Comodoro Rivadavia, 30 agosto de 2022

Nota/DDJJ

PAN AMERICAN ENERGY SL SUCURSAL ARGENTINA

Por medio de la presente, MAURINO CESAR EDUARDO Y DE ANGELIS GUILLERMO FABIAN SH. CUIT 30-70958280-8, informamos que tenemos los empleados, NOVAS GARAY KEVIN WALTER DNI 37.519.331 y HERK FRANCO DNI 40.309.808, afectados al contrato nro. 7400011539 (Servicio de Mantenimiento Preventivo y Correctivo GYMS), desarrollan la función de Profesor de Educación Física y Mantenimiento del Gym en el Yacimiento.

Los mismos se encuentran en relación de dependencia, por tal motivo se presenta todos los meses a Pan American Energy SL Sucursal Argentina, certificado cobertura de Seguro de Vida Obligatorio (BBVA SEGUROS SA) y ART (EXPERTA).

Adjunto Póliza y Certificado cobertura de ART y SVO, no aplica el seguro de responsabilidad civil.

Sldos atte.

GUILLERMO FABIAN DE ANGELIS
SOCIO GERENTE
DNI 20.045.556
Saavedra 631
p/Maurino C. de Angelis G. S.H.

EXTREMO COMODORO AT. Leg. 12951 disp.1943/14
Saavedra 631 – 0297 4010983 – Comodoro Rivadavia - Chubut
info@extremocomodoro.com

BBVA Seguros

SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIG
POLIZA Nº 1202319
CERTIFICADO Nº 334763

TOMADOR	LUGAR Y FECHA DE EMISION	
MAURINO CESAR Y DE ANGELIS GUILLERMO SH **CUIT 30709582808** **SAN MARTIN 895 OFIC:13 0** **9000 COMODORO RIVADAVIA CHUBUT**	**Buenos Aires , 20 Octubre 2021**	
	VIGENCIA	
	desde las 00:00 hs del 01/11/2021	hasta las 24:00 hs del 31/10/2022
	ENDOSO	SUPLEMENTO
	0	0

PRIMA	PERCEP. IVA	REC. FINANCIEROS	IVA	SELLADO	IMPUESTOS/TASAS	II.BB.
$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00

MONEDA	PREMIO	MEDIO DE PAGO	CUOTAS	IMPORTE DE LA CUOTA
PESOS	$ 0,00	COBRADOR NO PRODUCTOR	0	$ 0,00

VENCIMIENTOS					

EXCLUSIONES POR COBERTURA: Ver Anexo I en Condiciones Generales

Adjuntas las condiciones Generales y Cláusulas de cobertura, disponibles en sitio web www.bbvaseguros.com.ar, como asimismo las Cláusulas adicionales de las Condiciones Particulares y Anexos que conforman la póliza.

PRODUCTOR: PATAGONIA BROKERS SA - Nro Matricula: 870

Cuando el texto de la póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerara aprobada por el asegurado sí no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza.

Los Asegurados podrán solicitar información de la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la entidad aseguradora, dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721(C1067ABC) Ciudad Autónoma de Buenos Aires o a el teléfono 4338-4000 (lineas rotativas) en el horario de 10:30 a 17:30; o vía Internet a la siguiente dirección: www.ssn.gov.ar.

INFORMACIÓN AL ASEGURADO

La compañía de seguros dispone de un Servicio de Atención al Asegurado que atenderá las consultas y reclamos que presenten los tomadores de seguros, asegurados, beneficiarios y/o derechohabientes. En caso de que el reclamo no haya sido resuelto o que haya sido denegada su admisión o desestimado, total o parcialmente, podrá comunicarse con la Superintendencia de Seguros de la Nación por teléfono al 0800 666 8400, correo electrónico a denuncias@ssn.gob.ar o por formulario web en www.argentina.gob.ar/ssn.
El Servicio de Atención al Asegurado está integrado por:
RESPONSABLE: Monica Raquel Presa
SUPLENTE: Marcelo Carlos Spadaro
Para consultas o reclamos, comunicarse con BBVA Seguros Argentina S.A. al 0800-999-4100, de lunes a viernes de 9 a 21 hs.

Compañía Aseguradora: BBVA SEGUROS ARGENTINA S.A.
Av. Córdoba 111, piso 22 - C1054AAA - Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Tel. 0800-999-4100
Lugar y Fecha: Buenos Aires, 20 Octubre 2021

Gastón Schisano
Gerente General
BBVA Seguros

El presente se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8 del Reglamento General de Actividad Aseguradora

BBVA Seguros

SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIG
POLIZA Nº 1202319
CERTIFICADO Nº 334763

Póliza Nº: 001202319
Tomador: MAURINO CESAR Y DE ANGELIS GUILLERMO SH
Domicilio: SAN MARTIN 895 OFIC:13 0
Localidad: 9000 COMODORO RIVADAVIA CHUBUT

C.U.I.T.: 30709582808
Producto: SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIG
Inicio de vigencia: 2021-11-01 Fin de vigencia: 2022-10-31
Coberturas: MUERTE

Nómina de asegurados:	**CUIT/DNI**
MORALES SUSANA NOEMI	27242552593
BENITEZ VERONICA LILIANA	27335190721
HERK JUAN CRUZ	20377669178
VELAZCO ANA REGINA	27376653817
BEQUER URBANO RODRIGO JAVIER	20341448523
DELGADO CARLOS GABRIEL	20347064433
REALES AXEL MARTIN	20385171626
PLAZA JULIAN EZEQUIEL	20353840402
HERK FRANCO	20402098083
BARTOLO FACUNDO	20337932291
OYARZUN MAXIMILIANO EZEQUIEL	20350778870
CLAVERO JULIAN MARCELO	20352082334
ARBE BERRA DARIAN EXEQUIEL RAUL	20360514154
ROCHA FACUNDO	20370686573
CACIJA FRANCO ARIEL	20371497227
ZARATE PABLO JAVIER	20371511173
NOVAS GARAY KEVIN WALTER	20375193311
VILARDO FRANCO SALVADOR	20376651755
DAINO MAXIMILIANO PATRICIO	20383592322
AGUAISOL GONZALO	20385172312
SOSA GERMAN	20387994875
TORRACA ALVAREZ SANTIAGO	20388077744
MAURINO FACUNDO EZEQUIEL	20394381048
MAURINO MAXIMILIANO RUBEN	23376652939
ARESTE JOAQUIN	23386839549
ORO VERONICA ANDREA	27350768241
RIVERO MICAELA ELISABET	27370681479
MONTENEGRO AGOSTINA	27370683536
ECHEVESTE SOFIA	27382993816
CIPRIANI VALENTINA	27382998192
MORA ORIANA AYLEN	27385174859
MAMY NICASTRO ANTONELLA IONA	27402098347
SEPULVEDA JUAN CARLOS	20302029688
SOSA MARIA JOSE	27328510230

SOSA NICOL IVANA	27403864582
VAZQUEZ FRANCO AGUSTIN	20377641788
ARESTE AGUSTINA	27379305720
OCAMPO ANAHI	27383005596
DIAZ CAMILA VALENTINA	27398974870
PEREZ AGUSTINA DEL CARMEN	27402067697
ÑANCO JONATAN ANDRES	20325882965
ALVAREZ RODRIGO SEBASTIAN	20371497146
ABADIE MATIAS AGUSTIN	20387981633
MAURINO LUCAS ENZO	20402098865
REARTE DARIO GONZALO	23337737269
IDIARTE NICOLAS DANIEL	23358891349
SOTO GONZALO MANUEL	23392059709
PAPPALARDO CRISTAQUIS MARIELA NOEMI DEL VALLE	27325504329
ELCONTAR GISELLE INES	27336859676
SALDIVIA MARCELA CELESTE	27348076723
VILLAGRA DORKA CELESTE	27348076960
VILLAGRAN LAURA SOLEDAD	27350472628
VERGARA ROCIO ALEJANDRA	27367187846
SANCHEZ MARIANA ELIZABETH MARIANA ELIZABETH	27375119922
GALLEGOS RUA CELESTE ANAHI	27388064620
GALLEGOS RUA ALDANA MARICEL	27402083390
FIDALGO ROCIO MARILINA	27410943722
BENITEZ ARIANA MICAELA	27412203297
DIAZ MARTINA ANDREA	27415197107
FAISCA CANDELA ARACELI	27419565100
DIAZ RAFAEL MARCELO LORENZO	23254153699
ZIMMERMANN AGUSTINA VALERIA	23385179294
AGÜERO ROSA ESTHER	27202127040
GARCIA CELESTE MARGARITA	27332602387
JUAREZ MARIANA DANIELA	27333721649
CORREA BRENDA JEMINA	27376659319
ORIHUELA ANDREA ANTONELA	27377212393
SANTOS CAMILA AGUSTINA	27387928184
TRAMALEO MAYRA ROCIO	27402062822
RONCONI MARIA EMILIA	27412204080

Gastón Schisano
Gerente General
BBVA Seguros

El presente se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8 del Reglamento General de Actividad Aseguradora

BBVA Seguros

Seguro de Vida Colectivo

Condiciones Generales



Creando Oportunidades

Condiciones Generales

Seguro de Vida Colectivo

Ante cualquier consulta, comuníquese con nuestro
Centro de Atención al Cliente:

0-800-999-4100

De lunes a viernes de 09:00 a 21:00 hs.
(Línea sin costo de larga distancia).

Los Asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la entidad aseguradora, dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 (C.P.1067), Ciudad de Buenos Aires; por teléfono al 4338-4000 (líneas rotativas), en el horario de 10:30 a 17:30hs.; o vía Internet a la siguiente dirección: www.ssn.gov.ar

Índice

- Anexo I - Advertencia - Exclusiones a La Cobertura 5
- Anexo 100 - Condiciones Generales 15
- Anexo 120 - Cobertura de Invalidez Total y Permanente - Liquidación del Capital Asegurado - Condiciones Generales Específicas 23
- Anexo 140 - Cobertura de Accidente. Indemnización Adicional en Caso de Muerte por Accidente “A” - Condiciones Generales Específicas 25
- Anexo 160 - Cobertura de Accidente - Indemnizaciones Adicionales por Accidente “B” - Condiciones Generales Específicas 26
- Anexo 180 - Cobertura de Accidente. Indemnizaciones Adicionales por Accidente “C” - Condiciones Generales Específicas. 29
- Anexo 200 - Cobertura de Accidente. Indemnizaciones Adicionales por Accidente “D” - Condiciones Generales Específicas 31
- Anexo 210 - Cobertura de las Esposas - Condiciones Generales Específicas. 34

- Anexo 230 - Cobertura de las Esposas y de los Hijos - Condiciones Generales Específicas 35
- Anexo 250 - Cobertura de Indemnización Anticipada. Pago Parcial Anticipado de la Indemnización por Fallecimiento en Caso de Enfermedad Terminal - Condiciones Generales Específicas 37
- Anexo 270 - Cobertura en Caso de Muerte Simultánea del Asegurado y su Cónyuge - Condiciones Generales Específicas 40
- Anexo 290 - Cobertura Beneficio Adicional por Hijo Póstumo - Condiciones Generales Específicas 40
- Anexo 310 - Cobertura de Transplantes. Condiciones Generales Específicas. 41
- Anexo 330 - Cobertura de Invalidez Total y Permanente Taxativa. Condiciones Generales Específicas 45
- Anexo 350 - Cláusula Adicional Indemnización por Diagnostico y Supervivencia a Enfermedades Graves. Condiciones Generales Específicas 48
- Anexo 370 - Cobertura Transplante de Órganos Amplia. Condiciones Generales Específicas 54
- Anexo 390 - Cláusula Adicional Renta Diaria por Internacion - Condiciones Generales Específicas 59
- Anexo 410 - Cláusula Adicional Gastos de Sepelio (Cláusula A) - Condiciones Generales Específicas 63
- Anexo 430 - Cláusula Adicional Gastos de Sepelio (Cláusula B) - Condiciones Generales Específicas 66

BBVA Seguros

Seguro de Vida Colectivo

CONDICIONES GENERALES

ANEXO I - ADVERTENCIA - EXCLUSIONES A LA COBERTURA

La Compañía no pagará la indemnización cuando el fallecimiento de un Asegurado se produjera como consecuencia de:

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

b) intervención en la prueba de prototipo de aviones, automóviles u otros vehículos de propulsión mecánica;

c) práctica o utilización de la aviación, salvo como pasajero en servicios de transporte aéreo regular;

d) intervención en otras ascensiones aéreas o en operaciones o viajes submarinos;

e) guerra que no comprenda a la Nación Argentina; en caso de comprenderla, las obligaciones de Contratante y de los Asegurados, así como las de la Compañía, se regirán por las normas que, en tal emergencia, dictaren las autoridades competentes;

f) suicidio voluntario, salvo que haya estado ininterrumpidamente asegurado por esta Póliza por lo menos durante un año antes de hecho;

g) desempeño paralelo de las profesiones de acróbata, buzo, jockey y domador de potros o fieras y de tareas con manipuleo de explosivos o con exposición a radiaciones atómicas, salvo pacto en contrario;

h) participación en empresa criminal o aplicación legítima de la pena de muerte;

i) acontecimientos catastróficos originados por la energía atómica.

COBERTURA DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE - LIQUIDACIÓN DEL CAPITAL ASEGURADO

Si esta cobertura hubiera sido contratada, quedan excluídas de la misma las consecuencias de:

a) tentativa de suicidio voluntario o culpa grave del Asegurado;

b) Duelo, riña, salvo que se tratase de legitima defensa; huelga o tumulto popular en que hubiese participado como elemento activo; revolución; o empresa criminal;

c) Abuso de alcohol; , drogas o narcóticos;

d) Acciones de guerra, declarada o no, dentro o fuera del país;

e) Participar como conductor o integrante de equipo en competencias de pericia y/o velocidad, con vehículos mecánicos o de tracción a sangre, o en justas hípicas (saltos de vallas o carreras con obstáculos);

f) Intervenir en la prueba de prototipos de aviones, automóviles u otros vehículos de propulsión mecánica;

g) Practicar o hacer uso de la aviación, salvo como pasajero en servicios de transporte aéreo regular;

h) Intervenir en otras ascensiones aéreas o en operaciones o viajes submarinos;
i) Acontecimientos catastróficos originados por la energía atómica.

