o de los asegurados, según el caso, salvo cuando la Ley los declare expresamente a cargo exclusivo del asegurador

Artículo 24°

Veracidad de las declaraciones

La veracidad de las declaraciones suscriptas por el Contratante constituye la condición de validez de esta póliza.

Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Contratante y/o los asegurados, aún hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o la aceptación de los seguros individuales o modificado sus condiciones, si la Compañía hubiese sido cerciorada del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato; en tal caso la devolución de primas se regirá por las disposiciones legales vigentes. Cuando la reticencia o falsedad sólo es imputable a una persona asegurada o a parte del núcleo total asegurado, la Compañía podrá rescindir íntegramente el contrato si no lo hubiese celebrado en las mismas condiciones respecto de las restantes personas aseguradas. Si la Compañía ejerce su derecho de rescindir el contrato respecto de una parte de las personas aseguradas, el Contratante podrá rescindir en lo restante. En ese caso, corresponderá en cuanto a la prima, aplicar las disposiciones del artículo 41 de la Ley 17418.

Cuando la reticencia no dolosa es alegada en el plazo de TRES (3) meses de haber conocido la reticencia o falsedad, la Compañía, a su exclusivo juicio, podrá anular el contrato restituyendo la prima percibida con deducción de los gastos, o reajustarla con la conformidad del Contratante al verdadero estado del riesgo. Si la nulidad fuere perjudicial para los asegurados y siempre que el contrato fuese reajutable a juicio de los peritos. La Compañía procederá al reajuste de la prima. Si la reticencia fuese dolosa o de mala fe, la Compañía tiene derecho al cobro de las primas de los períodos transcurridos y de aquel en cuyo transcurso se invoque la reticencia o falsa declaración. En cualesquiera de ambos casos, de ocurrir un siniestro durante el plazo para impugnar, la Compañía no adeuda prestación.

Si la reticencia no fuese dolosa, y se alegase en el plazo establecido después de ocurrido el siniestro, la Compañía reducirá la prestación debida. En los casos de reticencia en que corresponda el reajuste aludido en el párrafo 4° del presente artículo, la diferencia deberá ser pagada dentro del mes de comunicada al Contratante.

Artículo 25°

Disposiciones complementarias

En todos los artículos de la presente póliza donde se cite "al servicio del Contratante" deberá entenderse que el asegurable o asegurado no se encuentre en uso de licencia por enfermedad, con o sin percepción de haberes, ni con goce de licencia sin sueldo por cualquier otra causa.

Artículo 26°

En los casos de licencia sin sueldo durante el período de conservación del puesto que establece la Ley N° 20744 y sus modificatorias, las primas del seguro, siempre que el Contratante no las continúe abonando, serán descontadas en ocasión de volver el asegurado a percibir sueldo, sea al vencimiento del período legal, sea antes de su expiración y con efecto retroactivo al último descuento realizado anteriormente. Si durante el período de licencia sin sueldo se produjera un siniestro, la Compañía reconocerá la indemnización debida, previa deducción del importe de las primas que el asegurado adeudare.

Artículo 27°

La Compañía quedará exenta de toda obligación emergente del seguro en los casos en que el Contratante no cumpla los requisitos previstos en el artículo 21°.

Artículo 28°

Forman parte integrante de este contrato de póliza, la solicitud de Seguro de Vida Colectivo presentada por el Contratante, la nómina del personal asegurado y las solicitudes individuales de incorporación.

Artículo 29°

La presente póliza y los certificados de incorporación son intransferibles. Por lo tanto, cualquier cesión se considerará nula y sin valor. Artículo 30° Los capitales asegurados que de conformidad con lo establecido en las presentes condiciones estén sujetos a un plazo de carencia, con primas pagas y sin cobertura de riesgos, no serán liquidados, en caso de ocurrir el siniestro del asegurado.

Los siniestros que tuvieren su origen en un accidente interrumpirán el plazo de carencia, reconociéndose el pago del capital asegurado.

Artículo 31°

Los capitales asegurados que en lo futuro se establezcan en reemplazo de los fijados en la escala de las Condiciones Particulares, deberán ajustarse a las disposiciones contenidas en el artículo 7° de las presentes condiciones, salvo que en oportunidad de establecer nuevos montos, se fijen estipulaciones que difieran de las vigentes.

Artículo 32°

Cuando no se puedan aportar las constancias del deceso del asegurado, por no haberse podido inscribir el fallecimiento en el organismo competente, en razón de que la desaparición del asegurado sólo permite presumir su muerte como consecuencia de accidente, incendio, naufragio u otros sucesos semejantes, así como también por homicidios o su intento, de derivados de actos de terrorismo y/o extremismo, y no existiera fallo judicial al respecto, las personas con derecho al seguro deberán suministrar los siguientes elementos:

A) Testimonio del suceso que afectó al asegurado, mediante las referencias del sumario que se haya instruido ante autoridad competente y copia autenticada de la resolución recaída al respecto. De las constancias obrantes en esa documentación deberá resultar fehacientemente acreditado el accidente, desastre u homicidio por actos de terrorismo y/o extremismo y la simultánea desaparición del asegurado a consecuencia del suceso, y

B) Constituir fianza a satisfacción de la Compañía.

Una vez reunidos los antecedentes que correspondan para liquidar el siniestro y, hallados estos de conformidad, la Compañía abonará el capital vigente a la fecha de la desaparición o de la muerte, si esta última fuera establecida judicialmente.

Si se hubieran abonado primas con posterioridad a la fecha de la desaparición o de la muerte establecida judicialmente, según sea el caso, la Compañía estará obligada sólo a su devolución.

Artículo 33°

Todos los plazos de días indicados en la presente póliza se computarán corridos.

Artículo 34°

El empleador o personas que componen la firma o entidad, así como el personal no comprendido obligatoriamente en el seguro, podrán - siempre que lo hagan en su totalidad y a la fecha de iniciación del contrato - incorporarse a la póliza en las mismas condiciones requeridas para el personal beneficiado por el seguro.

Si la adhesión se manifestase con posterioridad a la vigencia inicial de la póliza, se considerarán como pedidos individuales y comenzarán a regir a partir del día primero del mes siguiente a aquél en que se reciba en la Compañía la documentación de ingreso estipulada en el artículo 5°, pero estarán sujetas a un plazo de carencia de SEIS (6) meses - contados desde su vigencia - con primas pagas y sin cobertura de riesgo.

Artículo 35°

Las acciones emergentes de esta póliza prescriben en el plazo de un año, computado desde que la correspondiente obligación es exigible. Cuando la prima deba pagarse en cuotas, la prescripción para su cobro se computa a partir del vencimiento de la última cuota. En caso de no existir pago alguno, se computará desde que la Compañía intime el pago.

Artículo 36°

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

Artículo 37°

Este seguro subsistirá independientemente de cualquier otro régimen de previsión (seguros, subsidios, etc.) que el Contratante tuviera en vigor en beneficio de su personal.

Artículo 38°

Para toda cuestión judicial de cualquier naturaleza que pudiera suscitarse con motivo de la presente póliza, las partes se someten a la jurisdicción de los Tribunales Federales de la Capital Federal.

Artículo 39°

El plazo de prescripción para el beneficiario se computará desde que conoce la existencia del beneficio, pero en ningún caso excederá de TRES (3) años desde el siniestro.

IMPORTANTE: En caso de existir una indemnización, sea este el Asegurado o Tomador, o una persona distinta a estos, deberá informar al Asegurador los datos requeridos según Res. N° 30.581 de SSN.

Anexo C

Seguro de Vida Colectivo - Condiciones Generales Convenio Mercantil

Artículo 1°

Ley entre las Partes

Las partes contratantes se someten a las disposiciones de la Ley de Seguros N° 17418 y a las de la presente póliza que la complementan o modifican.

En caso de discrepancia entre las Condiciones Generales y las Particulares, se estará a lo que dispongan éstas últimas.

Los derechos y obligaciones que la póliza acuerda al Contratante y a las personas amparadas por este seguro, comienzan en las fechas designadas en las Condiciones Particulares.

Artículo 2°

Carácter y Objeto del Seguro

El presente seguro es de carácter obligatorio y tiene por objeto cubrir a los asegurados por el riesgo de muerte.

Artículo 3°

Personas Aseguradas

Reviste carácter de asegurable para la incorporación al presente seguro, la totalidad de las personas en relación de dependencia con el Contratante, con percepción regular de haberes y se hallen comprendidos en el Convenio Mercantil.

Las citadas estipulaciones constituyen los "requisitos de asegurabilidad" indispensable para todos los efectos de esta póliza.

Artículo 4°

Fecha de Incorporación Individual al Seguro

Deberán incorporarse al seguro la totalidad de las personas que, a la fecha de vigencia de esta póliza, se hallen comprendidas en las estipulaciones del Artículo precedente.

Las personas que en lo futuro ingresen al servicio del Contratante, deberán ser incluidas en el seguro a partir del día en que inicien sus tareas, siempre que revistan carácter de asegurables y que para ingresar al servicio del Contratante, cumplan y aprueben los requisitos médicos que la Compañía considere suficientes.

Para practicar dicha evaluación se considera la información que deberá proporcionar al médico designado por el Contratante, que realice el control de ingreso del personal, en el formulario habilitado al efecto por la Compañía, el cual forma parte integrante de este contrato. La compañía queda exenta de toda obligación hasta después de transcurrida la carencia más abajo prevista, respecto de aquellas altas en que, aceptados los requisitos médicos denunciados y acordada la automaticidad del ingreso al seguro, se comprobare que un asegurado no aprobó las exigencias de aquellos requisitos.

Las personas que en lo futuro se incorporen al servicio del Contratante, cuyos requisitos médicos para ingresar al servicio de este no constituyan una prueba de asegurabilidad suficiente para la Compañía, deberán ser incluidas en el seguro, siempre que revistan carácter de asegurables, a partir del día siguiente en que cumplan TRES (3) meses al servicio del Contratante. La forma en que serán considerados los ingresos posteriores se encuentra determinada en las Condiciones Particulares establecidas para la presente póliza.

En ambos casos, cualquiera fuere el día de su inclusión en el seguro se abonaran íntegramente las primas correspondientes al mes de su incorporación.

Artículo 5°

Requisitos de Incorporación al Seguro

Todas las personas que se incorporen a la presente póliza, tanto a la fecha de su vigencia como posteriormente, confeccionaran una "solicitud individual" en el formulario que proporcionara la Compañía a tal efecto. Dicha solicitud, junto con el pedido de "alta" respectivo, deberá obrar en poder de la Compañía dentro del plazo de TREINTA (30) días a contar desde la fecha en que el solicitante reúna los requisitos de asegurabilidad.

Artículo 6°

Capital Asegurado

Todos los asegurados comprendidos en la presente póliza, tanto los incorporados a la fecha de su vigencia, como los que ingresen en lo futuro, estarán amparados por un capital básico obligatorio y si existieran capitales adicionales voluntarios, los interesados podrán optar por el que les pudiera corresponder. Dichos capitales deberán ajustarse a la escala establecida en las Condiciones Particulares de esta póliza.

Para los capitales adicionales, se observaran las siguientes disposiciones:

- 1) Los interesados podrán optar por: cualquiera de los importes a que tuvieran derecho, dentro de los TREINTA (30) días de hallarse comprendidos en el seguro.
- 2) Regirán a partir del día primero del mes siguiente a aquel en que la Compañía reciba la comunicación en los formularios que se proporcionaran a tal efecto, siempre que las opciones estén encuadradas en las condiciones fijadas.
- 3) Si la opción fuese formulada después de vencido el plazo del apartado 1) de este Artículo, la misma estará sujeta a un plazo de carencia de SEIS (6) meses -contados desde su vigencia- con primas pagas y sin cobertura de riesgo.
- 4) Cuando los capitales asegurables se establecieran en función de la edad de los interesados, las limitaciones por edad fijadas, se consideraran a la fecha en que se otorgue vigencia al capital optado.
- 5) Para que los capitales asegurados entren en vigor, es condición indispensable que a la fecha en que deba comenzar su vigencia, el asegurado se encuentre al servicio del Contratante, es decir con concurrencia normal al empleo y percepción

regular de haberes. Si a la fecha en que debiera comenzar a regir el nuevo capital, fuera día no laborable para el personal comprendido en la póliza, y el asegurado asistiera a sus tareas, con o sin percepción de haberes por cualquier causa, a partir del primer día hábil del mismo mes -inclusive por vacaciones cuando estas fueran precedidas de una licencia por enfermedad- no reintegrándose posteriormente al trabajo, dicho capital no tendrá validez a ningún efecto. En tal caso, si se hubiesen abonado primas por el referido capital, la Compañía solo estará obligada a la devolución de las mismas.

6) Los asegurados podrán en cualquier momento solicitar la reducción del capital adicional por el cual hubieran optado a algunos de los importes que figuran en la escala establecida en las Condiciones Particulares. Dicha reducción se operara al término del periodo por el cual se hubieran cubierto primas.

Artículo 7°

Primas del seguro

La prima media inicial por mil inserta en las Condiciones Particulares de esta póliza se aplicara sin ninguna discriminación de edades, a los asegurados actuales o a los que se incorporen en el primer año de vigencia. Dicha prima media se determinara aplicando la tarifa correspondiente de la Compañía y será ajustada anualmente, comunicándose por escrito al Contratante el importe resultante, a los efectos de su aplicación con una anticipación no menor de un mes al próximo aniversario de póliza.

Artículo 8°

Pago de las Primas

Las primas de este seguro son pagaderas por adelantado a contar desde la celebración del contrato, debiendo ser abonadas por intermedio del Contratante contra entrega de la póliza, certificado o instrumento provisional de cobertura, por el período establecido, conforme a lo pactado en las Condiciones Particulares. El importe de las mismas resulta de multiplicar la prima media por el total de los capitales asegurados vigentes y por el período que cubran. En el caso de que las primas no se pagaran contra entrega de la póliza, su pago quedará sujeto a las condiciones y plazos que establezca la Compañía a tal efecto.

Si el pago de las primas no se efectuara oportunamente, la Compañía no será responsable por los siniestros que se produjeran. En el supuesto del párrafo segundo y en defectibilidad del Contratante, la Compañía podrá rescindir el contrato

con un plazo de denuncia de UN (1) mes. La rescisión no se producirá si la prima es pagada antes del vencimiento del plazo de denuncia.

La Compañía no será responsable por el siniestro ocurrido durante el plazo de denuncia, después de dos días de notificada la opción de rescindir. Cuando la rescisión se produzca por mora en el pago de las primas, la Compañía tendrá derecho al cobro de las primas del período en curso. Las primas del seguro se devengarán por un período completo, cualquiera fuera el día en que por siniestro o egreso se produzca la baja del asegurado. Las personas que se incorporen al seguro con posterioridad a la fecha de vigencia de esta póliza, deberán abonar por adelantado las primas correspondientes al mes de su incorporación, si el pago fuera mensual, o las correspondientes al lapso comprendido entre el mes de su incorporación y la finalización del período establecido para el pago de primas. Idéntico procedimiento se observará en los casos en que el asegurado incremente su capital individual.