COBERTURA DE ACCIDENTE. INDEMNIZACION ADICIONAL EN CASO DE MUERTE POR ACCIDENTE "A"

Si esta cobertura hubiera sido contratada, quedan excluídos de la misma los accidentes que sean consecuencia de:
a) heridas o lesiones, producida en el lugar o dentro de las horas de trabajo;
b) tentativa de suicidio voluntario o culpa grave del asegurado;
c) duelo, riña, salvo que se tratase de legitima defensa; huelga o tumulto popular en que hubiese participado come elemento activo; revolución; o empresa criminal;
d) abuso de alcohol, drogas o narcóticos
e) acciones de guerra, declarada o no, dentro o fuera del país;
f) participar como conductor o integrante de equipo en competencias de pericia y/o velocidad, con vehículos mecánicos o de tracción a sangre, o en juntas hípicas (saltos de vallas o carreras con obstáculos);
g) intervenir en la prueba de prototipos de aviones, automóviles u otros vehículos de propulsión mecánica
h) practicar o hacer uso de la aviación, salvo como pasajero en servicios de transporte aéreo regular;
i) intervenir en otras ascensiones aéreas o en operaciones o viajes submarinos;
j) inhalación de gases o envenenamientos de cualquier naturaleza
k) operación quirúrgica no motivada por accidente;
l) fenómenos sísmicos, huracanes
m) actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por ninguna necesidad profesional, salvo en caso de tentativa de salvamento de vidas o bienes;
n) acontecimientos catastróficos originados por la energíaatómica

COBERTURA DE ACCIDENTE. INDEMNIZACION ADICIONAL EN CASO DE MUERTE POR ACCIDENTE "B"

Si esta cobertura hubiera sido contratada, quedan excluídos de la misma los accidentes que sean consecuencia de:
a) heridas o lesiones, producida en el lugar o dentro de las horas de trabajo;
b) tentativa de suicidio voluntario o culpa grave del asegurado;
c) duelo, riña, salvo que se tratase de legitima defensa; huelga o tumulto popular en que hubiese participado come elemento activo; revolución; o empresa criminal;
d) abuso de alcohol, drogas o narcóticos
e) acciones de guerra, declarada o no, dentro o fuera del país;
f) participar como conductor o integrante de equipo en competencias de pericia y/o velocidad, con vehículos mecánicos o de tracción a sangre, o en juntas hípicas (saltos de vallas o carreras con obstáculos);
g) intervenir en la prueba de prototipos de aviones, automóviles u otros vehículos de propulsión mecánica
h) practicar o hacer uso de la aviación, salvo como pasajero en servicios de transporte aéreo regular;
i) intervenir en otras ascensiones aéreas o en operaciones o viajes submarinos;
j) inhalación de gases o envenenamientos de cualquier naturaleza

k) operación quirúrgica no motivada por accidente;
l) fenómenos sísmicos, huracanes
m) actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por ninguna necesidad profesional, salvo en caso de tentativa de salvamento de vidas o bienes;
n) acontecimientos catastróficos originados por la energíaatómica

COBERTURA DE ACCIDENTE. INDEMNIZACIONES ADICIONALES POR ACCIDENTE "C"

Si esta cobertura hubiera sido contratada, quedan excluídos de la misma los accidentes que sean consecuencia de:
a) heridas o lesiones, producidas en el lugar o dentro de las horas de trabajo;
b) tentativa de suicidio voluntario o culpa grave del Asegurado;
c) duelo, riña, salvo que se tratase de legítima defensa; huelga o tumulto popular en que hubiese participado come elemento activo; revolución; o empresa criminal;
d) abuso de alcohol, drogas o narcóticos
e) acciones de guerra, declarada o no, dentro o fuera del país;
f) participar como conductor o integrante de equipo en competencias de pericia y/o velocidad, con vehículos mecánicos o de tracción a sangre, o en juntas hípicas (saltos de vallas o carreras con obstáculos);
g) intervenir en la prueba de prototipos de aviones, automóviles u otros vehículos de propulsión mecánica
h) practicar o hacer uso de la aviación, salvo como pasajero en servicios de transporte aéreo regular;
i) intervenir en otras ascensiones aéreas o en operaciones o viajes submarinos;
j) inhalación de gases o envenenamiento de cualquier naturaleza;
k) operación quirúrgica no motivada por accidente;
l) fenómenos sísmicos, huracanes;
m) actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por ninguna necesidad profesional, salvo en caso de tentativa de salvamento de vidas o bienes;
n) acontecimientos catastróficos originados por la energíaatómica

COBERTURA DE ACCIDENTE. INDEMNIZACIONES ADICIONALES POR ACCIDENTE "D"

Si esta cobertura hubiera sido contratada, quedan excluídos de la misma los accidentes que sean consecuencia de:
a) tentativa de suicidio voluntario o culpa grave del asegurado;
b) duelo, riña, salvo que se tratase de legitima defensa; huelga o tumulto popular en que hubiese participado come elemento activo; revolución; o empresa criminal;
c) abuso de alcohol, drogas o narcóticos
d) acciones de guerra, declarada o no, dentro o fuera del país;
e) participar como conductor o integrante de equipo en competencias de pericia y/o velocidad, con vehículos mecánicos o de tracción a sangre, o en juntas hípicas (saltos de vallas o carreras con obstáculos);
f) intervenir en la prueba de prototipos de aviones, automóviles u otros vehículos de propulsión mecánica
g) practicar o hacer uso de la aviación, salvo como pasajero en servicios de transporte aéreo regular;

h) intervenir en otras ascensiones aéreas o en operaciones o viajes submarinos;
i) operación quirúrgica no motivada por accidente;
j) actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por ninguna necesidad profesional, salvo en caso de tentativa de salvamento de vidas o bienes;
k) acontecimientos catastróficos originados por la energíaatómica

COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN ANTICIPADA. PAGO PARCIAL ANTICIPADO DE LA INDEMNIZACIÓN POR FALLECIMIENTO EN CASO DE ENFERMEDAD TERMINAL

Si esta Cláusula hubiera sido contratada, la Compañía no anticipará ninguna indemnización cuando la enfermedad terminal sea consecuencia de las siguientes causas:
a) Tentativa de suicidio voluntario del Asegurado;
b) Si es provocada deliberadamente por acto ilícito del Contratante del presente seguro, excepto que el pago de la prima esté a cargo del Asegurado; o en caso de accidente si es provocado por dolo o culpa grave del Asegurado;
c) Por duelo o riña, salvo que se tratase de legítima defensa; empresa o acto criminal o aplicación legítima de la pena de muerte;
d) Acto de guerra civil o internacional, guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo;
e) Abuso del alcohol, drogas, estupefacientes, narcóticos o estimulantes;
f) Someterse a intervenciones médicas o quirúrgicas ilícitas;
g) Por la práctica o el uso de la navegación aérea, salvo como pasajero en líneas regulares, o por ascensiones aéreas o aladeltismo;
h) Por la participación en viajes o prácticas deportivas submarinas o subacuáticas o escalamiento de montaña;
i) Competir en pruebas de pericia y/o velocidad con vehículos mecánicos o de tracción a sangre o en justas hípicas, o de cualquier prueba análoga;
j) Intervenir en pruebas de prototipos de aviones, automóviles y otros vehículos de propulsión mecánica;
k) Desempeño paralelo de las profesiones de acróbata, buzo, jockey y domador de potros o fieras y/o prácticas de deportes o actividades peligrosas como alpinismo, andinismo, esquí acuático o de montaña, motonáutica u otras actividades análogas y manipuleo de explosivos y/o armas o con exposición a radiaciones atómicas, salvo pacto en contrario;
l) Acontecimientos catastróficos originados por reacciones nucleares;
m) Autolesión: acción directa, física o mecánica, que una persona asegurada ejerce o hace ejercer sobre su propio cuerpo y que tiene como consecuencia la destrucción de un órgano o miembro.

COBERTURA DE TRANSPLANTES

Si esta cobertura hubiera sido contratada, la Compañía no pagará la indemnización cuando el transplante de órgano sea consecuencia de alguna de las siguientes causas:
a) Tentativa de suicidio voluntario del Asegurado;
b) Si es provocada deliberadamente por acto ilícito del Contratante del presente seguro, o en caso de accidente si es provocado por dolo o culpa grave del Asegurado;

c) Por duelo o riña, salvo que se tratase de legítima defensa; empresa o acto criminal;
d) Acto de guerra civil o internacional, guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo;
e) Abuso del alcohol, drogas, estupefacientes, narcóticos o estimulantes;

f) Someterse a intervenciones médicas o quirúrgicas ilícitas; tratamientos no autorizados legalmente o de carácter experimental o realizados en instituciones o por personal legalmente no habilitado teniendo conocimiento de tal circunstancia;
g) Por la práctica o el uso de la navegación aérea, salvo como pasajero en líneas regulares, o por otras ascensiones aéreas, aladeltismo o parapente;
h) Por la participación en viajes o excursiones a zonas o regiones inexploradas o prácticas deportivas submarinas o subacuáticas o escalamiento de montaña;
i) Competir en pruebas de pericia y/o velocidad con vehículos mecánicos o de tracción a sangre o en justas hípicas, o cualquier prueba análoga;
j) Intervenir en pruebas de prototipos de aviones, automóviles y otros vehículos de propulsión mecánica;
k) Desempeño paralelo de las profesiones de acróbata, buzo, jockey y domador de potros o fieras y/o prácticas de deportes o actividades peligrosas como alpinismo, andinismo, esquí acuático o de montaña, motonáutica u otras actividades análogas y manipuleo de explosivos y/o armas o con exposición a radiaciones atómicas, salvo pacto encontrario;
l) Acontecimientos catastróficos originados por reacciones o accidentes nucleares; químicos, biológicos o bacteriológicos y/o fenómenos naturales, epidemias o pestes;
m) Acontecimientos catastróficos tales como terremotos, inundaciones, aluviones, maremotos, erupciones volcánicas y huracanes;
n) Actos notoriamente peligrosos que no están justificados por ninguna necesidad profesional, salvo en caso de salvar vidas o bienes;
o) Accidentes derivados de uso de motonetas, motocicletas, motos o similares vehículos;
p) Inhalaciones de gases o envenenamientos de cualquier naturaleza;
q) No se cubrirán enfermedades preexistentes a la fecha de vigencia del Certificado Individual que sean causa de un diagnóstico de transplante futuro;
r) Ningún pago se hará efectivo bajo este seguro si la necesidad de un transplante ha sido diagnosticada durante un período de ciento veinte (120) días desde la fecha de comienzo del Certificado Individual;
s) Se excluyen transplantes de médula ósea secundarios a aplasias medulares provocados por tratamientos oncológicos que requieran autotransplante de células medulares. Sólo están incluídos los transplantes de médula ósea como consecuencia de patologías primarias de la misma;
t) Quedan excluídas del beneficio aquellas personas que, a su ingreso o reingreso al seguro estén con indicación formal de transplante de órganos en tratamientos oncológicos de cualquier naturaleza o en hemodiálisis crónica en cualquiera de sus formas, o se encuentre en lista de espera del I.N.C.U.C.A.I.
u) Quedan expresamente excluídas todo tipo de homologación u

operaciones que no sean los transplantes de órganos humanos estipulados, como todo trámite referido directa o indirectamente a la provisión de órganos;
v) Se excluyen transplantes de órganos transgénicos, animales, mecánicos o transitorios.
Los transplantes deberán ser realizados en establecimientos de la República Argentina, debidamente autorizados a tal fin por la autoridad nacional competente, y por profesionales habilitados para tal fin, quedando excluída cualquier indemnización por transplantes que no cumpla con estos requisitos.

COBERTURA DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE TAXATIVA

Sin perjuicio de las exclusiones indicadas en las Condiciones Generales, el Asegurador no pagará la indemnización prevista en estas condiciones específicas, cuando la invalidez del Asegurado se produjera por alguna de las siguientes causas:
a) Tentativa de suicidio voluntario del Asegurado;
b) Si es provocada deliberadamente por acto ilícito del Contratante del presente seguro, excepto que el pago de la prima esté a cargo del Asegurado; o en caso de accidente si es provocado por dolo o culpa grave del Asegurado;
c) Por duelo o riña, salvo que se tratase de legítima defensa; empresa o acto criminal;
d) Acto de guerra civil o internacional , guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo;
e) Abuso del alcohol, drogas, estupefacientes, narcóticos o estimulantes;
f) Someterse a intervenciones médicas o quirúrgicas ilícitas;
g) Por la práctica o el uso de la navegación aérea, salvo como pasajero en líneas regulares, o por otras ascensiones aéreas o aladeltismo;
h) Por la participación en viajes o prácticas deportivas submarinas o subacuáticas o escalamiento de montaña;
i) Competir en pruebas de pericia y/o velocidad con vehículos mecánicos o de tracción a sangre o en justas hípicas, o cualquier otra prueba análoga;
j) Intervenir en pruebas de prototipos de aviones, automóviles y otros vehículos de propulsión mecánica;
k) Desempeño paralelo de las profesiones de acróbata, buzo, jockey y domador de potros o fieras y/o la práctica de deportes o actividades peligrosas como alpinismo, andinismo, esquí acuático o de montaña, motonáutica u otras actividades análogas y manipuleo de explosivos y/o armas o con exposición a radiaciones atómicas, salvo pacto en contrario;
l) Acontecimientos catastróficos originados por reacciones nucleares.

COBERTURA DE INDEMNIZACION POR DIAGNOSTICO Y SUPERVIVENCIA A ENFERMEDADES GRAVES

Sin perjuicio de las exclusiones indicadas en las Condiciones Generales, El Asegurador no pagará la indemnización prevista en las presentes Condiciones Específicas, cuando el evento cubierto sea consecuencia de alguna de las siguientes causas:
a) Participación como conductor o integrante de equipos en competencias de pericia o velocidad, con vehículos mecánicos o de tracción a sangre, o en justas hípicas.

b) Intervención en la prueba de prototipos de aviones, automóviles u otros vehículos de propulsión mecánica.
c) Practica o utilización de la aviación, salvo como pasajero en servicios de transporte en líneas aéreas regulares con itinerario fijo o en "vuelos Charters" contratados entre una empresa transportadora y una agencia de viajes, con características similares a los servicios de transporte aéreo regular.
0
e) Guerra, declarada o no, que no comprenda a la Nación Argentina; en caso de comprenderla, las obligaciones del Contratante y de los Asegurados, así como las del Asegurador, se regirán por las normas que, en tal emergencia, dictaren las autoridades competentes.
f) Tentativa de suicidio voluntario.
g) Acontecimientos catastróficos originados por la energía atómica o nuclear, fenómenos sísmicos, inhalación de gases o envenenamiento de cualquier naturaleza u otros fenómenos naturales de características catastróficas.
h) Inhalación de gases o envenenamiento de cualquier naturaleza.
i) Desempeño paralelo de las profesiones de acróbata, buzo, jockey, domador de potros o fieras o de tareas con manipuleo de explosivos o con exposición a radiaciones atómicas.
j) Duelo o riña, salvo que se trate de legitima defensa. Actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo. Participación en empresa criminal.
k) Acto ilícito provocado deliberadamente por el Tomador, excepto que el pago de la prima esté a cargo del Asegurado.
l) Abuso de alcohol o narcóticos, consumo de drogas, enervantes, estimulantes o similares excepto que fueran utilizados bajo prescripción medica.
m) Actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por ninguna necesidad profesional, salvo en caso de tentativa de salvamento de vidas o bienes.
n) Intervenciones medicas ilícitas.
o) Participación en viajes o excursiones a regiones o zonas inexploradas.
p) El cáncer ocasionado por cualquier tumor de la piel (excepto melanomas malignos), cánceres muy precoces, cáncer in situ no invasivo.
q) Heridas autoinfligidas por el Asegurado, aun las cometidas en estado de insanía, psicopatía o enajenación mental.
r) Cualquier enfermedad que no esté específicamente definida en estas Condiciones Específicas

COBERTURA DE TRANSPLANTE DE ORGANOS AMPLIA

Sin perjuicio de las exclusiones indicadas en las Condiciones Generales, la Compañía no pagará la indemnización prevista en las presentes Condiciones Específicas cuando el transplante de órgano sea consecuencia de alguna de las siguientes causas:
a) Participación como conductor o integrante de equipos en competencias de pericia o velocidad, con vehículos mecánicos o de tracción a sangre, o en justas hípicas.
b) Intervención en la prueba de prototipos de aviones, automóviles u otros vehículos de propulsión mecánica.
c) Practica o utilización de la aviación, salvo como pasajero en servicios de transporte en líneas aéreas regulares con itinerario fijo o en "vuelos Charters" contratados entre una empresa transportadora y una agencia de viajes, con

características similares a los servicios de transporte aéreo regular.

d) Intervención en otras ascensiones aéreas o en operaciones o viajes submarinos. Escalamiento de montañas o práctica de paracaidismo o aladeltismo.

e) Guerra, declarada o no, que no comprenda a la Nación Argentina; en caso de comprenderla, las obligaciones del Contratante y de los Asegurados, así como las del Asegurador, se regirán por las normas que, en tal emergencia, dictaren las autoridades competentes.

f) Tentativa de suicidio voluntario.

g) Acontecimientos catastróficos originados por la energía atómica o nuclear, fenómenos sísmicos, inhalación de gases o envenenamiento de cualquier naturaleza u otros fenómenos naturales de características catastróficas.

h) Inhalación de gases o envenenamiento de cualquier naturaleza.

i) Desempeño paralelo de las profesiones de acróbata, buzo, jockey, domador de potros o fieras o de tareas con manipuleo de explosivos o con exposición a radiaciones atómicas.

j) Duelo o riña, salvo que se trate de legitima defensa. Actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo. Participación en empresa criminal.

k) Acto ilícito provocado deliberadamente por el Tomador, excepto que el pago de la prima esté a cargo del Asegurado.

l) Abuso de alcohol o narcóticos, consumo de drogas, enervantes, estimulantes o similares excepto que fueran utilizados bajo prescripción medica.

m) Actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por ninguna necesidad profesional, salvo en caso de tentativa de salvamento de vidas o bienes.

n) Intervenciones medicas ilícitas.

o) Participación en viajes o excursiones a regiones o zonas inexploradas.

p) Heridas autoinfligidas por el Asegurado, aun las cometidas en estado de insanía, psicopatía o enajenación mental.

q) No se cubrirán enfermedades preexistentes a la fecha de vigencia de las Condiciones Específicas en el respectivo Certificado Individual que sean causa de un diagnóstico de transplante futuro.

r) Ningún pago se hará efectivo bajo este seguro si la necesidad de un transplante ha sido diagnosticada durante un período de 120 días desde la fecha de inicio de vigencia de las presentes Condiciones Específicas en el respectivo Certificado Individual.

s) Los transplantes deberán ser realizados en establecimientos de la República Argentina, debidamente autorizados a tal fin por la autoridad nacional competente, y por profesionales habilitados para tal fin, quedando excluida cualquier indemnización por transplantes que no cumpla con estos requisitos.

COBERTURA DE RENTA DIARIA POR INTERNACION

Sin perjuicio de las exclusiones indicadas en las Condiciones Generales, estas Condiciones Específicas no cubren internaciones por:

a) Participación como conductor o integrante de equipos en competencias de pericia o velocidad, con vehículos mecánicos o de tracción a sangre, o en justas hípicas.

b) Intervención en la prueba de prototipos de aviones, automóviles u otros vehículos de propulsión mecánica.

c) Practica o utilización de la aviación, salvo como pasajero en servicios de transporte en líneas aéreas regulares con itinerario fijo o en "vuelos Charters" contratados entre una empresa
transportadora y una agencia de viajes, con características similares a los servicios de transporte aéreo regular.
d) Intervención en otras ascensiones aéreas o en operaciones o viajes submarinos. Escalamiento de montañas o práctica de paracaidismo o aladeltismo.
e) Guerra, declarada o no, que no comprenda a la Nación Argentina; en caso de comprenderla, las obligaciones del Contratante y de los Asegurados, así como las del Asegurador, se regirán por las normas que, en tal emergencia, dictaren las autoridades competentes.
f) Tentativa de suicidio voluntario.
g) Acontecimientos catastróficos originados por la energía atómica o nuclear, fenómenos sísmicos, inhalación de gases o envenenamiento de cualquier naturaleza u otros fenómenos naturales de características catastróficas.
h) Inhalación de gases o envenenamiento de cualquier naturaleza.
i) Desempeño paralelo de las profesiones de acróbata, buzo, jockey, domador de potros o fieras o de tareas con manipuleo de explosivos o con exposición a radiaciones atómicas.
j) Duelo o riña, salvo que se trate de legitima defensa. Actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo. Participación en empresa criminal o aplicación legítima de la pena de muerte.
k) Acto ilícito provocado deliberadamente por el Tomador, excepto que el pago de la prima esté a cargo del Asegurado.
l) Abuso de alcohol o narcóticos, consumo de drogas, enervantes, estimulantes o similares excepto que fueran utilizados bajo prescripción medica.
m) Actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por ninguna necesidad profesional, salvo en caso de tentativa de salvamento de vidas o bienes.
n) Intervenciones medicas ilícitas.
o) Accidente que el Asegurado por acción u omisión provoque dolosamente o con culpa grave.
p) Participación en viajes o excursiones a regiones o zonas inexploradas.
q) Heridas autoinfligidas por el Asegurado, aun las cometidas en estado de insanía, psicopatía o enajenación mental.
r) La realización de estudios de diagnósticos, análisis, radiografías, radioscopía o fisioterapia salvo que como consecuencia del diagnóstico que resulte de los mismos, el Asegurado tuviera que someterse a una internación hospitalaria.
s) Cualquier enfermedad, situación clínica, anormalidad o deformación originada antes de la fecha de inicio de vigencia de las presentes Condiciones Específicas o del correspondiente Certificado Individual, de ambas la posterior.
t) Curas de reposo, adelgazamiento, rejuvenecimiento o ayuno prolongado.
u) Aislamiento o internación cuarentenaria por enfermedades infecto-contagiosas.
v) Prácticas de cirugías plásticas para condiciones preexistentes o cirugías estéticas, excepto las reconstructivas que resulten indispensables a consecuencia de un accidente indemnizable bajo estas Condiciones Específicas.

w) Prácticas de radioterapia, radioumterapia, médium o isótopos.
x) Esterilización y procedimientos anticonceptivos, así como las consecuencias que deriven de ellos. Tratamientos de infertilidad, impotencia y frigidez.
y) Tratamiento odontológico.
z) Maternidad, comprendiendo toda internación que se lleve a cabo durante el embarazo, sea consecuencia o no de ésta; el parto y hasta los cuarenta y cinco (45) días posteriores al mismo.
aa) Tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica nerviosa, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.
bb) Las internaciones por un plazo menor al período de espera estipulado en el Certificado Individual, salvo que resulte de aplicación las previsiones establecidas en el artículo 5 de las presentes Condiciones Específicas.

COBERTURA DE GASTOS DE SEPELIO (CLÁUSULA A)

Sin perjuicio de las exclusiones indicadas en las Condiciones Generales, la Compañía, salvo pacto en contrario, no abonará los gastos de sepelio del asegurado cuando su fallecimiento sea consecuencia de alguna de las siguientes causas:
a) Suicidio voluntario, hasta los veinticuatro (24) meses contados desde el inicio de vigencia de la presente cláusula;
b) Por duelo o riña, salvo que se tratase en legítima defensa; acto criminal por el que resulte responsabilizado el contratante de la póliza;
c) Acto de guerra civil o internacional, guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo; participación en empresa criminal;
d) Guerra declarada o no, que comprenda a la República Argentina; en caso de comprenderla, las obligaciones del Asegurado, como las de la Compañía, se regirán por las normas que en tal caso dictaren las autoridades competentes;
e) Abuso del alcohol, drogas, estupefacientes, narcóticos o estimulantes;
f) Consumo de drogas, enervantes, estimulantes o similares excepto si se demuestra que fueron utilizados bajo prescripción médica sin incurrir en abuso;
g) Por la práctica o el uso de la navegación aérea, salvo como pasajero en líneas regulares, o por otras ascensiones aéreas, aladeltismo, parapente o salto con paracaídas;
h) Por la participación en viajes o excursiones a zonas o regiones inexploradas o prácticas deportivas submarinas o subacuáticas o escalamiento de montaña;
i) Competir en pruebas de pericia y/o velocidad con vehículos mecánicos o de tracción a sangre o en justas hípicas, o cualquier otra prueba análoga;
j) Intervenir en pruebas de prototipos de aviones, automóviles y otros vehículos de propulsión mecánica;
k) Desempeño paralelo de las profesiones de acróbata, buzo, jockey y domador de potros o fieras y/o la práctica de deportes o actividades peligrosas como alpinismo, andinismo, esquí acuático o de montaña, motonáutica u otras actividades análogas y manipuleo de explosivos y/o armas o con exposición a radiaciones atómicas, salvo pacto en contrario;
l) Acontecimientos catastróficos originados por reacciones o accidentes nucleares; químicos, biológicos o bacteriológicos y/o fenómenos naturales epidemias o pestes;
m) Acontecimientos catastróficos tales como terremotos, inundaciones, aluviones, maremotos, erupciones volcánicas y huracanes.

COBERTURA DE GASTOS DE SEPELIO (CLAUSULA B)

Sin perjuicio de las exclusiones indicadas en las Condiciones Generales, la Compañía, salvo pacto en contrario, no cubrirá el importe que demandare el servicio de sepelio, cuando el fallecimiento sea consecuencia de alguna de las siguientes causas:

a) Suicidio voluntario, hasta los veinticuatro (24) meses contados desde el inicio de vigencia de la presente cláusula;

b) Por duelo o riña, salvo que se tratase en legítima defensa; acto criminal por el que resulte responsabilizado el contratante de la póliza;

c) Acto de guerra civil o internacional, guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo; participación en empresa criminal;

d) Guerra declarada o no, que comprenda a la República Argentina; en caso de comprenderla, las obligaciones del Asegurado, como las de la Compañía, se regirán por las normas que en tal caso dictaren las autoridades competentes;

e) Abuso del alcohol, drogas, estupefacientes, narcóticos o estimulantes;

f) Consumo de drogas, enervantes, estimulantes o similares excepto si se demuestra que fueron utilizados bajo prescripción médica sin incurrir en abuso;

g) Por la práctica o el uso de la navegación aérea, salvo como pasajero en líneas regulares, o por otras ascensiones aéreas, aladeltismo, parapente o salto con paracaídas;

h) Por la participación en viajes o excursiones a zonas o regiones inexploradas o prácticas deportivas submarinas o subacuáticas o escalamiento de montaña;

i) Competir en pruebas de pericia y/o velocidad con vehículos mecánicos o de tracción a sangre o en justas hípicas, o cualquier otra prueba análoga;

j) Intervenir en pruebas de prototipos de aviones, automóviles y otros vehículos de propulsión mecánica;

k) Desempeño paralelo de las profesiones de acróbata, buzo, jockey y domador de potros o fieras y/o la práctica de deportes o actividades peligrosas como alpinismo, andinismo, esquí acuático o de montaña, motonáutica u otras actividades análogas y manipuleo de explosivos y/o armas o con exposición a radiaciones atómicas, salvo pacto en contrario;

l) Acontecimientos catastróficos originados por reacciones o accidentes nucleares; químicos, biológicos o bacteriológicos y/o fenómenos naturales epidemias o pestes;

m) Acontecimientos catastróficos tales como terremotos, inundaciones, aluviones, maremotos, erupciones volcánicas y huracanes.

ANEXO 100 - CONDICIONES GENERALES

Artículo 1° - DISPOSICIONES FUNDAMENTALES

1) Las partes contratantes se someten a las disposiciones de la Ley de Seguros (N° 17.418) y a las de la presente póliza que la complementan o modifican, cuando ello es admisible. En caso de no coincidir las Condiciones Generales con las Particulares, se estará a lo que dispongan estas últimas.

2) Esta Póliza ha sido extendida por la Compañía sobre la base de las

declaraciones suscriptas por el Contratante y por los Asegurados en sus respectivas solicitudes. Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Contratante o por los asegurados, aún hecha de buena fe, que a juicio de peritos hubiere impedido el contrato o la aceptación de los seguros individuales, o habría modificado las condiciones de los mismos, si la Compañía hubiera sido cerciorada del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato o los certificados de los Asegurados, según elcaso.

3) Esta póliza adquiere fuerza legal desde las doce (12) horas del día fijado como comienzo de su vigencia.

Artículo 2° - PERSONAS ASEGURABLES

1) Se consideran asegurables a la fecha de emisión de esta Póliza todos aquellos empleados del Contratante que se encuentren en servicio activo en dicha fecha

2) Los empleados del Contratante que a la fecha de emisión de esta Póliza no se encuentren en servicio activo, serán asegurables a partir del día primero del mes siguiente a aquél en que reanuden su trabajo.

3) Los empleados que en el futuro entren al servicio del Contratante, serán asegurables a partir del día primero del mes siguiente a la fecha en que cumplan tres (3) meses de servicio activo y continuo. Los empleados que reingresen al servicio del Contratante, podrán eximirse del plazo de espera, siempre que presenten pruebas de asegurabilidad satisfactorias para la Compañía y paguen los gastos necesarios para obtenerlas.

4) Se entiende por "servicio activo" el desempeño normal de tareas al servicio del Contratante por las personas que figuran en la lista del personal activo, sin perjuicio de que en los casos que indica el Artículo 12°, inciso 4) la suspensión del trabajo o la terminación del empleo no implique la cancelación del seguro.

5) El término "empleados" comprende a éstos como asimismo a los obreros, los jubilados en las condiciones del Artículo 13°, y los dueños únicos o socios y directores de la empresa que dediquen a la misma un mínimo de 30 horas semanales.

Artículo 3° - FORMA Y PLAZO PARA SOLICITAR EL SEGURO INDIVIDUAL

1) Todo empleado asegurable que desee incorporarse a esta Póliza, deberá solicitarlo por escrito en los formularios de solicitud individual que a este efecto proporciona la Compañía. La solicitud deberá formularla dentro del plazo de un mes (no inferior a treinta – 30 - días), a contar desde la fecha en que sea asegurable.

2) Los empleados asegurables que soliciten su incorporación a esta Póliza después de transcurrido el plazo indicado en el inciso anterior, como asimismo los que vuelvan a solicitar el seguro después de haberlo rescindido, deberán presentar pruebas de asegurabilidad satisfactorias para la Compañía y pagar los gastos que se originen para obtenerlas.

Artículo 4° - CANTIDAD MÍNIMA DE ASEGURADOS Y PORCENTAJE MÍNIMO DE ADHESIÓN

1) Es requisito primordial para que este seguro pueda mantenerse en vigencia, en las condiciones pactadas en materia de capitales asegurados y tarifa de primas, que tanto la cantidad de asegurados como el porcentaje de los mismos con relación a los que se hallen en condiciones de ser

incorporados al seguro alcancen por lo menos, a los mínimos indicados en las Condiciones Particulares de esta Póliza.
2) Si en un determinado momento no se reunieran los mínimos antes mencionados, la Compañía se reserva el derecho de reducir las sumas aseguradas o de modificar la tarifa de primas aplicada. La Compañía notificará su decisión por escrito al Contratante con una anticipación mínima de treinta (30) días.

Artículo 5° - FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DE CADA SEGURO INDIVIDUAL

1) El seguro de los empleados asegurables que hubieran solicitado su incorporación a esta Póliza hasta las doce (12) horas del día fijado como comienzo de su vigencia, comenzará a regir desde dicha hora y fecha.
2) El seguro de los empleados asegurables que soliciten su incorporación a esta Póliza con posterioridad al momento de su vigencia, regirá a partir de la cero (0) hora del día primero del mes que siga a la fecha de la solicitud, o a la de aprobación de las pruebas de asegurabilidad en caso de ser necesarias.