Para el pago de las primas posteriores se acuerda un plazo de gracia de TREINTA (30) días corridos desde la fecha de vencimiento fijada en las Condiciones Particulares de esta póliza, lapso durante el cual la misma mantendrá su plena vigencia.

Si la prima no fuera abonada en ese lapso, la póliza caducará por ese solo hecho, debiendo el Contratante abonar la prima corrida hasta el vencimiento del plazo de gracia.

Artículo 9°

Certificados de Incorporación al Seguro

La Compañía emitirá a nombre de cada asegurado un "Certificado de Incorporación", en el que constarán los beneficios a que tiene derecho, como asimismo, aquellos datos que se consideren necesarios. Tal certificado quedará nulo y sin valor desde la fecha en que el asegurado deje de estar comprendido en el seguro.

El pago de las primas estará a cargo del Tomador en 2/3 partes de las primas y del Asegurado en 1/3 parte de las mismas.

Artículo 10°

Beneficiarios

Cada asegurado designara en su Solicitud individual en oportunidad de incorporarse al seguro, al o a los beneficiarios del mismo. 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 17418.

Si algunos de los beneficiarios falleciera al mismo tiempo que el asegurado se repartirá entre los demás beneficiarios si los hubiese, en la proporción de sus propias asignaciones.

Cuando se designa a los herederos, se entiende los que por ministerio de la 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 el asegurado no designe beneficiario o por cualquier causa la designación resulte ineficaz o quede sin efecto, se entenderá que designó a sus herederos.

Los asegurados menores de edad mayores de 14 años, no podrán efectuar designación de beneficiario. En caso de muerte, el importe del seguro se hará efectivo al padre o madre, en ese orden excluyente, en ejercicio de la patria potestad, previa manifestación, por parte de estos de la inexistencia de personas con mejor derecho hereditario.

Los adherentes menores de edad mayores de 18 años, solo podrán instituir como beneficiarios a sus ascendentes, descendientes, cónyuges o hermanos a su cargo.

Los beneficiarios designados podrán ser sustituidos en cualquier momento mediante el formulario que a tal efecto provea la Compañía. El cambio de beneficiario tendrá efecto desde la fecha en que el asegurado hubiese suscrito la correspondiente comunicación, salvo que la Compañía por desconocimiento de ello, ya hubiese indemnizado el siniestro al o los beneficiarios nombrados en la documentación en su poder. Si a la fecha de fallecimiento del asegurado no existiese beneficiario designado o si habiéndolo, este hubiera fallecido antes que el asegurado, el importe del seguro, que se distribuirá conforme a las cuotas hereditarias, será pagadero a los herederos legales del asegurado, si este no hubiese otorgado testamento, si lo hubiere otorgado se tendrá por designados a los herederos instituidos.

Igual temperamento será aplicado cuando por cualquier causa, la designación se hiciere ineficaz o quedare sin efecto.

Queda aclarado que siempre que el beneficio se liquide a los herederos, el seguro se considerara como si fuera bien ganancial.

Artículo 11°

Rescisión de esta póliza

Además de otras causas de rescisión previstas en las presentes condiciones, Tanto la Compañía como el Contratante se reserva el derecho de rescindir en cualquier momento la presente póliza mediante aviso por escrito con una anticipación no menor a UN(1)mes.

En estos casos, la Compañía procederá a la devolución de la parte proporcional de primas correspondientes a los períodos posteriores a la fecha de rescisión o al cobro de primas adeudadas si así correspondiere.

Artículo 12°

Beneficio de incapacidad Total y Permanente

De cubrir la presente póliza el beneficio por el riesgo de incapacidad Total y Permanente, tal cobertura estará sujeta a las estipulaciones que se establecen en cláusula separada, la que formará parte integrante de las presentes Condiciones Generales.

Artículo 13°

Rescisión de los Certificados Individuales

Los seguros individuales quedarán rescindidos y sin valor alguno en los siguientes casos:

- 1) Por dejar de estar al servicio del Contratante, no deseando continuar asegurado.
- 2) Por cancelación de la presente póliza, salvo lo previsto en el artículo 10°
- 3) Por falta de pago de primas en los casos estipulados en los artículos 8° y 10°;
- 4) Por haberle sido otorgado el beneficio por incapacidad total y permanente, cuando dicha cobertura estuviera contemplada por la presente póliza. Los casos previstos en



los incisos 1) y 2), deberán ser comunicados por el Contratante en los formularios que se proveen a tal efecto, dentro de los TREINTA (30) días corridos desde la fecha en la cual se produjeron dichos eventos. La rescisión de los certificados individuales se operará al término del período por el cual se hubieran descontado primas. La vigencia de los mismos no se verá suspendida cuando a los asegurados, aún encontrándose en uso de licencia por enfermedad, se les hubiera retenido primas.

Asimismo, cuando la suspensión al servicio del Contratante obedeciera a otros motivos, se mantendrá la cobertura por un máximo de TRES (3) meses contados a partir de la fecha de inicio de la suspensión, siempre que se hubieran abonado las primas pertinentes. Vencido dicho plazo, quedará automáticamente excluido de la póliza.

Artículo 14°

Pruebas de fallecimiento

Recibida la comunicación por parte del Contratante del fallecimiento de algún asegurado, la Compañía, luego de presentado el certificado de defunción y cualquier otra constancia que correspondiera exigir según la causa de la muerte, abonará el importe del seguro según lo establecido en el artículo 11° de las presentes condiciones.

Si con motivo del fallecimiento del asegurado, o, por cualquier otra causal, se verificara que la edad declarada por el mismo resultara menor que la real, o que el dato que generó el capital no fuere correcto, la Compañía podrá reajustar el capital asegurado, con arreglo a la real situación comprobada, al importe que le asigne la escala de capitales detallada en las Condiciones Particulares.

Artículo 15°

Riesgos no cubiertos

La presente póliza está exenta de toda restricción respecto de la residencia, ocupación y viajes del asegurado, pero no cubre los siguientes riesgos:

- 1) Los derivados de guerra que no comprenda a la Nación Argentina. En caso de guerra que la comprenda, las obligaciones tanto de parte de la Compañía como de los asegurados se regirán por las normas que para tal emergencia se dicten.

- 2) Similar tratamiento al establecido en el inciso anterior merecerán los riesgos derivados de terremotos, epidemias y otras catástrofes.
- 3) Los que provengan de la participación de los asegurados en empresa criminal o por aplicación legítima de la pena de muerte.
- 4) La participación de los asegurados como conductores o integrantes de equipos de competencia, terrestres, marítimos o aéreos, mecánicos o de tracción a sangre.
- 5) Intervención en la prueba de prototipos de aviones, automotores, u otros vehículos de propulsión mecánica.
- 6) La práctica de la aviación, salvo como pasajero en líneas regulares de vuelo.
- 7) Suicidio voluntario ,salvo que haya estado ininterrumpidamente asegurado por esta póliza por lo menos UN (1) año antes del hecho.

Artículo 16°

Denuncia de otros seguros

Los asegurados que estuvieran comprendidos en otros seguros colectivos contratados en la Compañía, deberán comunicarlo en forma expresa a la misma.

Si tales seguros no fuesen declarados, la Compañía solamente considerará válido el seguro de vida colectivo vigente de mayor capital, y devolverá las primas cobradas de cualquier otro por el período de cobertura superpuestas.

Artículo 17°

Porcentaje mínimo de asegurados

Es condición expresa para que este seguro esté vigente, que el porcentaje de asegurados alcance al 100% de los que se hallen en condiciones de asegurarse.

Si en determinado momento no se reune el porcentaje mencionado, la Compañía se reserva el derecho de rescindir la presente póliza, lo que hará saber por escrito al Contratante con una anticipación mínima de UN (1) mes.

Artículo 18°

Privilegio en caso de servicio militar

El asegurado que deba cumplir el servicio militar en tiempo de paz, proseguirá en el seguro, siempre que se continuaren abonando las primas respectivas, en el tiempo y forma que se establecen en las presentes condiciones.

Si no se acogiera a este privilegio, podrá solicitar su reincorporación, dentro del plazo de TREINTA (30) días desde su reintegro al servicio del Contratante.

Artículo 19°

Intervención del Contratante Son obligaciones del Contratante:

- 1) Comunicar a la Compañía en los formularios que ésta suministre el fallecimiento de cualquier asegurado, dejando expresa constancia de las diferencias que comprobare en la edad declarada por el mismo;
- 2) Certificar la exactitud de los datos contenidos en las solicitudes individuales de cada asegurado;
- 3) Remitir mensual y regularmente las altas y bajas del personal asegurado y comunicar toda otra variante atinente al seguro, enviando la documentación correspondiente;
- 4) Proporcionar a la Compañía toda información que ésta le requiera con motivo de la aplicación del seguro;
- 5) Practicar el descuento de las primas e ingresar en tiempo y forma el importe de las mismas.
- 6) Hacer saber a la Compañía cualquier cambio de razón social o domicilio. A los efectos señalados en los precedentes apartados, el Contratante deberá remitir en cada caso a la Compañía la documentación pertinente debidamente diligenciada.

Artículo 20°

Responsabilidad del Contratante

La falta de incorporación de las personas comprendidas obligatoriamente en el presente seguro, así como las inclusiones indebidas u otras anomalías ajenas a la intervención de la Compañía, hará que ésta quede exenta de toda obligación respecto del correspondiente seguro.

Artículo 21°

Veracidad de las Declaraciones

La veracidad de las declaraciones suscriptas por el Contratante y las contenidas en las fichas individuales de los asegurados constituye la condición de validez de esta póliza.

Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Contratante y/o los asegurados, aún hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o la aceptación de los seguros individuales o modificado sus condiciones, si la Compañía hubiese sido cerciorada del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato; en tal caso la devolución de primas regirá por las disposiciones legales vigentes. Cuando la reticencia o falsedad sólo es imputable a una persona asegurada o a parte del núcleo total asegurado, la Compañía podrá rescindir íntegramente el contrato si no lo hubiese celebrado en las mismas condiciones respecto de las restantes personas aseguradas. Si la Compañía ejerce su derecho de rescindir el contrato respecto de una parte de las personas aseguradas, el Contratante podrá rescindir en lo restante. En ese caso, corresponderá en cuanto a la prima, aplicar las disposiciones del artículo 41 de la Ley 17418.

Cuando la reticencia no dolosa es alegada en el plazo de TRES (3) meses de haber conocido la reticencia o falsedad, la Compañía, a su exclusivo juicio, podrá anular el contrato restituyendo la prima percibida con deducción de los gastos, o reajustarla con la conformidad del Contratante al verdadero estado del riesgo. Si la nulidad fuere perjudicial para los asegurados y siempre que el contrato fuese reajutable a juicio de los peritos. La Compañía procederá al reajuste de la prima. Si la reticencia fuese dolosa o de mala fe, la Compañía tiene derecho al cobro de las primas de los períodos transcurridos y del período en cuyo transcurso invoque la reticencia o falsa declaración. En cualesquiera de ambos casos, de ocurrir un siniestro durante el plazo para impugnar, la Compañía no adeuda prestación.

Si la reticencia no fuere dolosa, y se alegase en el plazo establecido después de ocurrido el siniestro, la Compañía reducirá la prestación debida. En los casos de reticencia en que corresponda el reajuste aludido en el párrafo 4° del presente

artículo, la diferencia deberá ser pagada dentro del mes de comunicada al Contratante.

Artículo 22°

Impuestos, Tasas y Contribuciones

Los impuestos, tasas y contribuciones de cualquier índole y jurisdicción existentes que se crearan en lo sucesivo, o los eventuales aumentos de los siguientes, estarán a cargo del Contratante o de los asegurados, según el caso, salvo cuando la Ley los declare expresamente a cargo exclusivo del asegurador.

Artículo 23°

Disposiciones complementarias

En todos los artículos de la presente póliza donde se cite "al servicio del Contratante" deberá entenderse que el asegurable o asegurado no se encuentre en uso de licencia por enfermedad, con o sin percepción de haberes, no con goce de licencia sin sueldo por cualquier otra causa.

Artículo 24°

En los casos de licencia sin sueldo durante el período de conservación del puesto que establece la Ley N° 20744 y sus modificaciones, las primas del seguro, siempre que el Contratante no las continúe abonando, serán descontadas en ocasión de volver el asegurado a percibir sueldo, sea al vencimiento del período legal, sea antes de su expiración y con efecto retroactivo al último descuento realizado anteriormente. Si durante el período de licencia sin sueldo se produjera un siniestro, la Compañía reconocerá la indemnización debida, previa deducción del importe de las primas que el asegurado adeudare.

Artículo 25°

La Compañía quedará exenta de toda obligación emergente del seguro en los casos en que el Contratante no cumpla los requisitos previstos en el artículo 21°.

Artículo 26°

Forman parte integrante de este contrato de póliza, la solicitud de Seguro de Vida Colectivo presentada por el Contratante, la nómina del personal asegurado y las solicitudes individuales de incorporación.

Artículo 27°

La presente póliza y los certificados de incorporación son intransferibles. Por lo tanto, cualquier cesión se considerará nula y sin valor.

Artículo 28°

Los capitales asegurados que de conformidad con lo establecido en las presentes condiciones estén sujetos a un plazo de carencia, con primas pagas y sin cobertura de riesgo, no serán liquidados, en caso de ocurrir el siniestro del asegurado, durante ese período, corresponde únicamente la devolución de las primas que hubieran sido abonadas para cubrir dicho período.

Los siniestros que tuvieren su origen en un accidente interrumpirán el plazo de carencia, reconociéndose el pago del capital asegurado.

Artículo 29°

Los capitales asegurados que en lo futuro se establezcan en reemplazo de los fijados en la escala de las Condiciones Particulares, deberán ajustarse a las disposiciones contenidas en el artículo 6° de las presentes condiciones, salvo que en oportunidad de establecer nuevos montos, se fijen estipulaciones que difieran de las vigentes.

Artículo 30°

Cuando no se puedan aportar las constancias del deceso del asegurado, por no haberse podido inscribir el fallecimiento en el organismo competente, en razón de que la desaparición del asegurado sólo permite presumir su muerte como consecuencia de accidente, incendio, naufragio u otros sucesos semejantes, así como también por homicidio o su intento, derivados de actos de terrorismo y/o extremismo, y no existiera fallo judicial al respecto, las personas con derecho al seguro deberán suministrar los siguientes elementos:

- 1) Testimonio del suceso que afectó al asegurado, mediante las referencias del sumario que se haya instruido ante autoridad competente y copia autenticada de la resolución recaída al respecto. De las constancias obrantes en esa documentación deberá resultar fehacientemente acreditado el accidente, desastre u homicidio por actos de terrorismo y/o extremismo y la simultánea desaparición del asegurado a consecuencia del suceso y

2) Constituir fianza a satisfacción de la Compañía.