Artículo 6° - ESCALA DE CAPITALES ASEGURADOS

1) La suma con que está cubierto cada asegurado se ajustará a la escala que se consigna en el cuadro "Capitales Asegurados Individuales".
2) El Contratante deberá comunicar de inmediato a la Compañía todo aumento o disminución de cualquier capital asegurado, resultante de la aplicación de la mencionada escala. La modificación regirá desde la fecha en que la Compañía reciba la mencionada comunicación o desde la fecha en que se opere el cambio de sueldo, si esta fuese posterior, y siempre que la Compañía devengue la correspondiente prima desde esa fecha y que el Asegurado se encuentre entonces en servicio activo. Cuando el Asegurado no se halle en servicio activo, la modificación regirá desde el día primero del mes siguiente al de su reincorporación al mismo.
3) A partir del día primero 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.

Artículo 7° - PRIMAS DEL SEGURO

1) La prima media inicial por mil de capital asegurado inserta en las Condiciones Particulares de esta Póliza regirá durante el primer año de vigencia del seguro. Dicha prima media será ajustada en cada aniversario de la Póliza por la Compañía, quien comunicará por escrito al Contratante la nueva prima media resultante, con una anticipación no menor de treinta (30) días a la fecha del aniversario en que comience a regir la misma.
2) La prima media se aplicará sin ninguna discriminación de edades a todos los asegurados.
3) La prima media resultará de aplicar la tarifa de la Compañía correspondiente a la edad alcanzada y al capital asegurado de cada seguro individual, tanto de los empleados en servicio activo del Contratante como de aquellos que, no obstante haber dejado de pertenecer al mismo, continúan en el seguro de acuerdo a lo establecido en el Artículo 13°, y de dividir la suma correspondiente por el total de los capitales asegurados.
4) En cualquier momento en que se produzca una variación superior

al veinticinco por ciento (25%) en la cantidad de asegurados y/o en la suma de los seguros individuales, el Contratante o la Compañía podrán exigir un nuevo cálculo de prima promedio, la que regirá hasta el próximo aniversario de esta Póliza.

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

Artículo 8° - PAGO DE LAS PRIMAS

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

Artículo 9° - PLAZO DE GRACIA

1) La Compañía concede un plazo de gracia de un mes (no inferior a treinta – 30 – días) para el pago, sin recargo de intereses, de todas las primas. Durante ese plazo esta Póliza continuará en vigor, y si dentro de él se produjera el fallecimiento de uno o más de los asegurados, la prima correspondiente al seguro de los fallecidos deberá ser pagada por el Contratante junto con la de los Asegurados sobrevivientes.

2) Para el pago de la primera prima el plazo de gracia se contará desde la fecha de vigencia de esta Póliza. Para el pago de las primas siguientes dicho plazo de gracia correrá a partir de las doce

(12) horas de día en que venza cada una.

3) Vencido el plazo de gracia y no abonada la prima caducarán los derechos emergentes de esta Póliza.

4) Los derechos que esta Póliza acuerda al Contratante y a los Asegurados nacen el mismo día y hora en que comienzan las obligaciones a su cargo establecidas precedentemente.

Artículo 10° - FALTA DE PAGO DE LAS PRIMAS

Si cualquiera de las primas no fuere pagada dentro del plazo de gracia, esta Póliza caducará automáticamente, pero el Contratante adeudará a la Compañía la prima correspondiente al mes de gracia, salvo que dentro de dicho plazo hubiese solicitado por escrito su rescisión, en cuyo caso deberá pagar una prima calculada a prorrata por los días transcurridos desde el vencimiento de la prima impaga hasta la fecha de envío de tal solicitud.

Artículo 11° - CERTIFICADOS INDIVIDUALES

La Compañía proporcionará a cada Asegurado, por intermedio del Contratante, un certificado individual en el que se establecen los derechos y obligaciones de las partes, así como también el monto del respectivo capital asegurado, la fecha de su entrada en vigor y el nombre del beneficiario designado. Otorgará además un certificado suplementario cada vez que se produzca un aumento de la cantidad asegurada y reemplazará el o los certificados vigentes en caso de reducción de la suma asegurada.

Artículo 12° - RESCISIÓN DEL SEGURO INDIVIDUAL

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

a) por su renuncia a continuar con el seguro;

b) por cesantía o retiro voluntario del empleo;

c) por rescisión o caducidad de Póliza.

2) Tanto la renuncia a que se refiere el punto a) como la terminación del empleo prevista en el punto b) del inciso precedente, serán comunicadas a la Compañía por intermedio del Contratante y el seguro quedará rescindido el día primero del mes subsiguiente al de la fecha en que la Compañía haya recibido la respectiva comunicación.
3) En cualquier caso de rescisión o caducidad de esta Póliza, caducarán simultáneamente todos los seguros individuales cubiertos por ella, salvo las obligaciones pendientes a cargo de la Compañía.
4) No se considerará terminación del empleo a los efectos de la caducidad de los seguros individuales:
a) la suspensión en el servicio activo a causa de enfermedad;
b) la suspensión temporaria en el trabajo por otros motivos, cuando no exceda de tres (3) meses;
c) el retiro del servicio activo por jubilación, de acuerdo con lo establecido en el Artículo 13°;
d) el cumplimiento del servicio militar obligatorio.

Artículo 13° - OPCIÓN PARA LOS JUBILADOS

1) El Asegurado que en el futuro se acoja a los beneficios jubilatorios, siempre que haya estado asegurado en el grupo por el término mínimo de un año anterior a la jubilación, podrá continuar en el seguro si lo solicita dentro de los treinta (30) días, contados desde el último mes en que haya dejado de prestar servicio.
1) El capital asegurado podrá ser igual al capital vigente en 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.
2) El seguro que fuese rescindido por voluntad de jubilado o caducara por falta de pago en término de una prima cualquiera, no será rehabilitado en ningún caso.
3) Las primas correspondientes a seguros de jubilados deberán ser abonadas por intermedio del Contratante y conjuntamente con las del personal en actividad.

Artículo 14° - DERECHOS EN CASO DE SERVICIO MILITAR

1) El Asegurado que deba prestar servicio militar en tiempo de paz, podrá continuar con el seguro con tal que las primas correspondientes sean pagadas.
2) De no hacer uso de este derecho, podrá solicitar su reincorporación al seguro, sin aportar pruebas de asegurabilidad, dentro del plazo de un mes de haberse reintegrado al servicio activo del Contratante.

Artículo 15° - DERECHO DE CONVERSIÓN

Todo Asegurado que deje de serlo por haber cesado en el servicio del Contratante tendrá derecho a obtener de la Compañía, sin previo exámen médico y siempre que lo solicite por escrito dentro del mes siguiente a la fecha de terminación de su empleo, un seguro de vida individual en cualquiera de los planes usuales en que opera la Compañía (excepto el Temporario de menos de 10 años de duración) por una suma no mayor que la que le correspondía bajo esta póliza al terminar su empleo. La prima para el seguro individual que corresponderá a la edad alcanzada y a la nueva ocupación del asegurado, será pagadera dentro del referido plazo de un mes, no pudiendo aquel entrar en vigor hasta que el Contratante

haya dado por terminado su seguro de empleado. En caso de rescisión total de esta Póliza, no se concederá el derecho de conversión, sino a los empleados con edades inferiores a sesenta (60) años que hubieran estado cubiertos por la Póliza por más de cinco (5) años y cuando la cantidad de los que ejerzan ese derecho no sea inferior al cincuenta (50%) de los que pudieran hacerlo.

Artículo 16° - DESIGNACIÓN Y CAMBIO DE BENEFICIARIOS

1) La designación de beneficiario o beneficiarios la hará cada Asegurado por escrito, en su solicitud individual de seguro o en cualquier otra comunicación como se establece en el inciso 2) de este Artículo. Designadas varias personas sin indicación de proporciones, se entiende que el beneficio es por partes iguales. Si un beneficiario hubiere fallecido antes o al mismo tiempo que el Asegurado, la asignación correspondiente del seguro acrecerá la de los demás beneficiarios, si los hubiere, en la proporción de sus propias asignaciones. Cuando se designe a los hijos, se entiende los concebidos y los sobrevivientes al tiempo de ocurrido el evento previsto. Cuando se designe a los herederos, se entiende a los que por ley suceden al Asegurado, si no hubiera otorgado testamento; si lo hubiera otorgado, se tomará por designados a los herederos instituidos. Si no se fija cuota parte, el beneficio se distribuirá conforme a las cuotas hereditarias. Cuando el Asegurado no designe beneficiarios o por cualquier causa la designación resulte ineficaz o quede sin efecto, se entiende que designó a sus herederos.

2) Todo Asegurado podrá cambiar, en cualquier momento, el beneficiario o beneficiarios por él designados, salvo que tal designación sea a título oneroso. El cambio de beneficiario surtirá efecto frente a la Compañía, si el Asegurado dirige a sus oficinas la comunicación respectiva y presenta el certificado para que se efectúe en él la anotación correspondiente. Si el cambio no hubiera llegado a ser registrado por la Compañía en el certificado individual, en caso de fallecimiento del Asegurado el pago se hará consignando judicialmente los importes que correspondan a la orden conjunta de los beneficiarios anotados en el certificado individual y los designados con posterioridad mediante cualquier comunicación escrita del Asegurado recibida por la Compañía hasta el momento de la consignación. La Compañía quedará liberada de toda obligación en caso de pagar el capital asegurado a los beneficiarios designados en el certificado individual con anterioridad a la recepción de cualquier comunicación modificatoria de esa designación.

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

Artículo 17° - LIQUIDACIÓN POR FALLECIMIENTO

1) Ocurrido el fallecimiento de un Asegurado durante la vigencia de esta Póliza y del Certificado respectivo, el Contratante hará a la brevedad la correspondiente comunicación a la Compañía en el formulario que ésta proporciona al efecto, el que irá acompañado de copia de la partida de defunción, de una declaración del médico que haya asistido al Asegurado o certificado su muerte y del testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruído con motivo del hecho determinante de la muerte,

salvo que razones procesales lo impidieran.

2) Recibida esa documentación, la Compañía pondrá el importe del capital asegurado a disposición del beneficiario o beneficiarios, comunicando previamente dicha circunstancia al Contratante.

Artículo 18° - INFORMACIONES QUE DEBEN SUMINISTRARSE A LA COMPAÑÍA

El Contratante o los Asegurados en cuanto sea razonable, se comprometen a suministrar todas las informaciones necesarias para el fiel cumplimiento de esta Póliza, tales como fechas de nacimiento, fechas de ingreso al empleo, sueldos, pruebas y certificados de defunción o cualquier otra que se relacione con el seguro. Si resultara errónea la edad, sueldo o salario o cualquier otro dato referente a un Asegurado, la Compañía se obliga a pagar la suma que hubiera estado a su cargo de ser exacta la información, salvo que fuese aplicable el inciso 2) del Artículo 1°.

Artículo 19° - NÓMINA DE ASEGURADOS

La Compañía entregará al Contratante, al momento de emitir la Póliza, una nómina de los Asegurados con las respectivas sumas aseguradas y periódicamente listas adicionales de modificación por el ingreso y/o egreso de Asegurados y/o aumento o reducción de capitales asegurados.

Artículo 20° - EJECUCIÓN DEL CONTRATO

Las relaciones entre la Compañía y los Asegurados o beneficiarios de éstos se desenvolverán siempre por intermedio del Contratante, salvo en lo referente al Derecho de Conversión previsto en el Artículo 15°, que será tratado directamente. En consecuencia, el Contratante efectuará el pago de las primas a la Compañía y cobrará a los Asegurados su parte proporcional asignada. Lo convenido precedentemente no excluye el derecho propio que contra la Compañía tienen los Asegurados y sus respectivos beneficiarios desde que ocurriera alguno de los eventos previstos por esta Póliza.

Artículo 21° - DENUNCIA DE OTROS SEGUROS COLECTIVOS

Los Asegurados que estuvieran o llegaran a estar incorporados a otra póliza de Seguro Colectivo emitida por la Compañía, análoga a la presente, deberán comunicarlo por escrito a la Compañía, la que podrá aceptar esa situación o reducir la suma a asegurar. En caso de trasgresión, la Compañía considerará válido únicamente el certificado vigente de la mayor suma y devolverá las primas cobradas de cualquier otro por el período de coberturas superpuestas.

Artículo 22° - RESIDENCIA Y VIAJES - RIESGOS NO CUBIERTOS

1) El Asegurado está cubierto por esta Póliza sin restricciones en cuanto a residencia y viajes que pueda realizar, dentro o fuera del país.

2) La Compañía no pagará la indemnización cuando el fallecimiento de un Asegurado se produjera como consecuencia de:

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

b) intervención en la prueba de prototipo de aviones, automóviles u otros

vehículos de propulsión mecánica;
c) práctica o utilización de la aviación, salvo como pasajero en servicios de transporte aéreo regular;
d) intervención en otras ascensiones aéreas o en operaciones o viajes submarinos;
e) guerra que no comprenda a la Nación Argentina; en caso de comprenderla, las obligaciones de Contratante y de los Asegurados, así como las de la Compañía, se regirán por las normas que, en tal emergencia, dictaren las autoridades competentes;
f) suicidio voluntario, salvo que haya estado ininterrumpidamente asegurado por esta Póliza por lo menos durante un año antes de hecho;
g) desempeño paralelo de las profesiones de acróbata, buzo, jockey y domador de potros o fieras y de tareas con manipuleo de explosivos o con exposición a radiaciones atómicas, salvo pacto en contrario;
h) participación en empresa criminal o aplicación legítima de la pena de muerte;
i) acontecimientos catastróficos originados por la energía atómica.

Artículo 23 - RESCISIÓN DE ESTA PÓLIZA

Sin perjuicio de las demás causales de rescisión y caducidad ya previstas, esta Póliza podrá ser rescindida tanto por el Contratante como por la Compañía, previo aviso por escrito remitido con anticipación no menor a un mes (treinta – 30 – días) a cualquier vencimiento de primas.

Artículo 24° - CESIONES

Los derechos emergentes de esta Póliza y los certificados respectivos son intransferibles. Toda cesión o toda transferencia se considerará nula y sin efecto alguno.

Artículo 25° - DUPLICADO DE PÓLIZA Y DE CERTIFICADOS – COPIAS

1) En caso de robo, pérdida o destrucción de la Póliza o de cualquier Certificado Individual, el Contratante o el Asegurado, respectivamente, podrán obtener su sustitución por un duplicado. Las modificaciones o suplementos que se incluyan en el duplicado, a pedido del Contratante o del Asegurado, según el caso, serán los únicos válidos.
2) El Contratante o los Asegurados tienen derecho a que se les entregue copia de sus declaraciones efectuadas con motivo de este contrato y copia no negociable de la Póliza o del correspondiente Certificado Individual.
3) Serán por cuenta de los solicitantes los gastos que origine la extensión de duplicados y copias.

Artículo 26° - IMPUESTOS, TASAS Y CONTRIBUCIONES

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

Artículo 27° - FACULTADES DE PRODUCTOR O AGENTE

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

a) recibir propuestas de celebración y modificación de contratos de seguros;
b) entregar los instrumentos emitidos por la Compañía, referentes a contratos o sus prórrogas;
c) aceptar el pago de la prima si se halla en posesión de un recibo de la Compañía.

Artículo 28° - DOMICILIO

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

Artículo 29° - PRESCRIPCIÓN

Las acciones fundadas en esta Póliza y en los Certificados respectivos prescriben al año de ser exigible la obligación correspondiente. Para el beneficiario el plazo de prescripción se computa desde que conozca la existencia del beneficio, pero en ningún caso excederá de tres (3) años desde el nacimiento de su derecho a la prestación por parte de la Compañía.