Una vez reunidos los antecedentes que correspondan para liquidar el siniestro y, hallados estos de conformidad, la Compañía abonará el capital vigente a la fecha de la desaparición o de la muerte, si esta última fuera establecida judicialmente.

Si se hubieran abonado primas con posterioridad a la fecha de la desaparición o de la muerte establecida judicialmente, según sea el caso, la Compañía estará obligada sólo a su devolución.

Artículo 31°

Todos los plazos de días indicados en la presente póliza se computarán corridos.

Artículo 32°

El empleador o personas que componen la firma o entidad, así como el personal no comprendido obligatoriamente en el seguro, podrán - siempre que lo hagan en su totalidad y a la fecha de iniciación del contrato - incorporarse a la póliza en las mismas condiciones requeridas para el personal beneficiado por el seguro.

Si la adhesión se manifestase con posterioridad a la vigencia inicial de la póliza, se considerarán como pedidos individuales y comenzarán a regir a partir del día primero del mes siguiente a aquél en que se reciba en la Compañía la documentación de ingreso estipulada en el artículo 5°, pero estarán sujetas a un plazo de carencia de SEIS (6) meses - contados desde su vigencia - con primas pagas y sin cobertura de riesgo.

Artículo 33°

Las acciones emergentes de esta póliza prescriben en el plazo de un año, computado desde que la correspondiente obligación es exigible. Cuando la prima deba pagarse en cuotas, la prescripción para su cobro se computa a partir del vencimiento de la última cuota. En caso de no existir pago alguno, se computará desde que la Compañía intime el pago.

Artículo 34°

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

Artículo 35°

Este seguro subsistirá independientemente de cualquier otro régimen de previsión (seguros, subsidios, etc.) que el Contratante tuviera en vigor en beneficio de su personal.

Artículo 36°

Para toda cuestión judicial de cualquier naturaleza que pudiera suscitarse con motivo de la presente póliza, las partes se someten a la jurisdicción de los Tribunales Federales de la Capital Federal.

Artículo 37°

El plazo de prescripción para el beneficio se computará desde que conoce la existencia del beneficio, pero en ningún caso excederá de TRES (3) años desde el siniestro.

IMPORTANTE: En caso de existir una indemnización, sea este el Asegurado o Tomador, o una persona distinta a estos, deberá informar al Asegurador los datos requeridos según Res. N° 30.581 de SSN.

Seguro de Vida Colectivo - Condiciones Generales Contrato de Trabajo

Artículo 1°

Ley entre las Partes

Las partes contratantes se someten a las disposiciones de la Ley de Seguros N° 17418 y a las de la presente póliza que la complementan o modifican.

En caso de discrepancia entre las Condiciones Generales y las Particulares, se estará a lo que dispongan éstas últimas.

Los derechos y obligaciones que la póliza acuerda al Contratante y a las personas amparadas por este seguro, comienzan en las fechas designadas en las



Condiciones Particulares.

Artículo 2°

Carácter y Objeto del Seguro

El presente seguro es de carácter obligatorio y tiene por objeto cubrir las obligaciones emergentes de los artículos 212 y 248 de la ley N° 21297 modificatoria de la Ley N° 20744 de Contrato de Trabajo, en cuanto a la suma que corresponde indemnizar en los casos de muerte e incapacidad total, permanente y absoluta del empleado.

Artículo 3°

Personas Aseguradas

Reviste carácter de asegurable la totalidad de las personas en relación de dependencia con el Contratante, con percepción regular de haberes y con una antigüedad no menor de TRES (3) meses.

Las citadas estipulaciones constituyen los "requisitos de asegurabilidad" indispensables para todos los efectos de esta póliza.

Artículo 4°

Fecha de Incorporación Individual al Seguro

Deberán incorporarse al seguro la totalidad de las personas que, a la fecha de vigencia de esta póliza, se hallen comprendidas en las estipulaciones del Artículo precedente.

Las personas que a la fecha de vigencia de esta póliza no tengan la antigüedad requerida en el artículo 3° de las presentes condiciones, quedarán incluidas en el seguro a partir del día siguiente a aquel en que alcancen esa antigüedad.

Artículo 5°

Forma de solicitar la incorporación al seguro

Las personas que en lo futuro se incorporen al servicio del contratante quedaran automáticamente incluidas en el seguro siempre que revistan carácter de asegurables, a partir del día siguiente a aquel en que cumplan tres (3) meses al servicio del Contratante. En todos los casos, cualquiera fuera el día de inclusión en el seguro, se abonaran íntegramente las primas correspondientes al mes de la

incorporación.

Artículo 6°

Requisitos de Incorporación al Seguro

Todas las personas que se incorporen a la presente póliza, tanto a la fecha de su vigencia como posteriormente, confeccionaran una "solicitud individual" en el formulario que proporciona la Compañía a tal efecto. Dicha solicitud, junto con el pedido de "alta" respectivo, deberá obrar en poder de la Compañía dentro del plazo de TREINTA (30) días a contar desde la fecha en que el solicitante reúna los requisitos de asegurabilidad, vencido el citado plazo, la incorporación al seguro se operará a partir del primero del mes siguiente de recibida dicha alta.

Artículo 7°

Capital Asegurado

Todos los asegurados comprendidos en la presente póliza, tanto los incorporados a la fecha de su vigencia, como los que ingresen en lo futuro, estarán amparados por un capital individual que se determinará teniendo en cuenta la antigüedad y el sueldo del empleado, debiendo comunicarse a la Compañía las variaciones que se produzcan con el fin de mantener actualizados los valores, pues en caso de siniestro se abonara la suma asegurada que figure en los registros.

El capital asegurado para el caso de muerte, se duplicará en caso de Incapacidad Total Permanente y Absoluta, en los términos de los artículos 212 y 245 de la Ley N° 21297, modificatoria de la Ley N° 20744.

El plazo para el pago del beneficio será dentro de los 15 días de notificado el siniestro o de acompañada, en caso de corresponder, la información complementaria a solicitar en un todo de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 46, párrafos segundo y tercero de la Ley Nro. 17418.

Primas del seguro

La prima media inicial por mil inserta en las Condiciones Particulares de esta póliza se aplicará sin ninguna discriminación de edades, a los asegurados actuales o a los que se incorporen en el primer año de vigencia. Dicha prima media se determinará aplicando la tarifa correspondiente de la Compañía y será ajustada anualmente, comunicándose por escrito al Contratante el importe resultante, a los efectos de su aplicación con una anticipación no menor de un mes al próximo aniversario de

póliza.

Artículo 9°

Pago de las Primas

Las primas de este seguro son pagaderas por adelantado a contar desde la celebración del contrato, debiendo ser abonadas por intermedio del Contratante contra entrega de la póliza, certificado o instrumento provisional de cobertura, por el período establecido, conforme a lo pactado en las Condiciones Particulares. El importe de las mismas resulta de multiplicar la prima media por el total de los capitales asegurados vigentes y por el período que cubran. En el caso de que las primas no se pagaran contra entrega de la póliza, su pago quedará sujeto a las condiciones y plazos que establezca la Compañía a tal efecto.

Si el pago de las primas no se efectuara oportunamente, la Compañía no será responsable por los siniestros que se produjeran. En el supuesto del párrafo segundo y en defectibilidad del Contratante, la Compañía podrá rescindir el contrato con un plazo de denuncia de UN (1) mes. La rescisión no se producirá si la prima es pagada antes del vencimiento del plazo de denuncia.

La Compañía no será responsable por el siniestro ocurrido durante el plazo de denuncia, después de dos días de notificada la opción de rescindir. Cuando la rescisión se produzca por mora en el pago de las primas, la Compañía tendrá derecho al cobro de las primas del período en curso. Las primas del seguro se devengarán por un período completo, cualquiera fuera el día en que por siniestro o egreso se produzca la baja del asegurado. Las personas que se incorporen al seguro con posterioridad a la fecha de vigencia de esta póliza, deberán abonar por adelantado las primas correspondientes al mes de su incorporación, si el pago fuera mensual, o las correspondientes al lapso comprendido entre el mes de su incorporación y la finalización del período establecido para el pago de primas. Idéntico procedimiento se observará en los casos en que el asegurado incremente su capital individual.

Para el pago de las primas posteriores se acuerda un plazo de gracia de TREINTA (30) días corridos desde la fecha de vencimiento fijada en las Condiciones Particulares de esta póliza, lapso durante el cual la misma mantendrá su plena vigencia.

Si la prima no fuera abonada en ese lapso, la póliza caducará por ese solo hecho, debiendo el Contratante abonar la prima corrida hasta el vencimiento del plazo de gracia.

Artículo 10°

Certificados de Incorporación al Seguro

La Compañía emitirá a nombre de cada asegurado un "Certificado de Incorporación", en el que constarán los beneficios a que tiene derecho, como asimismo, aquellos datos que se consideren necesarios.

Tal certificado quedará nulo y sin valor alguno desde la fecha en que el asegurado deje de estar comprendido en el seguro.

Artículo 11°

Beneficiarios

Serán beneficiarios de este seguro en primer término el Contratante por el importe que el mismo esté obligado a abonar en virtud de las disposiciones contenidas en la Ley N° 21297 modificatoria de la Ley N° 20744 (arts. 212 y 248), hasta la concurrencia del capital asegurado cuyas primas estén a su cargo, y en segundo término, de existir remanente del importe asegurado no afectado por la designación anterior, los derechos habientes del asegurado. Si el importe del seguro fuese inferior al importe a abonar, la diferencia será soportada por el Contratante.

Artículo 12°

Rescisión de esta póliza

Además de otras causas de rescisión previstas en las presentes condiciones, tanto la Compañía como el Contratante se reservan el derecho de rescindir en cualquier momento la presente póliza mediante aviso por escrito con una anticipación no menor de UN(1)mes. En estos casos, la Compañía procederá a la devolución de la parte proporcional de primas correspondientes a los períodos posteriores a la fecha de rescisión o al cobro de primas adeudadas si así correspondiere.

Artículo 13°

Rescisión de los Certificados Individuales

Los seguros individuales quedarán rescindidos y sin valor alguno en los siguientes casos:

1. Por dejar de estar al servicio del Contratante.
2. Por cancelación de la presente póliza.
3. Por falta de pago de primas en los casos estipulados en el artículo 9°.
4. Por haberle sido otorgado el beneficio por incapacidad total y permanente.

El caso previsto en el inciso 1 deberán reflejarse en el listado analítico de cartera, dentro de los TREINTA (30) días corridos desde la fecha en la cual se produjeron dichos eventos. La rescisión de los certificados individuales se operará al término del período por el cual se hubieran descontado primas.

Artículo 14°

Pruebas de fallecimiento

Recibida la comunicación por parte del Contratante del fallecimiento de algún asegurado, la Compañía, luego de presentado el certificado de defunción y cualquier otra constancia que correspondiera exigir según la causa de la muerte, abonará el importe del seguro según lo establecido en el artículo 11° de las presentes condiciones.

Si con motivo del fallecimiento del asegurado, o, por cualquier otra causal, se verificara que la edad declarada por el mismo resultara menor que la real, o que el dato que generó el capital no fuere correcto, la Compañía podrá reajustar el capital asegurado, con arreglo a la real situación comprobada, al importe que le asigne la escala de capitales detallada en estas Condiciones.

Artículo 15°

Riesgos no cubiertos

La presente póliza está exenta de toda restricción respecto de la residencia, ocupación y viajes del asegurado, pero no cubre los siguientes riesgos:

1. Los derivados de guerra que no comprenda a la Nación Argentina. En caso de guerra que la comprenda, las obligaciones tanto de parte de la Compañía como de los asegurados se regirán por las normas que para tal emergencia se dicten.

2. Catástrofes naturales que afecten a la población masivamente, y acontecimientos catastróficos originados por la energía atómica.

3. Los que provengan de la participación de los asegurados en empresa criminal o por aplicación legítima de la pena de muerte.

4. La participación de los asegurados como conductor o integrante de equipos de competencia, terrestre, marítima o aérea, mecánica o de tracción a sangre.

5. Intervención en la prueba de prototipos de aviones, automotores, u otros vehículos de propulsión mecánica.

6. La práctica de la aviación, salvo como pasajero en líneas regulares de vuelo.

7 Suicidio voluntario , salvo que haya estado ininterrumpidamente asegurado por esta póliza por lo menos UN (1) año antes del hecho.

Artículo 16°

Denuncia de otros seguros

Los asegurados que estuvieran comprendidos en otros seguros colectivos

contratados en la Compañía, deberán comunicarlo en forma expresa a la misma.

Si tales seguros no fueran declarados, la Compañía solamente considerará válido el seguro de vida colectivo vigente de mayor capital, y devolverá las primas cobradas de cualquier otro por el período de cobertura superpuestas.

Artículo 17°

Intervención del Contratante Son obligaciones del Contratante:

1. Comunicar a la Compañía en los formularios que ésta suministre el fallecimiento de cualquier asegurado, dejando expresa constancia de las diferencias que comprobare en la edad declarada por el mismo;



2. Certificar la exactitud de los datos contenidos en las solicitudes individuales de cada asegurado;
3. Comunicar mensual y regularmente las altas y bajas del personal asegurado y toda otra variante atinente al seguro, enviando la documentación correspondiente;
4. Proporcionar a la Compañía toda información que ésta le requiera con motivo de la aplicación del seguro;
5. Practicar el descuento de las primas e ingresar en tiempo y forma el importe de las mismas.
6. Hacer saber a la Compañía cualquier cambio de razón social o domicilio.

A los efectos señalados en los precedentes apartados, el Contratante deberá remitir en cada caso a la Compañía la documentación pertinente debidamente diligenciada.

Artículo 18°

Responsabilidad del Contratante

La falta de incorporación del personal al presente seguro, así como las inclusiones indebidas u otras anomalías ajenas a la intervención de la Compañía, hará que ésta quede exenta de toda obligación respecto del correspondiente seguro.

Artículo 19°

Veracidad de las Declaraciones

La veracidad de las declaraciones suscriptas por el Contratante constituye la condición de validez de esta póliza.

Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Contratante y/o los asegurados, aún hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o la aceptación de los seguros individuales o modificado sus condiciones, si la Compañía hubiese sido cerciorada del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato; en tal caso la devolución de primas regirá por las disposiciones legales vigentes. Cuando la reticencia o falsedad sólo es imputable a una persona asegurada o a parte del núcleo total asegurado, la

Compañía podrá rescindir íntegramente el contrato si no lo hubiese celebrado en las mismas condiciones respecto de las restantes personas aseguradas. Si la Compañía ejerce su derecho de rescindir el contrato e una parte de las personas aseguradas, el Contratante podrá rescindir en lo restante. En ese caso, corresponderá en cuanto a la prima, aplicar las disposiciones del artículo 41 de la Ley 17418.