Artículo 30° - JURISDICCIÓN

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

ANEXO 120 - COBERTURA DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE - LIQUIDACIÓN DEL CAPITAL ASEGURADO - CONDICIONES GENERALES ESPECÍFICAS

(La presente cobertura sólo tendrá valor si se la indica expresamente en el Frente de Póliza y/o en las Condiciones Particulares).

Artículo 1° - RIESGOS CUBIERTOS

La Compañía concederá el beneficio que acuerda esta cláusula el Asegurado cuyo estado de invalidez total y permanente, como consecuencia de enfermedad o 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 y se hubiera iniciado durante la vigencia de su seguro y antes de cumplir sesenta y cinco (65) años de edad. Se excluyen expresamente los casos que afecten al Asegurado en forma parcial o temporal.

En las denuncias de invalidez, la Compañía procederá a su reconocimiento de acuerdo con las constancias médicas y demás elementos mencionados en el punto 5º), siempre que sean razonables demostrativos del estado de invalidez total y permanente.
Sin perjuicio de otras causas, la Compañía reconocerá como casos de invalidez total y permanente los siguiente:
a) la pérdida de la vista de ambos ojos de manera total e irrecuperable por tratamiento médico y/o quirúrgico;
b) la amputación o inhabilitación completa de ambas manos o de ambos pies, o de una mano y de un pie, o de una mano y pérdida de la vista de un ojo, o la

pérdida de la vista de un ojo y la amputación o inhabilitación completa de un pie;
c) la enajenación mental incurable;
d) la parálisis general.

Artículo 2° - BENEFICIO

La compañía comprobada la invalidez, abonará al Asegurado una indemnización igual al capital asegurado por muerte.

Artículo 3° - 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 a que se refiera el punto anterior, la Compañía queda liberada de cualquier otra obligación con respecto a dicho Asegurado.

Artículo 4° - RIESGOS NO CUBIERTOS

Quedan excluidas de la cobertura de esta cláusula las consecuencias de:
a) tentativa de suicidio voluntario o culpa grave del Asegurado;
b) Duelo, riña, salvo que se tratase de legitima defensa; huelga o tumulto popular en que hubiese participado como elemento activo; revolución; o empresa criminal;
c) Abuso de alcohol; , drogas o narcóticos;
d) Acciones de guerra, declarada o no, dentro o fuera del país;
e) Participar como conductor o integrante de equipo en competencias de pericia y/o velocidad, con vehículos mecánicos o de tracción a sangre, o en justas hípicas (saltos de vallas o carreras con obstáculos);
f) Intervenir en la prueba de prototipos de aviones, automóviles u otros vehículos de propulsión mecánica;
g) Practicar o hacer uso de la aviación, salvo como pasajero en servicios de transporte aéreo regular;
h) Intervenir en otras ascensiones aéreas o en operaciones o viajes submarinos;
i) Acontecimientos catastróficos originados por la energíaatómica.

Artículo 5° - COMPROBACIÓN DE LA INVALIDEZ

Corresponde al Asegurado o a su representante:
a) denunciar la existencia de la invalidez;
b) presentar las constancias médicas y/o testimoniales de su comienzo y causas;
c) facilitar cualquier comprobación, incluso hasta dos exámenes médicos por facultativos designados por la Compañía y con gastos a cargo de esta.

Artículo 6° - PLAZO DE PRUEBA

La Compañía, dentro de los quince (15) días de recibida la denuncia y/o las constancias a que se refiere el punto anterior, contados desde la fecha que sea posterior, deberá hacer saber al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. Si las comprobaciones a que se refiere el punto 4º) no resultarán concluyentes en cuanto al carácter total y permanente de la invalidez, la Compañía 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 de la Compañía dentro del plazo establecido, significará automáticamente el reconocimiento del beneficio reclamado

Artículo 7° - VALUACIÓN POR PERITOS

Si en la apreciación de la invalidez 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, este nombramiento lo hará la Secretaria de Estado de Salud Publica de la Nación. Los gastos serán soportados por las partes en el orden causado y los honorarios del tercer médico, por el Asegurado si se desecharan sus pretensiones o por la Compañía si quedara obligada a atenderlos.

Artículo 8° - TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

La cobertura del riesgo de invalidez 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) a partir de la fecha en que el Asegurado cumpla sesenta y cinco (65) años de edad;

c) al retirarse el empleado del servicio activo del Contratante.

ANEXO 140 - COBERTURA DE ACCIDENTE. INDEMNIZACION ADICIONAL EN CASO DE MUERTE POR ACCIDENTE "A" - CONDICIONES GENERALES ESPECÍFICAS

(La presente cobertura sólo tendrá valor si se la indica expresamente en el Frente de Póliza y/o en las Condiciones Particulares).

Artículo 1° - RIESGO CUBIERTO

La Compañía concederá el beneficio que acuerda esta 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 y que este ocurra durante la vigencia de su seguro y antes de que haya cumplido sesenta y cinco (65) 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

Artículo 4° - RIESGOS NO CUBIERTOS

Quedan excluidos de a cobertura de esta cláusula los accidentes que sean consecuencia de:

a) heridas o lesiones, producida en el lugar o dentro de las horas de trabajo;

b) tentativa de suicidio voluntario o culpa grave del asegurado;

c) duelo, riña, salvo que se tratase de legitima defensa; huelga o tumulto popular en que hubiese participado come elemento activo; revolución; o

empresa criminal;
d) abuso de alcohol, drogas o narcóticos
e) acciones de guerra, declarada o no, dentro o fuera del país;
f) participar como conductor o integrante de equipo en competencias de pericia y/o velocidad, con vehículos mecánicos o de tracción a sangre, o en juntas hípicas (saltos de vallas o carreras con obstáculos);
g) intervenir en la prueba de prototipos de aviones, automóviles u otros vehículos de propulsión mecánica
h) practicar o hacer uso de la aviación, salvo como pasajero en servicios de transporte aéreo regular;
i) intervenir en otras ascensiones aéreas o en operaciones o viajes submarinos;
j) inhalación de gases o envenenamientos de cualquier naturaleza
k) operación quirúrgica no motivada por accidente;
l) fenómenos sísmicos, huracanes
m) actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por ninguna necesidad profesional, salvo en caso de tentativa de salvamento de vidas o bienes;
n) acontecimientos catastróficos originados por la energíaatómica

Artículo 5° - COMPROBACIÓN DEL ACCIDENTE

Corresponde al beneficiario instituido:
a) denunciar el fallecimiento dentro de los quince (15) días de la fecha en que haya ocurrido, salvo caso fortuito, fuerza mayor e 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
La compañía se reserva el derecho de gestionar la exhumación del cadáver y practicar la autopsia en presencia de uno de sus facultativos con gastos a cargo de la misma. EL beneficiario prestará su conformidad y su concurso para la obtención de las correspondientes autorizaciones para realizarla.

Artículo 6° - TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

La cobertura del riesgo de accidente prevista en esta cláusula, cesara 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 cinco (65) años de edad;
d) al retirarse el empleado del servicio activo del Contratante.

ANEXO 160 - COBERTURA DE ACCIDENTE - INDEMNIZACIONES ADICIONALES POR ACCIDENTE "B" - CONDICIONES GENERALES ESPECÍFICAS

(La presente cobertura sólo tendrá valor si se la indica expresamente en el Frente de Póliza y/o en las Condiciones Particulares).

Artículo 1° - RIESGOS CUBIERTOS

La Compañía concederá el beneficio que acuerda esta cláusula al Asegurado que 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 durante la vigencia de su seguro y antes de que haya cumplido sesenta y cinco (65) 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 al beneficiario instituído el porcentaje del capital asegurado que establece en la escala siguiente:

Por la pérdida:

a) de la vida..... 100%
b) de la vista de ambos ojos..... 100%
c) de ambas manos o de ambos pies.....100%
d) de la vista de un ojo..... 40%
e) del brazo derecho..... 65%
f) de la mano derecha..... 60%
g) del brazo izquierdo..... 52%
h) de la mano izquierda..... 48%
i) de una pierna..... 55%
j) de un pie..... 40%

En caso de constar en la solicitud individual que el Asegurado haya declarado ser zurdo, se invertirán los porcentajes de indemnizaciones fijados por las pérdidas en los miembros superiores.

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

En el caso de varias pérdidas en uno o más accidentes, la Compañía abonará la indemnización que corresponda a la suma de los respectivos porcentajes. Cuando la suma sea del 80% o más, se pagará la indemnización máxima prevista por esta Cláusula que es del cien (100) por ciento del capital asegurado.

Si las consecuencias de un accidente ya indemnizado se agravaran y, durante el transcurso de los doce (12) meses siguientes a la fecha del accidente, ocasionaran otra u otras pérdidas o la muerte, la Compañía

Artículo 4° - RIESGOS NO CUBIERTOS

Quedan excluidos de la cobertura de esta Cláusula los accidentes que sean consecuencia de:

a) heridas o lesiones, producidas en el lugar o dentro de las horas de trabajo;
b) tentativa de suicidio voluntario o culpa grave del Asegurado;
c) duelo, riña, salvo que se tratase de legítima defensa; huelga o tumulto popular en que hubiese participado come elemento activo; revolución; o empresa criminal;
d) abuso de alcohol, drogas o narcóticos
e) acciones de guerra, declarada o no, dentro o fuera del país;
f) participar como conductor o integrante de equipo en competencias de

pericia y/o velocidad, con vehículos mecánicos o de tracción a sangre, o en juntas hípicas (saltos de vallas o carreras con obstáculos);
g) intervenir en la prueba de prototipos de aviones, automóviles u otros vehículos de propulsión mecánica
h) practicar o hacer uso de la aviación, salvo como pasajero en servicios de transporte aéreo regular;
i) intervenir en otras ascensiones aéreas o en operaciones o viajes submarinos;
j) inhalación de gases o envenenamiento de cualquier naturaleza;
k) operación quirúrgica no motivada por accidente;
l) fenómenos sísmicos, huracanes;
m) actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por ninguna necesidad profesional, salvo en caso de tentativa de salvamento de vidas o bienes;
n) acontecimientos catastróficos originados por la energíaatómica

Artículo 5° - COMPROBACIÓN DEL ACCIDENTE

Corresponde al Asegurado o al beneficiario instituido:
a) denunciar el accidente dentro de los quince (15) días de la fecha en que haya ocurrido, salvo caso fortuito, fuerza mayor e 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.
La Compañía, en caso de muerte del Asegurado, se reserva el derecho de gestionar la exhumación del cadáver y practicar la autopsia en presencia de uno de sus facultativos, con gastos a cargo de la misma. El beneficiario prestará su conformidad y su concurso para la obtención de las correspondientes autorizaciones para realizarla.

Artículo 6° - 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, este nombramiento lo hará la Secretaría de Estado de Salud Pública de la Nación. Los gastos serán soportados por las partes en el orden causado y los honorarios del tercer médico, por el Asegurado si se desecharan sus pretensiones o por la Compañía si quedara obligada a atenderlas.

Artículo 7° - TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

La cobertura del riesgo de accidente prevista en esta cláusula, cesara 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 cinco (65) años de edad;
e) al retirarse el empleado del servicio activo del Contratante.

ANEXO 180 - COBERTURA DE ACCIDENTE. INDEMNIZACIONES ADICIONALES POR ACCIDENTE "C" - CONDICIONES GENERALES ESPECÍFICAS.

(La presente cobertura sólo tendrá valor si se la indica expresamente en el Frente de Póliza y/o en las Condiciones Particulares).

Artículo 1° - RIESGOS CUBIERTOS

La Compañía concederá el beneficio que acuerda esta cláusula al Asegurado que 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 durante la vigencia de su seguro y antes de que haya cumplido sesenta y cinco (65) 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 al beneficiario instituído el porcentaje del capital asegurado que establece en la escala siguiente:

En caso de constar en la solicitud individual que el Asegurado haya declarado ser zurdo, se invertirán los porcentajes de indemnizaciones fijados por las pérdidas en los miembros superiores.

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

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada únicamente cuando se ha producido la amputación total y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponda por pérdida del dedo entero si la falange fuera del pulgar y a la tercera parte, por cada falange de cualquier otro dedo.

En el caso de varias pérdidas en uno o más accidentes, la Compañía abonará la indemnización que corresponda a la suma de los respectivos porcentajes. Cuando esa suma sea del ochenta (80) por ciento o más, se pagará la indemnización máxima prevista por esta Cláusula que es del cien (100) por ciento del capital asegurado.

Si las consecuencias de un accidente ya indemnizado se agravaran y, durante el transcurso de los doce (12) meses siguientes a la fecha del accidente, ocasionaran otra u otras pérdidas o la muerte, la Compañía pagará cualquier diferencia que pudiera corresponder, sin excederse del máximo de la cobertura.

Artículo 3° - 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 de Asegurado.

Artículo 4° - RIESGOS NO CUBIERTOS

Quedan excluidos de la cobertura de esta Cláusula los accidentes que sean consecuencia de:

a) heridas o lesiones, producidas en el lugar o dentro de las horas de trabajo;

b) tentativa de suicidio voluntario o culpa grave del Asegurado;

c) duelo, riña, salvo que se tratase de legítima defensa; huelga o tumulto popular en que hubiese participado come elemento activo; revolución; o empresa criminal;

d) abuso de alcohol, drogas o narcóticos

e) acciones de guerra, declarada o no, dentro o fuera del país;

f) participar como conductor o integrante de equipo en competencias de pericia y/o velocidad, con vehículos mecánicos o de tracción a sangre, o en juntas hípicas (saltos de vallas o carreras con obstáculos);

g) intervenir en la prueba de prototipos de aviones, automóviles u otros vehículos de propulsión mecánica

h) practicar o hacer uso de la aviación, salvo como pasajero en servicios de transporte aéreo regular;

i) intervenir en otras ascensiones aéreas o en operaciones o viajes submarinos;

j) inhalación de gases o envenenamiento de cualquier naturaleza;

k) operación quirúrgica no motivada por accidente;

l) fenómenos sísmicos, huracanes;

m) actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por ninguna necesidad profesional, salvo en caso de tentativa de salvamento de vidas o bienes;

n) acontecimientos catastróficos originados por la energíaatómica

Artículo 5° - COMPROBACIÓN DEL ACCIDENTE

Corresponde al Asegurado o al beneficiario instituido:

a) denunciar el accidente dentro de los quince (15) días de la fecha en que haya ocurrido, salvo caso fortuito, fuerza mayor e 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.

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

Artículo 6° - 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, este nombramiento lo hará la Secretaría de Estado de Salud Pública de la Nación. Los gastos serán soportados por las partes en el orden causado y los honorarios del tercer médico, por el Asegurado si se desecharan sus pretensiones o por la Compañía si quedara obligada a atenderlas.

Artículo 7° - TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

La cobertura del riesgo de accidente prevista en esta cláusula, cesara 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 cinco (65) años de edad;

e) al retirarse el empleado del servicio activo del Contratante.

ANEXO 200 - COBERTURA DE ACCIDENTE. INDEMNIZACIONES ADICIONALES POR ACCIDENTE "D" - CONDICIONES GENERALES ESPECÍFICAS

(La presente cobertura sólo tendrá valor si se la indica expresamente en el Frente de Póliza y/o en las Condiciones Particulares).

Artículo 1° - RIESGOS CUBIERTOS

La Compañía concederá el beneficio que acuerda esta 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 durante la vigencia de su seguro y antes de que haya cumplido sesenta y cinco (65) 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 al beneficiario instituído 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%
Pérdida 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 de la vista de un ojo.....	100%
Estado absoluto e incurable de alineación mental, que no permita al Asegurado ningún trabajo u ocupación, por el resto de su vida.....	100%
Fractura incurable de la columna vertebral que determine la invalidez total y permanente.....	100%

PARCIAL

a) Cabeza

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

b) Miembros Superiores

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

c) Miembros Inferiores

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

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

La pérdida parcial de los miembros u órganos, será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional.