Cuando la reticencia no dolosa es alegada en el plazo de TRES (3) meses de haber conocido la reticencia o falsedad, la Compañía, a su exclusivo juicio, podrá anular el contrato restituyendo la prima percibida con deducción de los gastos, o reajustarla con la conformidad del Contratante al verdadero estado del riesgo. Si la nulidad fuere perjudicial para los asegurados y siempre que el contrato fuese reajutable a juicio de los peritos. La Compañía procederá al reajuste de la prima. Si la reticencia no fuere dolosa o de mala fe, la Compañía tiene derecho al cobro de las primas de los períodos transcurridos y del período en cuyo transcurso invoque la reticencia o falsa declaración. En cualesquiera de ambos casos, de ocurrir un siniestro durante el plazo para impugnar, la Compañía no adeuda prestación.

Si la reticencia no fuese dolosa, y se alegase en el plazo establecido después de ocurrido el siniestro, la Compañía reducirá la prestación debida. En los casos de reticencia en que corresponda el reajuste aludido en el párrafo 4° del presente artículo, la diferencia deberá ser pagada dentro del mes de comunicada al Contratante.

Artículo 20°

La Compañía quedará exenta de toda obligación emergente del seguro en los casos en que el Contratante no cumpla los requisitos previstos en el artículo 18°.

Artículo 21°

Forman parte integrante de este contrato de póliza, la solicitud de Seguro de Vida Colectivo presentada por el Contratante, la nómina del personal asegurado y las solicitudes individuales de incorporación

Artículo 22°

La presente póliza y los certificados de incorporación son intransferibles. Por lo tanto, cualquier cesión se considerará nula y sin valor.

Artículo 23°



Los capitales asegurados que en lo futuro se establezcan en reemplazo de los fijados en la escala de las Condiciones Particulares, deberán ajustarse a las disposiciones contenidas en el artículo 7° de las presentes condiciones, salvo que en oportunidad de establecer nuevos montos, se fijen estipulaciones que difieran de las vigentes.

Artículo 24°

Cuando no se puedan aportar las constancias del deceso del asegurado, por no haberse podido inscribir el fallecimiento en el organismo competente, en razón de que la desaparición del asegurado sólo permita presumir su muerte como consecuencia de accidente, incendio, naufragio u otros sucesos semejantes, así como también por homicidio o su intento, derivados de actos de terrorismo y/o extremismo, y no existiera fallo judicial al respecto, las personas con derecho al seguro deberán suministrar los siguientes elementos:

1. Testimonio del suceso que afectó al asegurado, mediante las referencias del sumario que se haya instruido ante autoridad competente y copia autenticada de la resolución recaída al respecto. De las constancias obrantes en esa documentación deberá resultar fehacientemente acreditado el accidente, desastre u homicidio por actos de terrorismo y/o extremismo y la simultánea desaparición del asegurado a consecuencia del suceso, y

2. Constituir fianza a satisfacción de la Compañía.

Una vez reunidos los antecedentes que correspondan para liquidar el siniestro y, hallados estos de conformidad, la Compañía abonará el capital vigente a la fecha de la desaparición o de la muerte, si esta última fuera establecida judicialmente.

Si se hubieran abonado primas con posterioridad a la fecha de la desaparición o de la muerte establecida judicialmente, según sea el caso, la Compañía estará obligada sólo a su devolución.

Artículo 25°

Los impuestos, tasas y contribuciones de cualquier índole y jurisdicciones existentes que se crearan en lo sucesivo, o los eventuales aumentos de los siguientes, estarán a cargo del Contratante o de los asegurados, según el caso, salvo cuando la ley los declare expresamente a cargo exclusivo del asegurador.

Artículo 26°

Todos los plazos de días indicados en la presente póliza se computarán corridos.

Artículo 27°

Las acciones emergentes de esta póliza prescriben en el plazo de un año, computado desde que la correspondiente obligación es exigible. Cuando la prima deba pagarse en cuotas, la prescripción para su cobro se computa a partir del vencimiento de la última cuota. En caso de no existir pago alguno, se computará desde que la Compañía intime el pago.

Artículo 28°

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

Artículo 29°

Para toda cuestión judicial de cualquier naturaleza que pudiera suscitarse con motivo de la presente póliza, las partes se someten a la jurisdicción de los Tribunales Federales de la Capital Federal.

Artículo 30°

El plazo de prescripción para el beneficio se computará desde que conoce la existencia del beneficio, pero en ningún caso excederá de TRES (3) años desde el siniestro.

IMPORTANTE: En caso de existir una indemnización, sea este el Asegurado o Tomador, o una persona distinta a estos, deberá informar al Asegurador los datos requeridos según Res. N° 30.581 de SSN.

Cláusula 1

Beneficio de Incapacidad Total y Permanente por enfermedad

Artículo 1°

Riesgo Cubierto



A) La Compañía concederá el beneficio que acuerda esta cláusula al asegurado cuyo estado de incapacidad total y permanente, como consecuencia de enfermedad, no le permita desempeñar por cuenta propia o en relación de dependencia cualquier actividad remunerativa, siempre que tal estado haya continuado ininterrumpidamente por TRES (3) meses como mínimo, se hubiera producido después de su incorporación individual, durante la vigencia de su seguro, mientras la persona integre el grupo respectivo y no haya terminado de cancelar las cuotas puras pendientes de pago y/o los importes que por otros conceptos se hubieren convenido como integrantes del capital individual antes de cumplir los SESENTA Y SEIS (66) años de edad, así como que hubiere satisfecho las demás condiciones y requisitos que se estipulan, la Compañía, previa comprobación y aceptación de la aludida incapacidad, abonará a partir de ese momento, el capital asegurado en una sola cuota. Se excluyen expresamente los casos que afecten al asegurado en forma parcial y/o temporal.

B) Sin perjuicio de otras causas, la Compañía reconocerá como casos de incapacidad total y permanente los siguientes:

C) La pérdida de la vista de ambos ojos de manera total e irrecuperable por tratamiento médico o quirúrgico.

D) La amputación o incapacidad completa de ambas manos arriba de las muñecas, o de ambos pies arriba de los tobillos, o de un pie y una mano completa.

E) La enajenación mental incurable.

F) La parálisis general.

Artículo 2°

Carácter del beneficio

El beneficio acordado por incapacidad es sustitutivo del capital asegurado que debiera liquidarse en caso de muerte del asegurado, de modo que, con el pago efectuado la Compañía queda liberada de cualquier otra obligación respecto de dicho asegurado. Si éste falleciera antes de percibir la indemnización, la Compañía abonará el importe pertinente bajo las condiciones previstas en la póliza para el caso de muerte.

Artículo 3°

Comprobación de incapacidad

La comprobación de la incapacidad estará a exclusivo cargo de la Compañía. A ese efecto el asegurado deberá:

A) Denunciar por escrito la existencia de la incapacidad, por intermedio del Contratante, acompañando las constancias probatorias de sus comienzos y causas, y

B) Satisfacer los requisitos médicos que se le requieran con intervención de los facultativos designados por la Compañía. Si no hubiere acuerdo entre las partes sobre la apreciación de la invalidez del Asegurado, la misma será analizada por dos médicos, designados uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los 8 días de su designación a un tercer facultativo para el caso de divergencia.

Artículo 4°

Indemnizaciones

Queda establecido que una vez comprobada la incapacidad total y permanente conforme a lo estipulado a los puntos 1° a) y 3°a) precedentes, la Compañía reconocerá el capital asegurado vigente a la fecha en que haya quedado incapacitado.

Artículo 5°

Insania

En caso de incapacidad total y permanente por insania, la Compañía pagará al curador designado judicialmente el importe de la indemnización en una sola cuota.

Artículo 6°

Baja en el Seguro

La baja del asegurado operará automáticamente a partir del día primero del mes siguiente al de la liquidación del siniestro efectuada por la Compañía.

Artículo 7°

Rehabilitación en el Seguro

Si luego de haberse abonado el capital con arreglo a lo previsto en el punto 4° precedente, el ex asegurado se reintegrará al trabajo con concurrencia efectiva a sus tareas y percepción de haberes normales y regulares, podrá solicitar la rehabilitación de su seguro únicamente por el riesgo de muerte. En tal caso, previa

comprobación de la desaparición de la incapacidad y aceptación de la Compañía, se reanudará el pago de primas.

Artículo 8°

Riesgos no Cubiertos

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

- a) Tentativa de suicidio o culpa grave del Asegurado;
- b) Duelo, riña, salvo que se tratase de legítima defensa; huelga o tumulto popular en que hubiese participado como elemento activo; revolución o empresa criminal;
- c) Abuso de alcohol, drogas o narcóticos;
- d) Participar como conductor o integrante de equipo en competencia de pericia y/o velocidad, con vehículos de tracción a sangre o mecánicos, o en justas hípicas (salto de vallas o carreras con obstáculos);
- e) Intervenir en la prueba de prototipos de automóviles, aviones u otros vehículos de tracción mecánica;
- f) Inhalación de gases o envenenamiento de cualquier naturaleza;
- g) Operación quirúrgica no motivada por accidente;
- h) Fenómenos sísmicos, huracanes.
- i) Actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por ninguna necesidad profesional, salvo en casos de tentativa de salvamento de vidas o bienes.
- j) Acontecimientos catastróficos originados por la energía atómica;
- k) Acciones de guerra, declarada o no, dentro o fuera del país;



l) Práctica o uso de la aviación, salvo como pasajero en servicios de transporte aéreo regular;

m) Intervenir en otras ascensiones aéreas o en operaciones o viajes submarinos.

Artículo 9°

Terminación de la cobertura

La cobertura del riesgo de incapacidad total y permanente, prevista en esta cláusula, cesará para cada certificado, 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 SEIS (66) años de edad.

C) Al concluir la cancelación de cuotas puras y de los importes que se hubieren convenido como integrantes del capital individual.

Cláusula 2

Beneficio de Incapacidad Total y Permanente por Accidente

Artículo 1°

Riesgo Cubierto

a) La Compañía concederá el beneficio que acuerda esta cláusula al asegurado cuyo estado de incapacidad total y permanente, como consecuencia de accidente, no le permita desempeñar por cuenta propia o en relación de dependencia cualquier actividad remunerativa, siempre que tal estado haya continuado ininterrumpidamente por TRES (3) meses como mínimo, se hubiera producido después de su incorporación individual, durante la vigencia de su seguro, mientras la persona integre el grupo respectivo y no haya terminado de cancelar las cuotas puras de pago y/o los importes que por otros conceptos se hubieren convenido como integrantes del capital individual antes de cumplir los SESENTA Y SEIS (66) años de edad, así como que hubiere satisfecho las demás condiciones y requisitos que se estipulan, la Compañía, previa comprobación y aceptación de la aludida



incapacidad, abonará a partir de ese momento, el capital asegurado en una sola cuota. Se excluyen expresamente los casos que afecten al asegurado en forma parcial y/o temporal.

b) Sin perjuicio de otras causas, la Compañía reconocerá como casos de incapacidad total y permanente los siguientes:

c) La pérdida de la vista de ambos ojos de manera total e irrecuperable por tratamiento médico o quirúrgico.

d) La amputación o incapacidad completa de ambas manos arriba de las muñecas, o de ambos pies arriba de los tobillos, o de un pie y una mano completa.

e) La enajenación mental incurable.

f) La parálisis general.

Artículo 2°

Carácter del beneficio

El beneficio acordado por incapacidad es sustitutivo del capital asegurado que debiera liquidarse en caso de muerte del asegurado, de modo que, con el pago efectuado la Compañía queda liberada de cualquier otra obligación respecto de dicho asegurado. Si éste falleciera antes de percibir la indemnización, la Compañía abonará el importe pertinente bajo las condiciones previstas en la póliza para el caso de muerte.

Artículo 3°

Comprobación de incapacidad

La comprobación de la incapacidad estará a exclusivo cargo de la Compañía. A ese efecto el asegurado deberá:

A) denunciar por escrito la existencia de la incapacidad, por intermedio del Contratante, acompañando las constancias probatorias de sus comienzos y causas, y

B) satisfacer los requisitos médicos que se le requieran con intervención de los facultativos designados por la Compañía. Si no hubiere acuerdo entre las partes sobre la apreciación de la invalidez del Asegurado, la misma será analizada por dos

médicos, designados uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los 8 días de su designación a un tercer facultativo para el caso de divergencia.

Artículo 4° Indemnizaciones

Queda establecido que una vez comprobada la incapacidad total y permanente conforme a lo estipulado a los puntos 1° a) y 3°a) precedentes, la Compañía reconocerá el capital asegurado vigente a la fecha en que haya quedado incapacitado.

Artículo 5° Insania

En caso de incapacidad total y permanente por insania, la Compañía pagará al curador designado judicialmente el importe de la indemnización en una sola cuota.

Artículo 6° Baja en el Seguro

La baja del asegurado operará automáticamente a partir del día primero del mes siguiente al de la liquidación del siniestro efectuada por la Compañía.

Artículo 7° Rehabilitación en el Seguro

Si luego de haberse abonado el capital con arreglo a lo previsto en el punto 4* precedente, el asegurado se reintegrará al trabajo con concurrencia efectiva a sus tareas y percepción de haberes normales y regulares, podrá solicitar la rehabilitación de su seguro únicamente por el riesgo de muerte. En tal caso, previa comprobación de la desaparición de la incapacidad y aceptación de la Compañía, se reanudará el pago de la prima.

Artículo 8° Riesgos no Cubiertos

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

a) Tentativa de suicidio o culpa grave del Asegurado;

- b) Duelo, riña, salvo que se tratase de legítima defensa; huelga o tumulto popular en que hubiese participado como elemento activo; revolución o empresa criminal;
- c) Abuso de alcohol, drogas o narcóticos;
- d) Participar como conductor o integrante de equipo en competencia de pericia y/o velocidad, con vehículos de tracción a sangre o mecánicos, o en justas hípicas (salto de vallas o carreras con obstáculos);
- e) Intervenir en la prueba de prototipos de automóviles, aviones u otros vehículos de tracción mecánica;
- f) Inhalación de gases o envenenamiento de cualquier naturaleza;
- g) Operación quirúrgica no motivada por accidente;
- h) Fenómenos sísmicos, huracanes.
- i) Actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por ninguna necesidad profesional, salvo en casos de tentativa de salvamento de vidas o bienes.
- j) Acontecimientos catastróficos originados por la energía atómica;
- k) Acciones de guerra, declarada o no, dentro o fuera del país;
- l) Práctica o uso de la aviación, salvo como pasajero en servicios de transporte aéreo regular;
- m) Intervenir en otras ascensiones aéreas o en operaciones o viajes submarinos.

Artículo 9°

Terminación de la cobertura

La cobertura del riesgo de incapacidad total y permanente, prevista en esta cláusula, cesará para cada certificado, 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 SEIS (66) años de edad.