La pérdida de las falanges 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 la pérdida del dedo entero si se trata del pulgar y a la tercera parte por cada falange de cualquier otro dedo. Si la reducción de la respectiva capacidad funcional deriva de seudoartrosis, la indemnización no podrá exceder del setenta (70) por ciento de la que corresponde 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 indemnizaciones fijados por las pérdidas en los miembros superiores.

En el caso de varias pérdidas en uno o más accidentes, la Compañía abonará la indemnización que corresponda a la suma de los respectivos porcentajes. Cuando esa suma sea del ochenta (80) por ciento o más, se pagará la indemnización máxima prevista por esta Cláusula que es del cien (100) por ciento del capital asegurado.

Si las consecuencias de un accidente ya idemnizado se agravaran y, durante el transcurso de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha del accidente, ocasionaran otra u otras pérdidas o la muerte, la Compañía pagará cualquier diferencia que pudiera corresponder, sin excederse del máximo de la cobertura.

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

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 de Asegurado.

Artículo 4° - RIESGOS NO CUBIERTOS

Quedan excluidos de la cobertura de esta Cláusula los accidentes que sean consecuencia de:

a) tentativa de suicidio voluntario o culpa grave del asegurado;

b) duelo, riña, salvo que se tratase de legitima defensa; huelga o tumulto popular en que hubiese participado come elemento activo; revolución; o empresa criminal;

c) abuso de alcohol, drogas o narcóticos

d) acciones de guerra, declarada o no, dentro o fuera del país;

e) participar como conductor o integrante de equipo en competencias de pericia y/o velocidad, con vehículos mecánicos o de tracción a sangre, o en juntas hípicas (saltos de vallas o carreras con obstáculos);

f) intervenir en la prueba de prototipos de aviones, automóviles u otros vehículos de propulsión mecánica

g) practicar o hacer uso de la aviación, salvo como pasajero en servicios de transporte aéreo regular;

h) intervenir en otras ascensiones aéreas o en operaciones o viajes submarinos;

i) operación quirúrgica no motivada por accidente;

j) actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por ninguna

necesidad profesional, salvo en caso de tentativa de salvamento de vidas o bienes;
k) acontecimientos catastróficos originados por la energíaatómica

Artículo 5° - COMPROBACIÓN DEL ACCIDENTE

Corresponde al Asegurado o al beneficiario instituido:
a) denunciar el accidente dentro de los quince (15) días de la fecha en que haya ocurrido, salvo caso fortuito, fuerza mayor e 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.
La Compañía, en caso de muerte del Asegurado, se reserva el derecho de gestionar la exhumación del cadáver y practicar la autopsia en presencia de uno de sus facultativos, con gastos a cargo de la misma. El beneficiario prestará su conformidad y su concurso para la obtención de las correspondientes autorizaciones para realizarla.

Artículo 6° - 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 exámen del Asegurado dictaminará al respecto. De no llegarse a un acuerdo para la designación del tercero, este nombramiento lo hará la Secretaría de Estado de Salud Pública de la Nación. Los gastos serán soportados por las partes en el orden causado y los honorarios del tercer médico, por el Asegurado si se desecharan sus pretensiones o por la Compañía si quedara obligada a atenderlas.

Artículo 7° - TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

La cobertura del riesgo de accidente prevista en esta cláusula, cesara 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 cinco (65) años de edad;
e) al retirarse el empleado del servicio activo del Contratante.

ANEXO 210 - COBERTURA DE LAS ESPOSAS - CONDICIONES GENERALES ESPECÍFICAS.

(La presente cobertura sólo tendrá valor si se la indica expresamente en el Frente de Póliza y/o en las Condiciones Particulares)..

Artículo 1° - OBJETO Y EXTENSIÓN DEL SEGURO

Esta Cláusula comprende a las esposas de los Asegurados Principales incorporados al Seguro Colectivo y las cubre única y exclusivamente

contra el riesgo de muerte.

Artículo 2° - ESPOSAS ASEGURABLES

Son asegurables las esposas legales de los Asegurados Principales que se encuentren a su cargo y convivan bajo el mismo techo. Quedan expresamente excluídas las esposas que estuvieran comprendidas en el Seguro Colectivo como integrantes del personal del Contratante.

Artículo 3° - SUMA ASEGURADA

El seguro adicional para las esposas es del cincuenta (50) por ciento del capital asegurado sobre la vida del Asegurado Principal.

Artículo 4° - INICIACIÓN Y VIGENCIA

El plazo para la incorporación de las esposas al seguro adicional es de dos meses (no menos de sesenta –60 – días) corridos desde la fecha en que resultaren asegurables o en que el Asegurado Principal contrajera matrimonio. Excedido el plazo antes mencionado, incluso por haber excedido el Asegurado Principal el plazo para la previa adhesión, la esposa que deseara incorporarse habrá de suministrar pruebas de asegurabilidad satisfactorias para la Compañía con gastos a cargo del Asegurado Principal. El seguro adicional regirá a partir de la cero (0) hora del día primero del mes que siga a la fecha de la solicitud, o a la de aprobación de las pruebas de asegurabilidad en caso de ser necesarias.

Artículo 5° - PRIMAS Y SU PAGO

La prima promedio resultante para el grupo de Asegurados Principales se aplicará también al seguro adicional de las esposas y su pago se hará conjuntamente con el correspondiente a los Asegurados Principales.

Artículo 6° - BENEFICIARIO

El beneficiario de este seguro adicional será el Asegurado Principal, y en caso de muerte simultánea el seguro adicional se liquidará a los herederos legales del Asegurado Principal.

Artículo 7° - INFOMACIONES QUE DEBEN SUMINISTRARSE A LA COMPAÑÍA

Los Asegurados Principales, de estado civil casados, proporcionarán en los formularios suministrados al efecto los nombres y apellidos de sus esposas, fechas de nacimiento, etc., e informarán a la Compañía de cualquier circunstancia que afecte el vínculo matrimonial.

Artículo 8° - RESCISIÓN DEL SEGURO ADICIONAL

La cobertura de Seguro Adicional de las Esposas, quedará rescindido o caducará, para cada Certificado, en los siguientes casos:

a) por la renuncia a continuar con esta cobertura;

ANEXO 230 - COBERTURA DE LAS ESPOSAS Y DE LOS HIJOS - CONDICIONES GENERALES ESPECÍFICAS

(La presente cobertura sólo tendrá valor si se la indica expresamente en el Frente de Póliza y/o en las Condiciones Particulares).

Artículo 1° - OBJETO Y EXTENSIÓN DEL SEGURO

Esta Cláusula comprende a las esposas y a los hijos de los Asegurados Principales incorporados a la presente Póliza, y los cubre única y exclusivamente contra el riesgo de muerte.

Artículo 2° - ESPOSAS E HIJOS ASEGURABLES

Son asegurables las esposas legales y los hijos desde que cumplan los catorce (14) años de edad de los Asegurados Principales, que se encuentren a su cargo y convivan bajo el mismo techo. Se entiende por hijos tanto a los del matrimonio como a los de cualquiera de los esposos. Quedan expresamente excluídas las esposas y los hijos que estuvieran comprendidos en el Seguro Colectivo como integrantes del personal del Contratante.

Artículo 3° - SUMAS ASEGURADAS

El seguro adicional para las esposas y para los hijos es el cincuenta (50) por ciento o el veinticinco (25) por ciento, respectivamente, del capital asegurado sobre la vida del Asegurado Principal.

Artículo 4° - INICIACION Y VIGENCIA

El plazo para la incorporación de las esposas al seguro adicional es de dos meses (no menos de sesenta – 60 – días) corridos desde la fecha en que resultaran asegurables. Si con posterioridad a la vigencia de este Seguro Adicional, el Asegurado Principal contrajera matrimonio, el plazo para la incorporación correrá desde la fecha en que ocurra tal acontecimiento. Excedido el plazo antes mencionado, incluso por haber excedido el Asegurado Principal el plazo para su propia adhesión, la esposa y los hijos que desearan incorporarse habrán de suministrar pruebas de asegurabilidad satisfactorias para la Compañía con gastos a cargo del Asegurado Principal. El seguro adicional regirá a partir de la cero hora del día primero del mes que siga a la fecha de la solicitud, o a la aprobación de las pruebas de asegurabilidad en caso de ser necesarias.

Artículo 5° - PRIMAS Y SU PAGO

La prima promedio resultante para el grupo de Asegurados Principales se aplicará también al seguro adicional de las esposas y de los hijos y su pago se hará conjuntamente con el correspondiente a los Asegurados Principales.

Artículo 6° - BENEFICIARIO

El beneficiario de este seguro adicional será el Asegurado Principal, y en caso de muerte simultánea de los cónyuges, el seguro adicional se liquidará a los herederos legales del Asegurado Principal.

Artículo 7° - INFORMACIONES QUE DEBEN SUMINISTRARSE A LA COMPAÑÍA

Los Asegurados Principales, de estado civil casados, proporcionarán en los formularios suministrados al efecto los nombres y apellidos de sus esposas e hijos asegurables, fecha de nacimiento, etc, e informarán a la Compañía de cualquier circunstancia que afecte el vínculo matrimonial y del cumplimiento por sus hijos de la edad de catorce (14) años.

Artículo 8° - RESCISIÓN DEL SEGURO ADICIONAL

La cobertura del Seguro Adicional de las Esposas y de los Hijos, quedará rescindida o caducará, para cada Certificado, en los siguientes casos:
a) por la renuncia a continuar con esta cobertura,
b) al caducar la póliza y/o el certificado del Asegurado Principal, por cualquier causa,
c) para las esposas, cuando sobrevenga cualquier causal en cuya virtud el vínculo matrimonial resulte afectado (nulidad, divorcio, separación de hecho por decisión unilateral o conjunta, etc),
d) para los hijos, en el aniversario de la Póliza inmediatamente siguiente a la fecha en que cumplan los veintiún (21) años de edad o al emanciparse,
e) en cualquier aniversario de la Póliza en la que la cantidad de esposas o hijos asegurados sea inferior al setenta y cinco (75%) de los asegurables,
f) al fallecimiento del Asegurado Principal,
g) por rescisión de esta Cláusula a pedido del Contratante o por decisión de la Compañía,
h) por conversión del certificado colectivo del Asegurado Principal en póliza de vida individual,
i) al retirarse el Asegurado Principal del servicio activo del Contratante.

Artículo 9° - CONDICIONES DE LA PÓLIZA

Esta Cláusula amplía las Condiciones Generales de la Póliza a que está adherida y de las cuales se considera complementaria.

ANEXO 250 - COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN ANTICIPADA. PAGO PARCIAL ANTICIPADO DE LA INDEMNIZACIÓN POR FALLECIMIENTO EN CASO DE ENFERMEDAD TERMINAL - CONDICIONES GENERALES ESPECÍFICAS

(La presente cobertura sólo tendrá valor si se la indica expresamente en el Frente de Póliza y/o en las Condiciones Particulares).

Esta Cláusula amplía las Condiciones Generales de Póliza a que está adherida, quedando por tanto sujeta a todos los términos y condiciones de la Póliza que no se opongan a la presente Cláusula.

Artículo 1° - RIESGO CUBIERTO

La Compañía concederá el beneficio que acuerda esta Cláusula cuando el Asegurado haya sido diagnosticado como enfermo Terminal, siempre que la enfermedad terminal se hubiere iniciado durante la vigencia de su seguro y antes de cumplir sesenta y cinco (65) años de edad.

Artículo 2° - BENEFICIO

Comprobado el estado de enfermo Terminal, la Compañía abonará al Asegurado una porción de la indemnización prevista en caso de fallecimiento del Asegurado. El beneficio máximo previsto será hasta el cincuenta (50) por ciento del capital asegurado por muerte sin superar la suma de pesos cien mil ($ 100.000).
Este beneficio será aplicable solamente a aquellas enfermedades terminales diagnosticadas por primera vez después de la fecha de inicio de vigencia del Certificado Individual del Asegurado. Ningún

beneficio se abonará si la enfermedad en cuestión ha sido diagnosticada o si ha recibido tratamiento por dicha enfermedad antes de la fecha anteriormente mencionada.

Artículo 3° - INTERESES

La Compañía cargará un interés sobre la suma del anticipo efectuado. El interés se acumulará diariamente a una tasa que no excede el seis y medio (6.50) por ciento efectivo anual. Ningún otro anticipo adicional será pagado bajo esta Cláusula si los beneficios ya abonados más el interés acumulado igualan las sumas máximas previstas en el Artículo 2° de la presente Cláusula.

Artículo 4° - CARÁCTER DEL BENEFICIO

Este beneficio es un anticipo de la indemnización prevista en caso de muerte del Asegurado. El monto indemnizado en virtud de esta Cláusula más los intereses respectivos serán deducidos de la suma asegurada a pagarse al fallecimiento del Asegurado.

Artículo 5° - RIESGOS NO CUBIERTOS

La Compañía no anticipará ninguna indemnización cuando la enfermedad Terminal sea consecuencia de las siguientes causas:

a) Tentativa de suicidio voluntario del Asegurado;

b) Si es provocada deliberadamente por acto ilícito del Contratante del presente seguro, excepto que el pago de la prima esté a cargo del Asegurado; o en caso de accidente si es provocado por dolo o culpa grave del Asegurado;

c) Por duelo o riña, salvo que se tratase de legítima defensa; empresa o acto criminal o aplicación legítima de la pena de muerte;

d) Acto de guerra civil o internacional, guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo;

e) Abuso del alcohol, drogas, estupefacientes, narcóticos o estimulantes;

f) Someterse a intervenciones médicas o quirúrgicas ilícitas;

g) Por la práctica o el uso de la navegación aérea, salvo como pasajero en líneas regulares, o por ascensiones aéreas o aladeltismo;

h) Por la participación en viajes o prácticas deportivas submarinas o subacuáticas o escalamiento de montaña;

i) Competir en pruebas de pericia y/o velocidad con vehículos mecánicos o de tracción a sangre o en justas hípicas, o de cualquier prueba análoga;

j) Intervenir en pruebas de prototipos de aviones, automóviles y otros vehículos de propulsión mecánica;

k) Desempeño paralelo de las profesiones de acróbata, buzo, jockey y domador de potros o fieras y/o prácticas de deportes o actividades peligrosas como alpinismo, andinismo, esquí acuático o de montaña, motonáutica u otras actividades análogas y manipuleo de explosivos y/o armas o con exposición a radiaciones atómicas, salvo pacto en contrario;

l) Acontecimientos catastróficos originados porreacciones nucleares;

m) Autolesión: acción directa, física o mecánica, que una persona asegurada ejerce o hace ejercer sobre su propio cuerpo y que tiene como consecuencia la destrucción de un órgano omiembro.