C) Al concluir la cancelación de cuotas puras y de los importes que se hubieren convenido como integrantes del capital individual.

Cláusula 3

Indemnización Adicional en Caso de Muerte por Accidente

Artículo 1°

Riesgo Cubierto

La Compañía concederá el beneficio que acuerda ésta cláusula cuando el Asegurado fallezca como consecuencia de lesiones corporales producidas directa y exclusivamente por causas externas violentas y fortuitas, ajenas a toda otra causa e independientes de su voluntad, siempre que el fallecimiento se produzca dentro de los CIENTO OCHENTA (180) días del suceso o accidente antes de que haya cumplido SESENTA Y SEIS (66) años de edad. Se excluye expresamente el fallecimiento que sea consecuencia de enfermedades o infecciones de cualquier naturaleza.

Artículo 2°

Beneficio

La Compañía comprobado el fallecimiento por accidente, abonará al beneficiario instituido un importe igual al capital asegurado.

Artículo 3°

Carácter del beneficio

La indemnización por accidente es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la póliza, en consecuencia, la Compañía no hará, por tal concepto, deducción alguna de la suma asegurada al pagarse cualquiera de ellos, sea por fallecimiento o por invalidez del Asegurado.

Artículo 4°

Riesgos no Cubiertos

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

- a) Tentativa de suicidio o culpa grave del Asegurado;
- b) Duelo, riña, salvo que se tratase de legítima defensa; huelga o tumulto popular en que hubiese participado como elemento activo; revolución o empresa criminal;
- c) Abuso de alcohol, drogas o narcóticos;
- d) Participar como conductor o integrante de equipo en competencia de pericia y/o velocidad, con vehículos de tracción a sangre o mecánicos, o en justas hípcas (salto de vallas o carreras con obstáculos);
- e) Intervenir en la prueba de prototipos de automóviles, aviones u otros vehículos de propulsión mecánica;
- f) Inhalación de gases o envenenamiento de cualquier naturaleza;
- g) Operación quirúrgica no motivada por accidente;
- h) Fenómenos sísmicos, huracanes.
- i) Actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por ninguna necesidad profesional, salvo en casos de tentativa de salvamento de vidas o bienes.
- j) Acontecimientos catastróficos originados por la energía atómica;
- k) Acciones de guerra, declarada o no, dentro o fuera del país;
- l) Práctica o uso de la aviación, salvo como pasajero en servicios de transporte aéreo regular;

m) Intervenir en otras ascensiones aéreas o en operaciones o viajes submarinos.

Artículo 5°

Comprobación del Accidente

Corresponde al beneficiario instituido:

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

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

c) Facilitar cualquier comprobación o aclaración.

Artículo 6°

Terminación de la cobertura

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

a) Al caducar la póliza y/o el certificado individual por cualquier causa.

b) Al producirse la invalidez total y permanente del Asegurado.

c) A partir de la fecha en que el asegurado cumpla SESENTA Y SEIS (66) años de edad.

d) Al retirarse del servicio del Contratante.

Cláusula 4

Indemnización Adicionales por Accidente

Artículo 1°

Riesgos Cubiertos

La Compañía concederá el beneficio que acuerda ésta cláusula cuando el Asegurado sufra las consecuencias de lesiones corporales producidas directa y exclusivamente por causas externas violentas y fortuitas, ajenas a toda otra causa e independientes de su voluntad, experimentadas dentro de los CIENTO OCHENTA (180) días del suceso o accidente, siempre que éste ocurra antes de que haya cumplido SESENTA Y SEIS (66) años de edad. Se excluyen expresamente los casos que sean consecuencia de enfermedades o infecciones de cualquier naturaleza.

Artículo 2° Beneficio

La Compañía comprobado el accidente, abonará al Asegurado o beneficiario instituido el porcentaje del capital asegurado que corresponda de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida, según se establece en la escala siguiente:

Indemnización total

Pérdida de la vida 100%

Perdida de ambas manos o de ambos pies o de la vista de ambos ojos. o de una mano y de un pie, o de una mano y de la vista de un ojo, o de un pie y la vista de un ojo 100%

Estado absoluto e incurable de alienación mental, que no permita al Asegurado ningún trabajo u ocupación, por el resto de su vida 100%

Fractura incurable de la columna vertebral que determine la invalidez total y permanente 100%

Indemnización 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 (pseudoartrosis 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 medio o anular 8% 6%

Pérdida total del dedo meñique 9% 7%

c) Miembros Inferiores

Pérdida total de una pierna 55%

Pérdida total de un pie 40%

Fractura no consolidada de un muslo (pseudoartrosis total) 35%

Fractura no consolidada de una pierna (pseudoartrosis total) 30%

Fractura no consolidada de una rótula 30%

Fractura no consolidada de un pie (pseudoartrosis total) 20%

Anquilosis de cadera en posición no funcional 20%

Anquilosis de rodilla en posición no funcional 30%

Anquilosis de rodilla en posición funcional 15%

Anquilosis de empeine (garganta de pie) en posición no funcional. 15%

Anquilosis de empeine (garganta de pie) en posición funcional 8%

Acortamiento de un miembro inferior de por lo menos 5 cm 15%

Acortamiento de un miembro inferior de por lo menos 3 cm 8%

Pérdida total del dedo gordo de un pie 8%

Pérdida total de otro dedo del pie 4%

Se entiende por pérdida total aquella que tiene lugar por la amputación o por la incapacidad funcional total y definitiva del miembro u órgano lesionado. La pérdida parcial de los miembros u órganos, será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional. La pérdida de la falange de los dedos será indemnizada cuando se ha producido por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponde por pérdida del dedo entero si la falange fuera del dedo pulgar y a la tercera parte por cada falange de cualquier otro dedo. Si la reducción de la respectiva capacidad funcional deriva de pseudoartrosis, la indemnización no podrá exceder de SETENTA (70) por ciento de la que corresponda por la pérdida total de la falange. En caso de constar en la solicitud individual que el Asegurado haya declarado ser zurdo, se invertirán los porcentajes de indemnización fijados por las pérdidas en los miembros superiores.

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 del OCHENTA (80) por ciento o más, se pagará la indemnización máxima prevista por ésta cláusula que es del CIEN (100) por ciento del capital asegurado.

Si las consecuencias de un accidente ya indemnizado se agravaran, durante el transcurso de los CIENTO OCHENTA (180) días siguientes a la fecha del accidente, ocasionarán otra u otras pérdidas o la muerte, el Asegurador pagará cualquier diferencia que pudiera corresponder, sin excederse al máximo de cobertura.

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

Artículo 3°

Carácter del beneficio

Las indemnizaciones por accidente son adicionales e independientes de los demás beneficios previstos en la póliza y, en consecuencia, la Compañía no hará, por tal concepto, deducción alguna de la suma asegurada al pagarse cualquiera de ellos, sea por fallecimiento o por invalidez del asegurado.

Artículo 4°

Riesgos no Cubiertos

Quedan excluidas de la cobertura de esta cláusula los accidentes que sean consecuencias de:

- a) Tentativa de suicidio o culpa grave del Asegurado;
- b) Duelo, riña, salvo que se trate de legítima defensa; huelga o tumulto popular en que hubiese participado como elemento activo; revolución o empresa criminal;
- c) Abuso de alcohol, drogas o narcóticos;
- d) Participar como conductor o integrante de equipo en competencia de pericia y/o velocidad, con vehículos mecánicos o de tracción a sangre, o en justas hípicas (salto de vallas o carreras con obstáculos);
- e) Intervenir en la prueba de prototipos de automóviles, aviones u otros vehículos de propulsión mecánica;

- f) Operación quirúrgica no motivada por accidente;
- g) Actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por ninguna necesidad profesional, salvo en casos de tentativa de salvamento de vidas o bienes.
- h) Acontecimientos catastróficos originados por la energía atómica;
- i) Acciones de guerra, declarada o no, dentro o fuera del país;
- j) Práctica o uso de la aviación, salvo como pasajero en servicios de transporte aéreo regular;
- k) Intervenir en otras ascensiones aéreas o en operaciones o viajes submarinos.
- l) Inhalación de gases o envenenamiento de cualquier naturaleza;
- m) Fenómenos sísmicos, huracanes.

Artículo 5°

Comprobación del Accidente

Corresponde al Asegurado o beneficiario instituido:

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

Artículo 6°

Valuación por peritos

Si en la apreciación de cualquier lesión del Asegurado surgieran divergencias entre su médico y el designado por la Compañía, ambos procederán de inmediato a nombrar un tercero, quien previo examen del Asegurado dictaminará al respecto. De no llegarse a un acuerdo para la designación del tercero éste nombramiento estará a cargo de la autoridad competente en materia de salud.

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

Artículo 7°

Terminación de la cobertura

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

- a) A partir del momento en que el Asegurado haya percibido, por aplicación de esta cláusula, indemnizaciones equivalentes al Capital Asegurado.
- b) Al caducar la póliza y/o el certificado individual por cualquier causa.
- c) Al producirse la invalidez total y permanente del Asegurado.
- d) A partir de la fecha en que el asegurado cumpla SESENTA Y SEIS (66) años de edad.
- e) Al retirarse el empleado del servicio activo del Contratante.

Cláusula 5

Beneficio por Diagnóstico de Enfermedades Graves

Artículo 1°

Riesgos Cubiertos

El Asegurador concederá el beneficio que acuerda esta cláusula al Asegurado que se le diagnostique, por primera vez después del inicio de la presente cobertura, alguna de las enfermedades graves definidas en el Artículo 4°, siempre que hubiera transcurrido el plazo previsto en las Condiciones Particulares desde la vigencia de su cobertura y dicho diagnóstico se emitiera con anterioridad a la fecha en que el Asegurado alcance los sesenta y cinco (65) años de edad. No se abonará el beneficio previsto si la enfermedad en cuestión hubiera sido diagnosticada, o si se hubiere recibido tratamiento por dicha enfermedad antes de la fecha de inicio de vigencia de la cobertura.

En las denuncias de Enfermedades Graves, el Asegurador procederá a su reconocimiento de acuerdo con las constancias médicas y demás elementos mencionados en los artículos 4° y 5°, siempre que sean razonablemente demostrativas de la afección.

Artículo 2°

Beneficios

El Asegurador, verificado el diagnóstico, abonará al Asegurado el porcentaje, cuyo valor porcentual se indica en las Condiciones Particulares, de la Suma Asegurada por Fallecimiento. Se deja expresamente establecido que, a partir de la fecha de pago de la indemnización correspondiente, la Suma Asegurada correspondiente a la cobertura principal quedará automáticamente reducida en el porcentaje indicado a todos los fines de la póliza.

El Asegurador procederá a pagar el beneficio previsto en la cláusula dentro de los 15 días de notificado el siniestro o acompañada la información oportunamente requerida, según lo establecido por el párrafo del artículo 49 de la Ley N° 17418.

Artículo 3°

Carácter del beneficio

El beneficio acordado por diagnóstico de enfermedades graves es sustitutivo de la Suma Asegurada (por la porción de ésta que el beneficio represente) que deberá abonarse en caso de muerte del Asegurado o invalidez del mismo, en caso de haberse contratado esta cobertura. El beneficio previsto se pagará una sola vez, aunque la misma u otras enfermedades cubiertas se manifiesten con posterioridad. En ningún caso se abonará por la cobertura prevista en la presente cláusula un capital superior al 50% de la Suma Asegurada prevista para la cobertura principal.

Artículo 4°

Definiciones de las Enfermedades Cubiertas.

Cáncer: Se entiende por esta enfermedad la dispersión y crecimiento incontrolado de células malignas, con invasión de tejidos adyacentes y/o diseminación metastásica a regiones distantes, por vía linfática o circulatoria y que se evidencia por estudios histológicos. A todos los fines de este beneficio, quedan excluidos todos los tumores benignos, los cánceres de piel -excepto el melanoma- y los cánceres tempranos y no invasores (carcinoma in situ). Por lo anterior, la concesión del beneficio estará limitada exclusivamente, como condición ineludible, a los cánceres invasores y metastatizados.

***Cardiopatías:** Incluye todos los procesos que tienen como sustrato la obstrucción total o parcial de una o más arterias coronarias, manifestada clínicamente por angina de pecho, infarto de miocardio, o cualquier secuela relacionada. Para los fines de este beneficio se requiere que la cardiopatía produzca angina de reposo o de pequeños esfuerzos, y que no exista posibilidad de: tratamiento por angioplastia o revascularización miocárdica, o que los procedimientos anteriores estén contraindicados por el estado general del Asegurado, considerándolos por lo mismo como procesos permanentes e irreversibles. Aparte de lo anterior, queda comprendida en este beneficio la insuficiencia cardíaca irreversible, cualquiera sea su causa, refractaria a todo tratamiento, que confine al Asegurado a permanecer en reposo absoluto.

***Insuficiencia Renal:** Serán pasibles del beneficio los Asegurados que padezcan una insuficiencia renal crónica en etapa terminal y bajo tratamiento de diálisis con periodicidad bisemanal o mayor.

***Afecciones Neurológicas:** Cualquiera sea su etiología, se considerarán pasibles del presente beneficio, aquellos cuadros que dejen un estado mayor que impida al Asegurado valerse por sí mismo, así como los que involucren su irreversible postración.

Todas las situaciones previstas en la presente cláusula adicional serán consideradas por el Asegurador después de los quince (15) días de instaladas en el Asegurado y siempre que las mismas carezcan de alternativas terapéuticas por medios clínicos, fisiokinésicos, farmacológicos, quirúrgicos o de cualquier especie.

Artículo 5°

Requisitos para la validez del diagnóstico



Corresponde al Asegurado o al Contratante denunciar el diagnóstico de la "Enfermedad Grave", presentando, dentro de los treinta (30) días de la fecha de determinación de la enfermedad, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho, un informe escrito con el diagnóstico de un especialista, acompañado de documentación respaldatoria originada en estudios clínicos, radiológicos, histológicos y/o de laboratorio. El Asegurador se reserva el derecho de solicitar, a su cargo, exámenes médicos adicionales emitidos por un profesional a su elección, o de examinar al Asegurado por un profesional propio.

Artículo 6°

Plazo de prueba

El Asegurador, dentro de los quince (15) días de recibida y verificada la denuncia y/o las constancias a que se refiere el artículo anterior, contados desde la fecha que sea posterior, deberá hacer saber al Asegurado o al Contratante la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. Si las comprobaciones e informes a que se refiere el Artículo 5° 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 del beneficio reclamado.

Artículo 7°

Valuación por peritos

Si en la apreciación de cualquier enfermedad no hubiere acuerdo entre las partes, la misma será analizada por dos peritos médicos, designados uno por cada parte, quienes dentro de los ocho (8) días de su designación nombrarán a un tercer facultativo.

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

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 los quince (15) días siguientes. Los gastos serán soportados por las partes en el orden causado y los honorarios del tercer médico, por el Asegurado si se desecharan sus pretensiones o por el Asegurador si quedara obligado a atenderlas.

Artículo 8°

Riesgos no Cubiertos

Quedan excluidas de la cobertura de esta cláusula las enfermedades que se produjeran como consecuencia de:

- a. Tentativa de suicidio voluntario.
- b. Culpa grave del Asegurado.
- c. Abuso del alcohol, drogas o narcóticos.
- d. Consecuencias directas o indirectas de la reacción nuclear o contaminación radioactiva.
- e. Enfermedades acompañadas de una infección HIV y sus secuelas.
- f. Enfermedades preexistentes, entendiéndose por tales las que el Asegurado padeciere con anterioridad a la fecha de vigencia de su certificado individual o de comienzo de esta cobertura, la que fuera posterior.
- g. Acontecimientos catastróficos originados por la energía atómica, fenómenos sísmicos e inhalación de gases o envenenamiento de cualquier naturaleza.
- h. Violación de cualquier ley, y por cualquiera de las causas comprendidas en la cláusula 20° de las condiciones generales de la póliza sobre riesgos no cubiertos.

Artículo 9°

Terminación de la cobertura

La cobertura que concede la presente cláusula adicional inicia su vigencia en la fecha señalada en las Condiciones Particulares de la Póliza y terminará, por cada certificado individual, en la primera fecha en que se verifique alguno de los siguientes eventos:

- A) al caducar la póliza y/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 que el Asegurado quede comprendido por el beneficio de Invalidez Total y Permanente.

D) al retirarse el Asegurado del servicio activo del Contratante.

E) por rescisión de esta cláusula a pedido del Contratante o por decisión del Asegurador.

Cláusula 6

Beneficio Adicional en caso de Diagnóstico de Enfermedades Críticas

Artículo 1°

Riesgo Cubierto

El asegurador abonará el beneficio previsto por esta cláusula en caso de diagnosticarse al Asegurado, antes de haber cumplido los 65 años de edad, alguna de las enfermedades críticas definidas en el apartado "Enfermedades Cubiertas", una vez transcurridos los primeros SEIS (6) meses de vigencia de esta cobertura adicional para cada certificado individual. El beneficio previsto se pagará una sola vez aunque la misma u otras enfermedades cubiertas se manifiesten con posterioridad.

Artículo 2°

Beneficio

El beneficio pagadero por esta cláusula equivale a un porcentaje de la Suma Asegurada.

El porcentaje para la determinación de la indemnización correspondiente a esta cláusula se indica en las Condiciones Particulares.

Artículo 3°

Forma de pago del beneficio

El asegurador procederá a pagar el beneficio previsto en la cláusula de acuerdo con el siguiente esquema:

* 25% dentro de los QUINCE (15) días de denunciado el diagnóstico de ocurrencia de la enfermedad cubierta o acompañada la información oportunamente requerida por el asegurador, contados a partir de la fecha que fuere posterior.

* 7,5% a los SESENTA (60) días de la denuncia fehaciente del diagnóstico u ocurrencia de la enfermedad cubierta por esta cláusula o acompañada la información oportunamente requerida por el asegurador, contados a partir de la fecha que fuere posterior siempre que el Asegurado permanezca con vida.

* 7,5% durante los NUEVE (9) meses inmediatos siguientes al evento en el ítem anterior y con un lapso de TREINTA (30) días entre cada pago, siempre y cuando el Asegurado se encuentre con vida.

Artículo 4°

Carácter del beneficio

El presente beneficio es adicional e independiente de otros previstos en la póliza y, en consecuencia, el Asegurador no hará por este concepto deducción alguna de la indemnización a pagar por las demás coberturas.

Artículo 5°

Enfermedades Cubiertas

Sólo estarán cubiertas por esta cláusula las siguientes enfermedades:

*Infarto de miocardio: Se entiende por esta enfermedad la necrosis de una parte del músculo cardíaco como consecuencia de una interrupción brusca en el aporte sanguíneo de esa área. Quedan excluidos los infartos silenciosos.

*Oclusión de las arterias coronarias: Se entienda por esta enfermedad el aporte sanguíneo inadecuado al músculo cardíaco por oclusión de una o varias arterias coronarias y que necesite cirugía de puentes aorta coronarios venosos o arteriales y/o de la arteria mamaria interna. Quedan excluidas aquellas oclusiones que puedan ser resueltas por medio de angioplastias coronarias transluminal percutánea o por trombólisis mediante cateterización coronaria.

*Infarto o hemorragia cerebral: Se entienda por esta enfermedad la muerte de una porción cerebral como resultado de una interrupción brusca del aporte sanguíneo



adecuado al área involucrada, ya sea por trombólisis o por embolia, o por hemorragia masiva intra-cerebral o dentro del espacio subaragnoideo, que causan deficiencia neurológica que dure más de VEINTICUATRO (24) horas. Quedan excluidos los episodios de isquemia transitoria y las alteraciones neurológicas consecutivas a traumatismo cefálico o enfermedades intracraneanas ocupativas e infecciones.

*Cáncer: Se entiende por esta enfermedad toda forma de crecimiento descontrolado de células malignas positivamente diagnosticado como cáncer-neoplasma. Quedan excluidas todas las formas de tumores benignos, carcinomas de piel -salvo el melanoma- y los estadios de tumores muy precoces y no invasivos (carcinoma in-situ) y cualquier tipo de tumor asociado al síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

*Insuficiencia renal crónica: Se entiende por esta enfermedad la enfermedad renal crónica con insuficiencia renal irreversible que hace necesario someter al Asegurado a un programa de diálisis peritoneal o hemodiálisis periódica.

*Parálisis de las extremidades: Se entiende por esta enfermedad la pérdida total y permanente de la movilidad de dos o más extremidades inferiores y/o superiores debido a parálisis como consecuencia de una enfermedad o accidente.

*Insuficiencia irreversible de un órgano: Se entiende por esta enfermedad la insuficiencia irreversible de algún órgano vital que necesite un trasplante corazón, pulmón, corazón-pulmón, hígado, páncreas, riñón o medula ósea para que se restauren las funciones alteradas.

Artículo 6°

Riesgos no Cubiertos

Quedan excluidos de la cobertura de esta cláusula las enfermedades que se produzcan como consecuencia de:

- a) Tentativa de suicidio voluntario.
- b) Culpa grave del asegurado.
- d) Abuso de alcohol, drogas o narcóticos.

e) Consecuencias directas o indirectas de la reacción nuclear o contaminación radioactiva.



f) Enfermedades acompañadas de una infección HIV y sus secuelas.

g) Enfermedades preexistentes, entendiéndose por tale la que el Asegurado padeciere con anterioridad a la fecha de vigencia de su certificado individual o de comienzo de esta cobertura, la que fuera posterior.

h) Acontecimientos catastróficos originados por la energía atómica, fenómenos sísmicos e inhalación de gases o envenenamiento de cualquier naturaleza.

i) Violación de cualquier ley, y por cualquiera de las causas comprendidas en la cláusula 20 de las Condiciones Generales de la póliza sobre riesgos no cubiertos.

Artículo 7°

Requisitos para la validez del diagnóstico

Corresponde al Asegurado o al Contratante denunciar el diagnóstico de la "Enfermedad Grave", presentando, dentro de los treinta (30) días de la fecha de determinación de la enfermedad, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho, un informe escrito con el diagnóstico de un especialista, acompañado de documentación respaldatoria originada en estudios clínicos, radiológicos, histológicos y/o de laboratorio. El Asegurador se reserva el derecho de solicitar, a su cargo, exámenes médicos adicionales emitidos por un profesional a su elección, o de examinar al Asegurado por un profesional propio.

Artículo 8°

Plazo de prueba

El Asegurador, dentro de los quince (15) días de recibida y verificada la denuncia y/o constancias a las que se refiere el artículo anterior, contados desde la fecha que sea posterior, deberá hacer saber al Asegurado o al Contratante la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. Si las comprobaciones e informes a que se refiere el Artículo 5° 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 del beneficio reclamado.

Artículo 9°

Valuación por peritos

Si en la apreciación de cualquier enfermedad no hubiere acuerdo entre las partes, la misma será analizada por dos peritos médicos, designados uno por cada parte, quienes dentro de los OCHO (8) días de su designación nombrarán a un tercer facultativo.

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

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 los quince (15) días siguientes. Los gastos serán soportados por las partes en el orden causado y los honorarios del tercer médico, por el Asegurado si se desecharan sus pretensiones o por el Asegurador si quedara obligado a atenderlas.

Artículo 10°

Inicio y Terminación de la cobertura

La cobertura que conoce la presente cláusula adicional inicia su vigencia en la fecha señalada en las Condiciones Particulares de la Póliza y terminará, para cada certificado individual, en la primera fecha en que se verifique alguno de los siguientes eventos:

- a) al caducar la póliza y/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 que el Asegurado quede comprendido por el be eficio de Invalidez Total y Permanente.
- d) al retirarse el Asegurado del servicio activo del Contratante.
- e) al pagarse el beneficio previsto por esta cláusula adicional.

f) por rescisión de esta cláusula a pedido del Contratante o por decisión del Asegurador.

Artículo 11°

Determinación de la Cobertura

Esta cobertura adicional queda sometida a las condiciones y estipulaciones de la póliza en cuanto no sean modificadas o derogadas expresamente por la presente cláusula.

Cláusula 7

Seguro de Cónyuges

Artículo 1°

Carácter del Seguro

El presente seguro tiene carácter facultativo y a los efectos del riesgo que se cubre por los presentes artículos, rigen las Condiciones Generales de la póliza de la cual forma parte en cuanto no sean modificadas por las estipulaciones que más abajo se insertan.

Artículo 2°

Personas asegurables

Revisten carácter de asegurables para su incorporación al presente seguro, los cónyuges de las personas incorporadas a la presente póliza. Siempre que estas se encuentren al servicio del Contratante.

Por lo tanto, los requisitos que se establecen en las Condiciones Generales de la póliza para la incorporación de las personas al servicio del Contratante, quedan reemplazadas, para este caso, por la mencionada condición de cónyuge.

Se tendrá por "Asegurado Titular" a la persona casada que hallándose al servicio del Contratante, se encuentra amparada por la presente póliza. Cuando los integrantes de un matrimonio sean asegurables por estar ambos vinculados simultáneamente con el Contratante, solo podrán adherirse al seguro en calidad de "Asegurado Titular", no pudiendo incorporarse en calidad de cónyuges.

Asimismo, las personas que hubieren percibido el beneficio por incapacidad total y permanente en calidad de asegurados titulares, no podrán incorporarse al seguro en calidad de cónyuges.

Los pagos de primas que se efectúen indebidamente en tales conceptos no generarán derechos y frente a eventuales siniestros, la Compañía procederá a la devolución de las primas sin otra obligación resultante.

Artículo 3°

Cobertura del seguro

La cobertura individual de los cónyuges adherentes en el presente seguro comenzará a regir a partir de los TRES (3) meses, contados desde la fecha de incorporación a la póliza debiendo abonarse durante dicho lapso las primas respectivas. En caso de siniestros dentro de ese período, sólo corresponderá la devolución de las primas pagadas. Esta cobertura subsistirá mientras el asegurado titular permanezca incorporado a la póliza respectiva.

Artículo 4°

Fecha de incorporación individual al seguro

Los ingresos al seguro de los cónyuges asegurables que así lo soliciten comenzarán a regir a partir del primero del mes siguiente a aquel al que corresponda el listado analítico en el que se les dé de alta a la cartera. En todos los casos, la cobertura del riesgo asumido quedará sujeta al plazo de carencia establecido en el artículo 3° de estas Condiciones Especiales. Los ingresos posteriores se admitirán siempre que se presenten dentro de los NOVENTA (90) días de haberse producido cualquiera de las siguientes circunstancias:

a) Ingresado el asegurado titular, o

b) Adquirido calidad de asegurable. No obstante, cuando el ingreso del asegurado titular esté supeditado al cumplimiento del plazo de carencia, y solicite el ingreso del asegurado cónyuge, el plazo de carencia establecido en el Artículo 3°, primer párrafo, de estas Condiciones Especiales, quedará ampliado a SEIS (6) meses. Igual requisito se exigirá para el ingreso del asegurado cónyuge que se solicite fuera del plazo estipulado en el cuarto párrafo del presente artículo.

Artículo 5°

Número mínimo de Asegurados

Fíjese en y % respectivamente el número de asegurados y porcentaje previstos en las Condiciones Generales de la póliza. A los efectos de aplicar el porcentaje establecido en el párrafo anterior, se tomará en cuenta el número total de asegurados titulares comprendidos en la póliza.

Los capitales asegurados correspondientes a los cónyuges que se incorporen al seguro, como los de aquellos que hallándose ya incluidos en la póliza soliciten su modificación, deberán ajustarse al CIENTO POR CIENTO (100%) del importe por el cual se encuentra amparado el asegurado titular, cubriéndose exactamente el porcentaje mencionado. Para la comunicación de la variación de capitales de los asegurados cónyuges, tanto para esta vigencia como para las posteriores, el Contratante deberá ajustarse a las estipulaciones fijadas en las Condiciones Generales que establecen para los asegurados titulares. Dentro del plazo allí determinado los incrementos de capitales de los asegurados cónyuges no sufrirán plazo de carencia alguno.

Fuera de dicho plazo, deberán cumplimentar un plazo de carencia de TRES (3) meses, con pago de primas y sin cobertura de riesgo por la diferencia de capital incrementado.

Los incrementos de capitales que se produzcan dentro del plazo de carencia precitado, no interrumpen el mismo, pero quedarán convalidados automáticamente a su finalización.

Cuando los incrementos de capital están supeditados al plazo de carencia, de ocurrir el siniestro en el lapso que media entre la fecha de cobertura del capital anterior y la que corresponda al nuevo capital, la Compañía abonará el monto con cobertura efectiva, devolviéndose las primas pagadas entre ésta y el mayor capital.

De mediar expresa solicitud por parte del asegurado titular para que se reduzca su capital, en caso de disminución de sueldos, automáticamente se ajustará el correspondiente al cónyuge, a fin de mantener la proporción equivalente al porcentaje establecido.

Artículo 7°

Reajuste de la prima



Sobre la base de lo establecido en las Condiciones Generales de la póliza, la prima media del presente seguro será ajustada al 1° de cada año por la Compañía, que comunicará por escrito al Contratante el importe resultante, a los efectos de su aplicación con una anticipación no menor a UN (1) mes de dicha fecha.

A los efectos del ajuste de prima, se computará como un solo grupo a la totalidad de los asegurados titulares y cónyuges comprendidos en esta póliza.

Artículo 8°

Continuación del seguro

La continuación del seguro prevista en el artículo 11° de las Condiciones Generales regirá para todos los cónyuges adherentes incorporados a ésta, cuando se produzca el fallecimiento o incapacidad total y permanente del asegurado titular, se jubile, no perciba haberes o deje por cualquier motivo de estar a servicio del Contratante.