Artículo 6° - COMPROBACIÓN DE LA ENFERMEDAD TERMINAL

Corresponde al Asegurado o su representante:

a) Denunciar la existencia de enfermedad Terminal.

b) Proveer las pruebas satisfactorias a la Compañía de su Enfermedad Terminal y que la expectativa de vida del Asegurado sea de doce
(12) meses o menos desde el día de la presentación de la solicitud del beneficio. Estas pruebas deberán incluir las constancias médicas necesarias realizadas por un profesional médico autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión. El médico que extienda tal certificación no podrá ser el mismo Asegurado, ni su esposa ni un miembro cercano de su familia, ni una persona que conviva con él. Asimismo se requerirá que el Asegurado recurra para el tratamiento de su enfermedad terminal, a un establecimiento asistencial (Sanatorio, Hospital, Clínica, Instituto, Policlínico, etc.) que se halle habilitado legalmente para funcionar por el Organismo de Control Sanitario correspondiente, Municipal, Provincial, Nacional y autorizado por éste, a dar asistencia y tratamiento clínico al tipo de enfermedad padecida por el Asegurado.
c) Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta dos exámenes médicos por facultativos designados por la Compañía y con gasto a cargo de ésta.

Artículo 7° - PLAZO DE PRUEBA

La Compañía dentro de los quince (15) días de recibida la denuncia y/o constancias a que se refiere el Artículo anterior, contados desde la fecha que sea posterior, deberá hacer saber al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. Si las comprobaciones a que se refiere el Artículo 6° de la presente Cláusula, no resultaran concluyentes en cuanto al carácter de la enfermedad, la Compañía podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor de treinta (30) días, a fin de confirmar el diagnóstico.

La no contestación, por parte de la Compañía dentro del plazo establecido, significará automáticamente el reconocimiento del beneficio reclamado.

Artículo 8° - VALUACIÓN POR PERITOS

Si no hubiere acuerdo entre las partes, la existencia o persistencia, carácter o grado de la enfermedad, serán determinados por dos médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los quince (15) 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 décimo quinto día de requerido por la otra, o si el tercer facultativo no fuera electo en el plazo establecido en el párrafo anterior, la parte más diligente previa intimación de 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 dictámen definitivo, salvo el caso de equidistancia, en que se pagarán por mitades entre las partes.

Artículo 9° - TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

La cobertura prevista en esta Cláusula, cesará en las siguientes circunstancias:
a) a partir del momento en que el Asegurado haya percibido la totalidad del beneficio que concede esta Cláusula.
b) Al caducar la póliza y/o el certificado individual por cualquier causa.

c) A partir de la fecha en que el Asegurado cumpla sesenta y cinco (65) años de edad.

ANEXO 270 - COBERTURA EN CASO DE MUERTE SIMULTÁNEA DEL ASEGURADO Y SU CÓNYUGE - CONDICIONES GENERALES ESPECÍFICAS

(La presente cobertura sólo tendrá valor si se la indica expresamente en el Frente de Póliza y/o en las Condiciones Particulares).

Artículo 1° - AMPLIACIÓN DE LA COBERTURA

La Compañía concederá además del beneficio que acuerda la Cláusula Indemnización Adicional en Caso de Muertes por Accidente, otro beneficio adicional igual al 50% del capital asegurado por muerte, cuando como consecuencia del mismo accidente se hubiera producido el fallecimiento simultáneo del Asegurado y de su cónyuge legítimo y siempre que el Asegurado estuviera alcanzado en todos los términos por la cobertura de la mencionada cláusula.

Se entiende por fallecimiento simultáneo del Asegurado y su cónyuge legítimo cuando el plazo existente entre ambas muertes no excediera de treinta (30) días corridos y siempre que el fallecimiento de éste último fuera consecuencia directa del accidente que produjo la muerte del Asegurado

Artículo 2° - BENEFICIO

La Compañía, aceptado que el fallecimiento por accidente del Asegurado se encuentra alcanzado por la cobertura de la Cláusula Indemnización Adicional en Caso de Muertes por Accidente y comprobado el fallecimiento del cónyuge legítimo del Asegurado, en la forma establecida en el Artículo 1º de la presente Cláusula, abonará al beneficiario instituido un importe igual al 50% del capital asegurado por muerte, dentro del plazo estipulado en el Artículo 49, 2do. Párrafo de la Ley Nro. 17.418.

ANEXO 290 - COBERTURA BENEFICIO ADICIONAL POR HIJO PÓSTUMO - CONDICIONES GENERALES ESPECÍFICAS

(La presente cobertura sólo tendrá valor si se la indica expresamente en el Frente de Póliza y/o en las Condiciones Particulares).

La Compañía abonará a la viuda del Asegurado un beneficio adicional, equivalente al 25% del capital asegurado que consta en e Certificado Individual, hasta un máximo de $ 50.000, si dentro del plazo de doscientos setenta (270) días contados a partir de la fecha del fallecimiento del Asegurado, naciera un hijo póstumo de éste y siendo la única beneficiaria de esta Cláusula Adicional, independientemente de los beneficiarios designados para la cobertura principal.

La viuda del Asegurado deberá demostrar fehacientemente a la Compañía su carácter de cónyuge legítimo, como así también que el nacimiento del hijo póstumo del Asegurado se ha producido dentro del plazo indicado en el párrafo anterior.

ANEXO 310 - COBERTURA DE TRANSPLANTES. CONDICIONES GENERALES ESPECÍFICAS.

(La presente cobertura sólo tendrá valor si se la indica expresamente en el Frente de Póliza y/o en las Condiciones Particulares).

Artículo 1° - RIESGO CUBIERTO

La Compañía concederá el beneficio que acuerda esta Cláusula cuando el Asegurado deba ser sometido a un trasplante, como receptor, de los siguientes órganos:

1. Transplante de Médula Ósea
2. Transplante de Corazón
3. Transplante de Corazón-Pulmón
4. Transplante Hepático
5. Transplante de Riñón

y siempre que la necesidad de efectuar el transplante de órganos humanos se haya prescripto en la forma establecida en la presente Cláusula, ciento veinte (120) días a partir de la fecha de inicio de vigencia de su Certificado Individual y antes del último día del año Póliza en el que el Asegurado haya cumplido sesenta y cinco (65) años de edad o 21 años de edad cuando se trate de hijos menores solteros del Asegurado.

El Certificado Individual debe estar en vigencia ininterrumpidamente durante el período de carencia de ciento veinte (120) días, el que deberá cumplirse cada vez que se ingrese al seguro, siempre que dicho seguro haya estado interrumpido en su vigencia por un período mayor a seis (6) meses.

Artículo 2° - BENEFICIO

La Compañía comprobada la necesidad de efectuar el transplante de órganos, abonará al Asegurado, dentro del plazo estipulado en el Artículo 49, 2do. Párrafo de la Ley N° 17.418, el siguiente importe, según sea el transplante que deba efectuarse:

1. Transplante de Médula Ósea	$ 50.000
2. Transplante de Corazón	$ 50.000
3. Transplante de Corazón-Pulmón	$ 50.000
4. Transplante Hepático	$ 25.000
5. Transplante de Riñón	$ 25.000

Artículo 3° - CARÁCTER DEL BENEFICIO

El beneficio que otorga la presente Cláusula es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la Póliza.

Para cualquier solicitud de indemnización por transplante indicado en el presente contrato es condición ineludible e indispensable haberlo comunicado previamente al I.N.C.U.C.A.I. o cualquier otro organismo que en el futuro lo reemplace. Es indispensable, así mismo, que se cumplan en todas sus partes, las disposiciones de la Ley de Transplantes de Órganos.

Artículo 4° - DEFINICIONES

Los beneficios previstos en el punto 2°) de la presente Cláusula regirán para cada transplante de órgano, siempre que se cumplan las siguientes condiciones:

1) Que la patología que afecte al órgano a transplantar sea de carácter irreversible y total.

2) Que el transplante de órgano sea el único recurso terapéutico para la recuperación de su función.

Artículo 5° - FORMA Y PLAZO PARA LA SOLICITUD DE LA CLÁUSULA

Además de los requisitos que debe cumplir el Asegurado para ingresar al seguro y que constan en las Condiciones Generales de la Póliza, para ingresar a esta Cláusula la Compañía puede solicitar un exámen médico, cuyos costos estarán a su propio cargo, el cual deberá ser efectuado dentro de los quince (15) días de su solicitud.

En el caso de que la Póliza contemple la incorporación de los cónyuges o de los cónyuges y los hijos, el ingreso de los mismos a la presente Cláusula será en el mismo momento y estará sujeto a los mismos requisitos establecidos para su ingreso en los respectivos seguros adicionales de cónyuges y cónyuges e hijos, sin perjuicio del período de carencia que en todos los casos deben cumplir una vez incorporados a la presente Cláusula.

Artículo 6° - INVESTIGACIONES Y REVISACIÓN DE LOS ASEGURADOS

La Compañía podrá hacer revisar al Asegurado por facultativos designados por ella durante su internación o en su domicilio particular, o citarlo al consultorio de aquélla para comprobar la procedencia de la reclamación de los beneficios. Asimismo, podrá investigar en los Institutos Asistenciales y solicitar información a los médicos que hayan asistido al Asegurado. En general, podrá adoptar todas las medidas tendientes a comprobar y controlar las informaciones recibidas así como esclarecer presuntos errores, simulaciones ofraudes.

Artículo 7° - VALUACIÓN POR PERITOS

Si no hubiere acuerdo entre las partes, la existencia o persistencia, carácter y grado de la enfermedad, serán determinados 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 párrafo anterior, la parte más diligente previa intimación de la otra, procederá a su designación. Los honorarios y gastos de los médicos de las partes estarán a su respectivo cargo, y los del tercero serán pagados por la parte cuyas pretensiones se alejen más del dictámen definitivo, salvo el caso de equidistancia, en que se pagará por mitades entre las partes.

Artículo 8° - DENUNCIAS Y DECLARACIONES

1) El Asegurado deberá informar directamente a la Compañía cualquier diagnóstico acerca de la necesidad de un transplante de órganos dentro de los cinco (5) días corridos de haber sido notificados del mismo, siempre que no existieron razones de fuerza mayor que lo impidieron. Dicho diagnóstico deberá ser confirmado mediante evidencias clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio, efectuado y certificado por un profesional médico autorizado legalmente para el ejercicio de la profesión.

2) El Asegurado se compromete a suministrar a la Compañía, en cuanto sea razonable, todas las informaciones necesarias para el fiel cumplimiento de esta Cláusula.
3) El Asegurado pierde el derecho a ser indemnizado si deja de cumplir maliciosamente con el suministro de información necesaria o emplea comprobantes falsos.

Artículo 9° - PLAZO DE PRUEBA

La Compañía, dentro de los quince (15) días de recibida la denuncia y/o constancias a que se refiere el punto anterior, contados desde la fecha que sea posterior, deberá hacer saber al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. Si las comprobaciones a que se refiere el punto 8° de la presente Cláusula, no resultaran concluyentes en cuanto al carácter de la enfermedad, la Compañía podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor de treinta (30) días, a fin de confirmar el diagnóstico. La no contestación, por parte de la Compañía dentro del plazo establecido, significará automáticamente el reconocimiento del beneficio reclamado.

Artículo 10° - RIESGOS NO CUBIERTOS

La Compañía no pagará la indemnización cuando el transplante de órgano sea consecuencia de alguna de las siguientes causas:
a) Tentativa de suicidio voluntario del Asegurado;
b) Si es provocada deliberadamente por acto ilícito del Contratante del presente seguro, o en caso de accidente si es provocado por dolo o culpa grave del Asegurado;
c) Por duelo o riña, salvo que se tratase de legítima defensa; empresa o acto criminal;
d) Acto de guerra civil o internacional, guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo;
e) Abuso del alcohol, drogas, estupefacientes, narcóticos o estimulantes;
f) Someterse a intervenciones médicas o quirúrgicas ilícitas; tratamientos no autorizados legalmente o de carácter experimental o realizados en instituciones o por personal legalmente no habilitado teniendo conocimiento de tal circunstancia;
g) Por la práctica o el uso de la navegación aérea, salvo como pasajero en líneas regulares, o por otras ascensiones aéreas, aladeltismo o parapente;
h) Por la participación en viajes o excursiones a zonas o regiones inexploradas o prácticas deportivas submarinas o subacuáticas o escalamiento de montaña;
i) Competir en pruebas de pericia y/o velocidad con vehículos mecánicos o de tracción a sangre o en justas hípicas, o cualquier prueba análoga;
j) Intervenir en pruebas de prototipos de aviones, automóviles y otros vehículos de propulsión mecánica;
k) Desempeño paralelo de las profesiones de acróbata, buzo, jockey y domador de potros o fieras y/o prácticas de deportes o actividades peligrosas como alpinismo, andinismo, esquí acuático o de montaña, motonáutica u otras actividades análogas y manipuleo de explosivos y/o armas o con exposición a radiaciones atómicas, salvo pacto en contrario;
l) Acontecimientos catastróficos originados por reacciones o accidentes nucleares; químicos, biológicos o bacteriológicos y/o fenómenos naturales, epidemias o pestes;

m) Acontecimientos catastróficos tales como terremotos, inundaciones, aluviones, maremotos, erupciones volcánicas y huracanes;
n) Actos notoriamente peligrosos que no están justificados por ninguna necesidad profesional, salvo en caso de salvar vidas o bienes;
o) Accidentes derivados de uso de motonetas, motocicletas, motos o similares vehículos;
p) Inhalaciones de gases o envenenamientos de cualquier naturaleza;
q) No se cubrirán enfermedades preexistentes a la fecha de vigencia del Certificado Individual que sean causa de un diagnóstico de transplante futuro;
r) Ningún pago se hará efectivo bajo este seguro si la necesidad de un transplante ha sido diagnosticada durante un período de ciento veinte (120) días desde la fecha de comienzo del Certificado Individual;
s) Se excluyen transplantes de médula ósea secundarios a aplasias medulares provocados por tratamientos oncológicos que requieran autotransplante de células medulares. Sólo están incluídos los transplantes de médula ósea como consecuencia de patologías primarias de la misma;
t) Quedan excluídas del beneficio aquellas personas que, a su ingreso o reingreso al seguro estén con indicación formal de transplante de órganos en tratamientos oncológicos de cualquier naturaleza o en hemodiálisis crónica en cualquiera de sus formas, o se encuentre en lista de espera del I.N.C.U.C.A.I.
u) Quedan expresamente excluídas todo tipo de homologación u operaciones que no sean los transplantes de órganos humanos estipulados, como todo trámite referido directa o indirectamente a la provisión de órganos;
v) Se excluyen transplantes de órganos transgénicos, animales, mecánicos o transitorios.

Los transplantes deberán ser realizados en establecimientos de la República Argentina, debidamente autorizados a tal fin por la autoridad nacional competente, y por profesionales habilitados para tal fin, quedando excluída cualquier indemnización por transplantes que no cumpla con estos requisitos.

Artículo 11° - CESIONES

Los derechos emergentes de esta Cláusula, solamente pueden ser transferidos a favor de Establecimientos Asistenciales, debiendo dicha transferencia ser previamente aprobada por la Compañía. Toda otra cesión o transferencia se considerará nula y sin efecto alguno.

Artículo 12° - TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

La cobertura prevista en esta Cláusula, cesará en las siguientes circunstancias:
a) al caducar la Póliza y/o el Certificado Individual por cualquier causa;
b) el último día del año póliza en el que el Asegurado haya cumplido sesenta y cinco (65) años de edad o 21 años de edad cuando se trate de hijos menores solteros del Asegurado;
c) cuando el Asegurado se haya efectuado un transplante de acuerdo con lo establecido en la presente Cláusula.
Ante la terminación de la cobertura dejarán de abonarse las extraprimas correspondientes a esta Cláusula.

ANEXO 330 - COBERTURA DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE TAXATIVA. CONDICIONES GENERALES ESPECÍFICAS

(La presente cobertura sólo tendrá valor si se la indica expresamente en el Frente de Póliza y/o en las Condiciones Particulares).