Cuando los cónyuges soliciten su continuación sin haber completado el plazo de carencia establecido ingreso al seguro o aumento de capital la misma se otorgará sin cobertura hasta que se opere el vencimiento del plazo total de la carencia.

Las personas a las que se les hubiese acordado el beneficio por incapacidad total y permanente no podrán acceder a la opción de continuación en el seguro prevista en las Condiciones de la presente póliza. Los pagos de primas que se efectúen indebidamente en tal concepto no generarán derechos y frente a eventuales siniestros, la Compañía procederá a la devolución de las mismas sin otra obligación resultante.

Artículo 9°

Rescisión de los Certificados Individuales

Además de los casos establecidos en las Condiciones Generales de la póliza, los seguros individuales de los cónyuges quedarán rescindidos sin valor alguno cuando se hubiere producido el divorcio resuelto por sentencia judicial, basada en autoridad de cosa juzgada, cesando el seguro a la hora VEINTICUATRO (24) del último día del mes en que la sentencia haya quedado firme, debiéndose reintegrar las primas que se hayan abonado indebidamente por falta de comunicación oportuna del divorcio.

Artículo 10°

Liquidación del pago de siniestros

Queda expresamente establecido que, en caso de fallecimiento de asegurados cónyuges, una vez determinada la procedencia del pago, el importe del seguro será liquidado al respectivo asegurado titular, salvo que hubiera designación expresa de beneficiarios, en cuyo caso la liquidación corresponderá a éstos.

Artículo 11°

Condiciones varias

Queda convenido que los cónyuges que se incorporen a éste seguro, deberán ajustarse a las condiciones previstas; por lo tanto, los ingresos y asignaciones de capitales serán aceptados por la Compañía de acuerdo con las comunicaciones del Contratante, pero, en caso de producirse un siniestro, sólo se abonará si es que corresponde, conforme a lo establecido en las Condiciones Generales, Particulares y Especiales de la póliza, con arreglo a los importes estipulados en las mismas.

CLÁUSULA ADICIONAL - INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE: LIQUIDACIÓN DEL CAPITAL ASEGURADO

Artículo 1° - Riesgo Cubierto

La Aseguradora concederá al Asegurado el beneficio que acuerda la presente cláusula cuando el mismo se encuentre en un estado de invalidez total y permanente, como consecuencia de enfermedad o accidente, y dicho estado no le permita desempeñar por cuenta propia o en relación de dependencia cualquier actividad remunerativa, siempre que tal estado haya continuado ininterrumpidamente como mínimo por el plazo de espera indicado en Condiciones Particulares, y se hubiese iniciado durante la vigencia de la presente cláusula en el Certificado Individual, antes que el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia estipulada en Condiciones Particulares para esta cláusula.

El plazo de espera señalado en el párrafo anterior se computará:

- En caso de enfermedad, a partir de la fecha que los médicos dictaminen como fecha de inicio de la invalidez. En caso de no poder dictaminarse la misma, el plazo se computará desde la fecha de denuncia del siniestro.
- En caso de accidente, a partir de la fecha de ocurrencia del mismo.

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

Se excluyen expresamente los casos que afecten al Asegurado en forma parcial o temporal.

Sin perjuicio de otras causas, la Aseguradora podrá reconocer como invalidez total y permanente las definidas en el Frente de Póliza.

Artículo 2º - Riesgos no Cubiertos

La Aseguradora no pagará la indemnización cuando la invalidez de un Asegurado se produjera como consecuencia de los Riesgos no Cubiertos establecidos en el Anexo de Condiciones Particulares.

Artículo 3º - Beneficio

El importe correspondiente es el establecido en el artículo 245 que expresa que corresponde el pago de un mes de sueldo por cada año de servicio o fracción mayor de tres meses.

El pago se realizará dentro del plazo estipulado en el Artículo 49º, 2º párrafo de la Ley N° 17.418.

Artículo 4º - Carácter del Beneficio

El beneficio acordado por invalidez es sustitutivo del capital asegurado que debiera liquidarse en caso de muerte del Asegurado, de modo que con el pago al que se refiere el Artículo anterior, la Aseguradora queda liberada de cualquier obligación con respecto a dicho Asegurado, salvo las obligaciones pendientes a la fecha del siniestro.

Si el monto abonado por invalidez resultara inferior a la suma asegurada por muerte, dicha liberación será parcial por un importe igual al capital liquidado por invalidez permanente.

Artículo 5º - Comprobación de la Invalidez

Corresponde al Tomador, Asegurado o su representante:

- a) Denunciar la existencia de la invalidez conforme el plazo definido en Condiciones Particulares y Certificado Individual, el cual nunca será inferior a los TRES (3) días, contados desde la ocurrencia del mismo, o desde que el denunciante conozca la existencia del beneficio, lo que fuera posterior, 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 la Aseguradora y con gastos a cargo de ésta.

Artículo 6º - Plazo de Prueba

La Aseguradora dentro de los QUINCE (15) días de recibida la denuncia y/o las constancias a las que se refiere el Artículo anterior contados desde la fecha que sea posterior, deberá comunicar al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. Si las comprobaciones a las que se refiere el Artículo 5º no resultaran concluyentes en cuanto al carácter total y permanente de la invalidez, la Aseguradora podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor a TRES (3) meses, a fin de confirmar el diagnóstico.

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

El Asegurado deberá seguir abonando las primas correspondientes al período de comprobación del diagnóstico. Confirmado el mismo, la Aseguradora reembolsará las extraprimas de esta Cláusula Adicional abonadas durante el plazo de comprobación.

Artículo 7º - Valuación por Peritos

Si en la apreciación del evento surgieran divergencias entre las partes, las mismas serán definidas por DOS (2) 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 fuera electo en el plazo establecido en el primer párrafo, la parte más diligente previa intimación a la otra, procederá a su designación.

Los honorarios y gastos de los médicos de las partes estarán a su respectivo cargo y los del tercer médico serán pagados por la parte cuyas pretensiones se alejen más del dictamen definitivo. En caso de equidistancia los honorarios y gastos del tercer médico serán pagados en partes iguales por cada una de las partes.

Artículo 8º - Finalización de la Cobertura

La cobertura que esta cláusula otorga terminará en la fecha en que se verifique alguno de los eventos previstos en el Artículo 13º de las Condiciones Generales o en los siguientes casos

- a) Cuando el asegurado cumpla la Edad Máxima de Permanencia estipulada en el Frente de Póliza para la presente cláusula adicional;
- b) Por la renuncia a continuar asegurado por la presente cláusula;
- c) Al caducar o rescindirse la presente cláusula adicional;
- d) Por el pago del beneficio que acuerda la presente cláusula adicional.

En todos los casos, la rescisión de los Certificados Individuales operará al término del mes por el cual se hubieren descontado primas, y se devolverá la prima no ganada, si la hubiere, correspondiente a los Certificados Individuales rescindidos.

Artículo 9º - Determinación de la Cobertura

Esta Cláusula amplía las Condiciones Generales de la póliza a la cual pertenece, quedando por ende sujeta a todos sus términos y condiciones, siempre y cuando no

se opongan a las previsiones de la presente cláusula.

Anexo R90

Resolución del Ministerio de Economía N° 429/00 modif. por la N° 90/01 y 407/01 y Régimen de Aplicación de la S.S.N Resol. 28.268

El presente anexo es parte integrante de las condiciones generales de la póliza.

La Resolución de referencia establece un nuevo régimen de cobranza para el cobro de los premios de contratos de seguros a partir del 01/07/01, de acuerdo a la siguiente reglamentación: Advertencia a Asegurados, Tomadores y Asegurables

Artículo 1°

Los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros son los siguientes:

A) Entidades especializadas en cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN.

B) Entidades financieras sometidas al régimen de la ley 21.526.

C) Tarjetas de crédito, débito o compras emitidas en el marco de la ley 25.065.

D) Medios electrónicos de cobro habilitados previamente por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN a cada entidad de seguros, los que deberán funcionar en sus domicilios, puntos de venta o cobranza. En este caso, el pago deberá ser realizado mediante alguna de las siguientes formas: efectivo en moneda de curso legal, cheque 345 o cheque no a la orden librado por el asegurador o tomador a favor de la entidad aseguradora cancelatorio ley 25.345 o cheque no a la orden librado por el asegurador o tomador a favor de la entidad aseguradora. Cuando la percepción de premios se materialice a través del SISTEMA UNICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (SUSS) se considera cumplida la obligación establecida en el presente artículo. Advertencia a Asegurados, Tomadores y

Asegurables El pago realizado al productor asesor de seguros o a la entidad aseguradora no es cancelatorio de su obligación, hasta tanto se formalice el ingreso de los fondos en alguno de los sistemas previstos en el artículo 1° de la Res. del M.E. N°407/01. El comprobante de cancelación queda a su disposición en el domicilio comercial de su productor asesor y podrá ser retirado en días hábiles en el horario habitual de atención al público.

De acuerdo a esta resolución La Perseverancia Seguros S.A., ha establecido como únicos medios de pago los siguientes:

a) Medios electrónicos de cobro: a través de las entidades especializadas autorizadas por la S.S.N. que La Perseverancia Seguros

S.A. comunique a sus asegurados.

b) Entidades Bancarias: débitos en cuenta corriente o caja de ahorro de cualquier banco que conforma la Red Bancaria Nacional (débito directo Circular A2559 y modificatorias del BCRA)

c) Tarjetas de Crédito, Visa, Mastercard, Cabal y Tarjeta Bisel. Advertencia al Asegurado:

Déjase establecido que, en caso de que el Asegurado abonara una cuota determinada sin que se hubiere cancelado alguna de las anteriores, dicho pago será imputado a la cuota cuyo vencimiento hubiese operado primero en el tiempo y la suspensión de cobertura no cesará hasta tanto se encuentren íntegramente canceladas todas las cuotas vencidas

ANEXO I

Seguro de Vida Obligatorio para trabajadores rurales (Ley 16.600)

CONDICIONES GENERALES COMUNES

Disposiciones Generales

ARTÍCULO 1°

Definiciones:

Entidad aseguradora / asegurador: La Perseverancia Seguros S.A., que asume la cobertura de los riesgos objeto del presente contrato y garantiza el pago de las indemnizaciones que correspondan con arreglo a las condiciones del mismo.

Tomador: es la persona física o jurídica que suscribe este contrato con la entidad aseguradora y que reviste el carácter de empleador de trabajadores que se desempeñen en tareas rurales.

Asegurado: cada una de las personas que, perteneciendo al grupo asegurable, satisface las condiciones de adhesión al seguro.

ARTÍCULO 2º

Ley de las partes contratantes - Estructura de la póliza:

Las partes contratantes se someten a las disposiciones de la Ley N° 16.600, sus modificaciones y reglamentaciones, y las de la presente póliza que la complementan o modifican cuando ello es admisible. En caso de no coincidir las Condiciones Generales Comunes y/o Específicas con las Condiciones Particulares, se estará a lo que dispongan estas últimas.

Las cuestiones no previstas en la referida ley, sus modificaciones y reglamentaciones, serán regidas por la Ley del Contrato de Seguro N° 17.418 y reglamentaciones dictadas en su consecuencia.

ARTÍCULO 3º

Vigencia de la póliza - Renovación:

Esta póliza es de vigencia anual y se renueva automáticamente al final de cada año póliza, salvo notificación fehaciente del tomador o la entidad aseguradora con un aviso previo no menor de treinta días a la fecha de renovación.

ARTÍCULO 4º

Personas asegurables:

Son asegurables a la fecha de vigencia inicial de esta póliza todas las personas que desempeñen con carácter permanente actividades rurales comprendidas en las prescripciones de la ley 22.248/80 y en el régimen jubilatorio para los trabajadores rurales.

Podrán incorporarse a este seguro, en las mismas condiciones requeridas para las personas obligatoriamente comprendidas, la o las personas que componen o constituyen el empleador rural, siempre que lo hagan en su totalidad y a la fecha de vigencia inicial de esta póliza. También podrán adherir en las condiciones estipuladas en las condiciones generales específicas de la presente póliza, los empleados y obreros que se hallen al servicio del tomador y no estén comprendidos obligatoriamente en este seguro.

ARTÍCULO 5º

Reticencia o falsa declaración:

Esta póliza y los respectivos certificados individuales de incorporación han sido emitidos por la entidad aseguradora sobre la base de las declaraciones suscriptas por el tomador en su solicitud de póliza y por los asegurados en sus respectivas solicitudes de adhesión. Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el tomador o por los asegurados, aún hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiere impedido el contrato o la aceptación de las coberturas individuales, o hubiere modificado sus condiciones si la entidad aseguradora hubiese sido cerciorada del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato o los certificados de los asegurados, según el caso.

ARTÍCULO 6º

Riesgos cubiertos:

La entidad aseguradora cubrirá los riesgos de muerte e incapacidad total y permanente del asegurado para el trabajo.

Si algún asegurado sufriera, hallándose al servicio del tomador, incapacidad total y permanente que lo obligare a abandonar su empleo u ocupación, impidiéndole además ejercer otra ocupación remunerada por un período ininterrumpido de seis meses, el asegurador, después de recibidas y aceptadas las respectivas pruebas médicas, le abonará el capital asegurado.

Durante el plazo de seis meses mencionado en el párrafo anterior se deberá continuar con el pago de la prima, la cual será reintegrada juntamente con el capital asegurado en caso de verificarse el siniestro. El beneficio acordado por incapacidad es sustitutivo del capital que debiera liquidarse en caso de muerte del asegurado, de modo que, con el pago de este beneficio quedan cumplidas todas las obligaciones del asegurador.

Cuando el asegurador determine que la incapacidad a que se refiere este capítulo ha tenido comienzo antes de la fecha de incorporación del solicitante al seguro, solamente tendrá amparado al asegurado por el riesgo de muerte.

ARTÍCULO 7º

Capital asegurado:

El capital asegurado será aquel que fije la reglamentación. El mismo consta en las Condiciones Particulares de esta póliza.

Dicho monto podrá ser modificado por el MINISTERIO DE ECONOMÍA Y OBRAS Y SERVICIOS PÚBLICOS.

El asegurado podrá optar por un capital adicional con arreglo a los importes y condiciones que convenga con el asegurador.

Primas

ARTICULO 8º

Primas:

La tasa de prima promedio es aquella que figura en las Condiciones Particulares.

La misma sólo podrá ser modificada en cada renovación con un aviso previo de treinta días al tomador.

Sin embargo, en cualquier momento en que se produzca una variación superior al veinticinco por ciento (25%) en la cantidad de asegurados, el tomador o la entidad aseguradora podrá exigir un nuevo cálculo de prima promedio, la que regirá hasta el próximo aniversario de la póliza. ARTÍCULO 9º

Pago de las primas:

Las primas correspondientes al seguro obligatorio estarán íntegramente a cargo del tomador y las del seguro adicional a cargo de los asegurados.

El tomador actuará como agente de retención de estas últimas y las deducirá de los haberes de los trabajadores.

En caso de no corresponder haberes sobre los cuales se pueda practicar la deducción de primas, estas deberán ser abonadas por el asegurado directamente al tomador en tiempo y forma para ser ingresadas al asegurador. Si el asegurado así no lo hiciera, el tomador queda liberado de toda responsabilidad respecto del seguro adicional, con la consiguiente suspensión de la cobertura adicional.

ARTÍCULO 10º

Plazo de Gracia:

La cobertura del presente seguro quedará suspendida automáticamente si el tomador no abona las primas dentro de los treinta días corridos desde la fecha del vencimiento de la factura correspondiente. Dicha suspensión automática se producirá desde la hora veinticuatro del día del vencimiento impago, sin necesidad de interpelación judicial o extrajudicial alguna, ni constitución en mora, la que se producirá con el sólo vencimiento de este plazo.

La cobertura sólo podrá ser rehabilitada dentro de los 60 días desde la fecha del vencimiento de la factura impaga correspondiente. Dicha rehabilitación tomará efecto a partir de la hora cero del día siguiente al del pago de la totalidad de la prima adeudada.

Liquidación de beneficios

ARTÍCULO 11º

Denuncia del siniestro

El tomador y/o el asegurado y/o el/los beneficiario/s deberán comunicar el acaecimiento del siniestro dentro de los 15 días contados desde las fechas estipuladas en los párrafos siguientes.

En el caso de fallecimiento este plazo deberá contarse desde que el denunciante toma conocimiento del siniestro.

En el caso de invalidez total y permanente este plazo deberá contarse desde la finalización del período de 6 meses de invalidez ininterrumpida estipulado en el artículo 6º de estas condiciones, sin perjuicio de que pueda ser denunciado durante el citado período.

ARTÍCULO 12º

Pruebas del fallecimiento

El tomador o persona interesada deberá comunicar de inmediato al Asegurador en los formularios que éste le suministre, el fallecimiento del asegurado, dejando expresa constancia de las diferencias que comprobara en la edad declarada por aquél.

Recibidos dichos formularios, el asegurador procederá a abonar el importe del seguro a los beneficiarios designados o a los herederos legales, previa presentación del certificado de defunción y cualquier otra constancia que correspondiera exigir según la causal de muerte.

Si con motivo del fallecimiento del asegurado, o cualquier otra causal, se verificare la existencia de un error en la edad declarada por el mismo, y la póliza contratada establezca una escala de capitales adicionales en función de la edad, el asegurador podrá ajustar el capital correspondiente al importe que le asigne dicha escala.

En los casos de desaparición de personas con presunción de fallecimiento, el asegurador podrá abonar el importe del seguro antes de los plazos establecidos por la ley, con los recaudos que considere pertinentes.

ARTÍCULO 13º

Plazos para el pago

Los beneficios previstos en esta póliza deberán ser abonados en forma integra dentro de los 15 días de notificado el siniestro o de acompañada, si procediera, la información complementaria solicitada por la compañía, de conformidad con el artículo 46 de la ley 17.418.

Otros beneficios

ARTICULO 14º

Opción de continuación para asegurados que se jubilen

Los asegurados que se jubilen continuarán comprendidos en el seguro, salvo manifestación en contrario de los mismos.

Dicha continuación estará sujeta a las siguientes condiciones: Trámites jubilatorios. El asegurado deberá iniciarlos dentro del plazo de un año, a partir de la fecha de cesación en la tarea rural.

Capital asegurado. El asegurado mantendrá su capital básico vigente a la fecha de cese, así como también el último adicional en vigor.

Pago de primas. Las primas en su totalidad estarán exclusivamente a cargo del asegurado y serán descontadas de los haberes jubilatorios que perciba por la ANSES, la entidad de Seguros de Retiro o la AFJP, según corresponda.

Las primas descontadas de acuerdo con el inciso c) precedente deberán ingresar a la aseguradora dentro del plazo que se acuerde. Si ello no ocurriera, la ANSES, la entidad de Seguros de Retiro o la AFJP, según corresponda, entrarán en mora automáticamente desde ese momento, haciéndose pasibles por ese hecho de los recargos de intereses que correspondan.

Beneficiarios

ARTÍCULO 15º

Designación de beneficiarios:

En el momento de la incorporación a esta póliza, cada asegurado deberá diligenciar y suscribir un certificado individual, que certificará el tomador, en la que designará al o a los beneficiarios de su seguro. Si hubiere más de una designación de beneficiarios, la entidad aseguradora tendrá por válida la suscripta por el asegurado con fecha más reciente.

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 la entidad aseguradora reciba la correspondiente comunicación firmada por el asegurado y certificada por el tomador.

Si a la fecha de fallecimiento del asegurado no existiera beneficiario designado o si, habiéndolo, este hubiera fallecido la Ley entiende que designó a los herederos. Se trata de admitir así, una designación tácita cuyo fin es el pago del capital, como derecho propio de los beneficiarios, sustraído a las contingencias patrimoniales del asegurado. Al considerarse un derecho propio de cada heredero, el importe del seguro deberá repartirse, entre cada uno de los herederos que surgen de la declaratoria precitada, por partes iguales.

En caso de pre muerte de beneficiarios respecto del asegurado, el seguro se abonará íntegramente a los beneficiarios sobrevivientes salvo que el asegurado hubiera determinado expresamente las porciones respectivas. En este último

supuesto, las porciones de los fallecidos corresponderán a los herederos legales del asegurado, previa determinación de los mismos.

Si al fallecimiento del asegurado existieran herederos o beneficiarios menores de edad, el padre o la madre en ejercicio de las 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.

Asimismo tanto el asegurado, como el representante legal de los menores podrán solicitar que la suma que le correspondiere al menor sea depositada en una caja de ahorro en una institución bancaria autorizada por el Banco Central de la República Argentina, con la cláusula condicional de que estos fondos solamente podrán retirarse en caso de llegar el titular a la mayoría de edad, emanciparse por matrimonio o habilitación de edad, o mediar disposición judicial expresa. Los menores de edad emancipados por matrimonio o habilitación de edad podrán percibir el pago del seguro, cualquiera sea su importe.

A falta de disposición expresa del asegurado, el incremento en el monto del seguro producido por variación automática del capital básico o por aumento optativo del adicional, será liquidado en la misma proporción con que el asegurado haya distribuido el importe anteriormente vigente. Si el beneficiario designado provocara la muerte del asegurado con un acto ilícito, perderá todo derecho al seguro y hará acrecer las partes de los otros co-beneficiarios en la proporción correspondiente y, a falta de estos, el seguro corresponderá a los herederos legales a título de beneficiarios del asegurado conforme a lo dispuesto en el presente artículo.

Limitaciones a la cobertura:

ARTÍCULO 16º

Exclusiones

Este seguro no cubrirá ningún riesgo derivado de guerra que no comprenda a la Nación Argentina.

En caso de guerra que la comprenda, las obligaciones, tanto de parte de la entidad aseguradora como de los asegurados, se regirán, así como en los casos de terremotos, epidemias u otras catástrofes, por las normas que para tales emergencias se dicten.

En caso de suicidio del asegurado, sólo se abonará: el capital básico obligatorio y el importe del capital adicional que tuviese una vigencia de más de un año.

ARTICULO 17º

Carencias / Periodos de espera

Carencia: Únicamente en los casos de iniciación de actividades el tomador tendrá 30 días de plazo para tomar el seguro. Quienes tomen el seguro en el plazo indicado tendrán cubiertos los siniestros que se produzcan desde el comienzo de vigencia de la póliza, que será coincidente con el inicio de actividades del tomador.

Si el seguro no fuera contratado en el plazo mencionado, la cobertura regirá a partir de la hora cero del trigésimo primer día posterior al comienzo de la vigencia de la póliza.

Período de espera: Las personas que se incorporen al servicio del tomador, ingresarán en el seguro el día 1º del mes siguiente al de la iniciación de sus actividades.

Obligaciones del tomador

ARTÍCULO 18º

Obligaciones del tomador.

Serán obligaciones del tomador: El pago de la prima correspondiente a la cobertura básica, modificando las letras que preceden a las restantes obligaciones.

Incluir en el seguro a todo su personal permanente comprendido en los alcances de la ley 16.600;

Certificar la exactitud de los datos contenidos en las fichas individuales de los asegurados;

Proporcionar a la entidad aseguradora toda información que ésta le requiera con motivo de la aplicación del seguro;

Retener el importe de las primas correspondientes a los seguros adicionales y su posterior depósito, de acuerdo con lo previsto en el artículo 9º de la presente póliza;

Comunicar mensual y regularmente las altas y bajas del personal asegurado, y toda otra variante atinente al seguro; Hacer saber a la entidad aseguradora cualquier cambio de razón social o domicilio.

A los efectos señalados en los precedentes apartados el tomador deberá remitir en cada caso a la entidad aseguradora, la documentación pertinente debidamente certificada.

ARTÍCULO 19º

Incumplimiento del tomador

El incumplimiento del tomador lo hará responsable: Por el importe del seguro obligatorio, cuando no incorpore su personal al seguro;

Por el importe total del seguro contratado, cuando produzca la exclusión del asegurado, de tal modo que al ocurrir el siniestro el beneficiario, o los derechohabientes del asegurado no perciban el importe del seguro.

El tomador que no cumpla con las disposiciones de la ley 16.600 y su reglamentación quedará obligado por el pago de las primas devengadas. La entidad aseguradora dará intervención a las autoridades administrativas competentes por las infracciones cometidas.

Certificado individual de incorporación

ARTICULO 20º

Certificado individual

La entidad aseguradora entregará a cada asegurado por intermedio del tomador, un certificado en el que se transcribirán las principales disposiciones de este seguro.

El certificado de incorporación quedará nulo y sin valor alguno desde la fecha en que el asegurado deje de estar comprendido en el seguro.

ARTICULO 21º

Caducidad de los certificados individuales

Los certificados individuales quedarán anulados y sin valor alguno en los siguientes casos:

Por cesar el asegurado en su ocupación rural salvo que ello ocurra para acogerse a los beneficios jubilatorios y no renuncie expresamente a continuar en el seguro;

Por falta de pago de las primas por parte del asegurado, en el período comprendido entre la fecha de cesación en la tarea rural para jubilarse y la fecha en que este beneficio es concedido.

Varios

ARTICULO 22º

Duplicado de póliza y copias:

En caso de robo, pérdida o destrucción de la póliza o de un certificado individual, el tomador o el asegurado podrán obtener un duplicado certificado por la entidad aseguradora, si lo solicitan por escrito. Las modificaciones o endoso que se hagan en el duplicado, a pedido del tomador o del asegurado, según el caso, serán los únicos válidos.

El tomador 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 el correspondiente certificado individual.

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

ARTICULO 23º

Impuestos, tasas y sellados:

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 tomador, 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 entidad aseguradora.

ARTÍCULO 24º

Facultades del productor o agente:

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

Recibir propuestas de celebración y modificación de contratos de seguros.

Entregar los instrumentos emitidos por la entidad aseguradora, referentes a contratos o sus prórrogas.-

Aceptar el pago de la prima si se hallase en posesión del recibo de la entidad aseguradora, en formulario oficial de esta.

ARTÍCULO 25º

Domicilio:

El domicilio en el que las partes deben efectuar las denuncias, declaraciones y demás comunicaciones previstas en este contrato o en la normativa que regula el presente seguro, es el último declarado por ellas.

ARTÍCULO 26º

Competencia:

Todas las cuestiones que pudieran suscitarse con motivo de este seguro, serán sometidas a la justicia federal.

ARTÍCULO 27º

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 conoce la existencia del beneficio, pero en ningún caso excederá de 3 años desde el nacimiento de su derecho a la prestación por parte del asegurador.

ARTÍCULO 28º

Modificación del contrato:

Cualquier modificación al contrato deberá ser por escrito y refrendada por los funcionarios autorizados de la entidad aseguradora. De lo contrario, carecerá de todo valor.

No se admitirá durante la vigencia de la póliza, la modificación unilateral de las condiciones por parte de la entidad aseguradora.

ARTÍCULO 29º

Cesión de derechos:

Las pólizas y los certificados de incorporación son intransferibles. Por lo tanto, cualquier cesión se considerará nula y sin valor alguno.

ARTÍCULO 30º

Moneda del contrato:

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

ANEXO II

Seguro de Vida Obligatorio para trabajadores rurales (Ley 16.600)

Condiciones Generales Específicas - Pautas Mínimas

INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

Deberán establecerse en forma clara los requisitos para acceder al pago de este beneficio.

OPCION PARA JUBILADOS

Deberá preverse para el caso de jubilados que deseen continuar con la cobertura, alguna o algunas de las siguientes opciones:

Continuación en la póliza original: en estos casos, la tasa de prima a cobrar será la tasa promedio de todo el grupo asegurado (activo y pasivo). Esta opción podrá prever una edad máxima de permanencia en el grupo, la cual no podrá ser inferior a 75 años. En estos casos, deberá quedar claramente establecido en el certificado individual y en las condiciones particulares las limitaciones de esta opción:

La edad máxima de permanencia en el grupo, si la hubiere.

La posibilidad de los jubilados de quedar sin cobertura en caso de rescisión de la póliza por el tomador, sin efectuar una nueva contratación con otra entidad aseguradora. Esto es, por caída en falencia del empleador, cierre de la empresa, etc.

Contratación de un seguro de vida individual, dentro de los aprobados a la entidad aseguradora. El referido seguro no podrá exigir requisitos de asegurabilidad, así como tampoco podrá prever un plazo de carencia o de espera. Deberá darse al asegurado como mínimo las siguientes opciones:

Seguro temporario con un plazo entre 5 y 10 años.
Seguro de vida entera.

En todos los casos deberá otorgarse la opción al jubilado de reducir su capital asegurado manteniendo el monto de la prima.

Asimismo, cabe resaltar que la cobertura a otorgar a los jubilados corresponde sólo al riesgo de muerte. Por ende, la prima a cobrar sólo debe contemplar este riesgo.

Deberá especificarse la forma de pago de las primas por parte de los jubilados desde el momento en que cese su relación laboral y el momento en que comience a cobrar los haberes previsionales.

TRABAJADORES NO COMPRENDIDOS OBLIGATORIAMENTE:

De conformidad con lo establecido en el tercer párrafo del artículo 4º de las condiciones generales comunes, deberán establecerse las condiciones para la adhesión al presente seguro de los empleados y obreros que se hallen al servicio del empleador y no estén comprendidos obligatoriamente en el mismo.

Dentro de las previsiones del presente acápite, quedan comprendidos los trabajadores que presten servicios al empleador en forma temporaria.

CAPITAL ADICIONAL

Se deberán establecer en forma clara los requisitos necesarios para la contratación del capital adicional