Artículo 1° - RIESGO CUBIERTO

Estas Condiciones Específicas no rigen si no figura su inclusión en las Condiciones Particulares y en el respectivo Certificado Individual.

El Asegurador concederá el beneficio que acuerda esta cláusula al Asegurado que, a causa de una enfermedad o accidente, sufra una invalidez de las caracterizadas en forma taxativa y excluyente en el punto 4º), siempre que tal estado haya continuado ininterrumpidamente por tres (3) meses como mínimo y se hubiera iniciado durante la vigencia de la presente Cláusula Adicional y antes de la finalización del mes en que el Asegurado alcance la edad máxima de cobertura indicada en las Condiciones Particulares.

No quedan comprendidas en la presente cobertura, en tanto no encuadren en la enumeración del punto 4º) las incapacidades que por vía administrativa o judicial, se califiquen de totales, permanentes o irreversibles aún cuando emanen de accidentes del trabajo o enfermedades profesionales, o hayan dado lugar a indemnizaciones fundadas en el Artículo 212 de la Ley de Contrato de Trabajo o jubilación por invalidez, según las leyes respectivas.

Artículo 2° - BENEFICIO

El capital asegurado que se liquidará al Asegurado en caso de enfermedad, será el vigente al último día de trabajo efectivamente probado y, en caso de accidente será el vigente a la fecha del hecho generador. El Asegurador, comprobada la invalidez, abonará al Asegurado una indemnización igual al capital asegurado por muerte, dentro del plazo estipulado en el Artículo 49, 2° párrafo de la Ley N° 17.418.

Artículo 3° - CARACTER DEL BENEFICIO

El beneficio acordado por invalidez es sustitutivo del capital asegurado que debiere liquidarse en caso de muerte del Asegurado, de modo que, con el pago a que se refiere el punto anterior, el Asegurador queda liberado de cualquier obligación posterior con respecto a dicho Asegurado, salvo las obligaciones pendientes a la fecha de siniestro.

Artículo 4° - ALCANCE DE LA COBERTURA

A los efectos de esta cláusula se entiende por invalidez cubierta, única y exclusivamente aquella producida por:

a) La pérdida anatómica o funcional no recuperable, rehabilitable o readaptable, con tratamiento médico o quirúrgico ni con el uso de artificios de técnica, de dos de los cuatro miembros.

b) La imposibilidad deambular por sí mismo, no curable, rehabilitable o readaptable, aún con tratamiento médico o quirúrgico ni con el uso de artificios de técnica.

c) Aquellas afecciones que de manera permanente impidan permanecer en posición activa de sentado.

d) La pérdida permanente del control de los esfínteres anal o vesical y/o la función renal, no recuperable con tratamiento médico o quirúrgico. Se excluye el ano contra natura.
e) La pérdida total anatómica o funcional de ambos ojos no recuperable con tratamiento médico o quirúrgico o con artificios de técnica (lentes, etc.).
f) Los procesos psicóticos de larga evolución, refractarios a los tratamientos actuales, o en estado demencial.
Se excluyen los síndromes depresivos reactivos y los cuadros neuróticos, ambos si fueran pasibles de franca remisión con tratamiento específico.
g) Las afecciones cardiovasculares cuando determinen la aparición ante el mínimo esfuerzo de disnea o angor, cuya reversibilidad no se consiga con tratamiento médico o quirúrgico.
h) Las insuficiencias respiratorias con disnea de reposo en forma constante e irreversible

Artículo 5° - RIESGOS NO CUBIERTOS

El Asegurador no pagará la indemnización cuando la invalidez del Asegurado se produjera por alguna de las siguientes causas:
a) Tentativa de suicidio voluntario del Asegurado;
b) Si es provocada deliberadamente por acto ilícito del Contratante del presente seguro, excepto que el pago de la prima esté a cargo del Asegurado; o en caso de accidente si es provocado por dolo o culpa grave del Asegurado;
c) Por duelo o riña, salvo que se tratase de legítima defensa; empresa o acto criminal;
d) Acto de guerra civil o internacional , guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo;
e) Abuso del alcohol, drogas, estupefacientes, narcóticos o estimulantes;
f) Someterse a intervenciones médicas o quirúrgicas ilícitas;
g) Por la práctica o el uso de la navegación aérea, salvo como pasajero en líneas regulares, o por otras ascensiones aéreas o aladeltismo;
h) Por la participación en viajes o prácticas deportivas submarinas o subacuáticas o escalamiento de montaña;
i) Competir en pruebas de pericia y/o velocidad con vehículos mecánicos o de tracción a sangre o en justas hípicas, o cualquier otra prueba análoga;
j) Intervenir en pruebas de prototipos de aviones, automóviles y otros vehículos de propulsión mecánica;
k) Desempeño paralelo de las profesiones de acróbata, buzo, jockey y domador de potros o fieras y/o la práctica de deportes o actividades peligrosas como alpinismo, andinismo, esquí acuático o de montaña, motonáutica u otras actividades análogas y manipuleo de explosivos y/o armas o con exposición a radiaciones atómicas, salvo pacto encontrario;
m) Acontecimientos catastróficos originados por reacciones nucleares.

Artículo 6° - COMPROBACION DE LA INVALIDEZ

Corresponde al Asegurado o a su representante según el plazo establecido en el Art. 46 de la Ley 17.418:
a) denunciar la existencia de la invalidez dentro de las 72 horas de conocida.
b) presentar las constancias médicas y/o testimoniales de su

conocimiento y causas;
c) facilitar cualquier comprobación, incluso hasta dos exámenes médicos por facultativos designados por el Asegurador y con gastos a cargo de ésta.

Artículo 7° - PLAZO DE PRUEBA

El Asegurador dentro de los quince (15) días de recibida la denuncia y/o las constancias a que se refiere el punto anterior, contados desde la fecha que sea posterior, deberá hacer saber al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. Si las comprobaciones a que se refiere el punto 6º) no resultaran concluyentes en cuanto al carácter total y permanente de la invalidez, el Asegurador podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor de tres (3) meses, a fin de confirmar el diagnóstico. La no contestación, por parte de el Asegurador dentro del plazo establecido, significará automáticamente el reconocimiento del beneficio reclamado.

Artículo 8° - VALUACION POR PERITOS

Si no hubiera acuerdo entre las partes sobre la apreciación de cualquier lesión del Asegurado, la misma será analizada por dos médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los ocho días de su designación, a un tercer facultativo para el caso de divergencia. Los médicos designados por las partes deberán presentar su informe dentro de los (30) días y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de quince (15) días.
Si una de las partes omitiese designar médico dentro del octavo día de requerido por la otra, o si el tercer facultativo no fuese electo en el plazo establecido en el párrafo anterior, 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 tercero serán pagados por la parte cuyas pretensiones se alejen más del dictamen definitivo, salvo el caso de equidistancia en que se pagará por mitades entre las partes.

Artículo 9° - INICIO Y TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

La cobertura que conceden las presentes Condiciones Específicas inicia su vigencia en la fecha señalada en las Condiciones Particulares o la fecha de inicio de vigencia del Certificado Individual, de ambas la posterior y cesará en las siguientes circunstancias:
a) Si la póliza dejara de hallarse en vigencia.
b) Si el certificado individual dejara de hallarse en vigencia.
c) Que se rescinda la póliza por cualquier motivo.
d) Que se rescindan las presentes Condiciones Específicas.
e) Al fin del mes de la fecha en que el Asegurado cumpla la Edad Máxima de cobertura indicada en las Condiciones Particulares.
f) Al fin del mes de la fecha de desvinculación del Asegurado con el Contratante.
g) Si se paga el beneficio previsto en la Cláusula Adicional "Indemnización por Diagnóstico y supervivencia a Enfermedades Graves", como así también por la Cláusula adicional "Transplante de Órganos o Transplante de Órganos Amplia".
Ocurrido los eventos indicados como d) y e) la extraprima correspondiente a las presentes Condiciones Específicas no seguirá integrando el premio correspondiente.

En caso de corresponder se devolverá la prima correspondiente al riesgo no corrido a la fecha de rescisión.

Artículo 10° - DETERMINACION DE LA COBERTURA

Esta cobertura queda sometida a las condiciones y estipulaciones de la póliza en cuanto no sean modificadas o derogadas expresamente por las presentes Condiciones Específicas.

ANEXO 350 - CLÁUSULA ADICIONAL INDEMNIZACION POR DIAGNOSTICO Y SUPERVIVENCIA A ENFERMEDADES GRAVES. CONDICIONES GENERALES ESPECÍFICAS

(La presente cobertura sólo tendrá valor si se la indica expresamente en el Frente de Póliza y/o en las Condiciones Particulares).

Artículo 1° - RIESGOS CUBIERTOS

Estas Condiciones Específicas no rigen si no figura su inclusión en las Condiciones Particulares y en el respectivo Certificado Individual.

El Asegurador concederá el beneficio que acuerdan estas Condiciones Específicas al Asegurado que se le diagnostique, por primera vez después del inicio de vigencia de las presentes Condiciones Específicas en el Certificado Individual, alguna de las enfermedades o cirugías definidas en el artículo 4° y sobreviva al término del plazo estipulado en ese artículo, siempre que la primera manifestación de la enfermedad se produzca transcurrido el plazo de carencia indicado para la misma en el Artículo 4, y el diagnóstico se emitiera con anterioridad al fin del mes en que el Asegurado alcance la edad máxima de cobertura indicada en las Condiciones Particulares.

Para el cobro de este beneficio, es requisito que el Asegurado sobreviva al término de treinta (30) días a partir de la fecha del diagnóstico de la enfermedad. Para el caso de la cirugía arterio-coronaria, el beneficio se configura automáticamente sin requerirse otros requisitos que los establecidos en los artículos 5 y 6 de las presentes Condiciones Específicas.

No se abonará el beneficio entonces, si la enfermedad en cuestión había sido diagnosticada, o si se ha recibido tratamiento por dicha enfermedad antes de la fecha de inicio de vigencia de las presentes Condiciones Específicas en el Certificado Individual.

En las denuncias de Enfermedades Graves, la Compañía procederá a su reconocimiento de acuerdo a las constancias médicas y demás elementos mencionados en los Artículos 4° y 5°, siempre que sean razonablemente demostrativos de la afección.

Artículo 2° - BENEFICIO

El Asegurador, verificado el diagnóstico, abonará al Asegurado el porcentaje del Capital Asegurado por fallecimiento vigente a la fecha del diagnóstico de la enfermedad, indicado en el Certificado Individual, atento con lo descripto por el artículo 6°, hasta el límite máximo estipulado en dicho Certificado.

Artículo 3° - CARÁCTER DEL BENEFICIO

La indemnización por enfermedades críticas es adicional e independiente 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.

Ocurrido alguno de los eventos cubiertos por estas Condiciones Específicas, se rescindirá la cobertura prevista en las Condiciones Específicas de Invalidez Total y Permanente, si el Certificado Individual incluyera la misma y la suma asegurada correspondiente a las restantes coberturas no podrá aumentarse posteriormente por ninguna causa, incluso en el caso de incrementos masivos para todo el resto del grupo asegurado.

Artículo 4° - DEFINICIONES DE LAS ENFERMEDADES CUBIERTAS

CANCER: Presencia de tumor maligno caracterizado por el crecimiento y dispersión incontrolable de células malignas y la invasión de tejido normal adyacente y a distancia (metástasis), incluyendo Leucemia (excepto leucemia linfática crónica), Linfomas y la Enfermedad de Hodgkin (linfogranuloma / linfosarcoma) a excepción de su Estadio I. Se excluyen cánceres muy precoces, no invasivos in situ, tumores en la presencia de cualquier virus de inmunodeficiencia humana, y cualquier cáncer de piel con excepción del melanoma maligno.-

Se establece como plazo de carencia para esta enfermedad, los primeros 60 días de la vigencia de estas Condiciones Específicas en el Certificado Individual.

INFARTO DEL MIOCARDIO: Necrosis del miocardio a consecuencia de hipoxia aguda.- A efectos de estas Condiciones Específicas debe existir :

1-Historia de dolores en el pecho (angor).

2-Alteraciones recientes del Electrocardiograma confirmatorias.

3-Enzimas cardiacas elevadas y

4-Estudio radioisótopo.

El infarto debe ser tratado en un establecimiento asistencial de las características definidas en el Artículo 5°.

APOPLEJÍA: Accidente cerebro vascular que causare los síntomas neurológicos por más de 24 horas y de naturaleza permanente. A efectos de estas Condiciones Específicas deberá existir:

1. Destrucción del tejido cerebral causado por trombosis, hemorragia o embolia de fuente extracraneal, comprobable tomográficamente;
2. Pruebas de disfunción neurológica permanente, no reversibles y
3. Tomografía Computada o Resonancia Magnética Nuclear cerebral, con o sin contraste.

La Compañía no abonará el beneficio que acuerdan estas Condiciones Específicas hasta conocer el resultado de dichas pruebas.-

Se excluyen los accidentes vasculares isquémicos transitorios, accidentes cerebrovasculares post-traumáticos y los accidentes lentamente reversibles.-

La apoplejía deber ser tratada en un establecimiento asistencial de las características definidas en el Artículo 5°.

Se establece como plazo de carencia para esta enfermedad, los primeros 60 días de la vigencia de estas Condiciones Específicas en el Certificado Individual.

OPERACIONES DE “BY –PASS”: Afecciones de las arterias coronarias

tratada con la técnica denominada "BY-PASS" o "Puente coronario" por indicación de un médico especialista y justificada por el resultado de una angiografía para corregir una estenosis u oclusión en las arterias coronarias. Se excluyen la angioplastía, tratamiento por láser y toda otra técnica que no requiera la apertura quirúrgica del torax, así como operaciones de válvulas, operación por tumoración intracardiaca, alteración congénita u otra intervención que no sea específicamente un By Pass aorto coronario o coronario mamario o ambos a la vez.

El beneficio de estas Condiciones Específicas será abonado por la Compañía después de haberse efectuado la operación. En caso de fallecimiento del asegurado durante la operación, la Compañía no reconocerá el beneficio previsto en estas Condiciones Específicas.

Se establece como plazo de carencia para esta enfermedad, los primeros 60 días de la vigencia de estas Condiciones Específicas en el Certificado Individual.

INSUFICIENCIA RENAL: El fallo total, crónico e irreversible de ambos riñones que haga necesario efectuar por lo menos una vez por semana hemodiálisis o un transplante de riñón. La necesidad de diálisis regular deberá ser certificada por un informe nefrológico.

Hemodiálisis es la depuración extrarrenal de solutos (urea, creatinina, sodio, etc.) acumulados en la sangre, por difusión a través de una membrana semipermeable.

Se requiere que a) la enfermedad derive de insuficiencia renal crónica de causa renal, b) depuración o clearence de creatinina a partir de 10 ml/minuto o inferior y c) estudios de histocompatibilidad realizados por profesionales y en instituciones registradas y legalmente habilitadas.

Se establece como plazo de carencia para esta enfermedad, los primeros 60 días de la vigencia de estas Condiciones Específicas en el Certificado Individual.

Todos los períodos de carencia a los que se hace referencia en el presente artículo, no serán aplicables en el caso de que la causa que diera origen a alguna de las enfermedades cubiertas sea un accidente.

El transplante de Riñón no será cubierto en caso de tener contratada la cobertura de Transplante de Órganos.

PARALISIS: Pérdida completa y permanente del uso y movimiento de por lo menos dos (2) miembros, brazos y/o piernas. Un médico especializado deberá realizar el diagnóstico y determinar que la pérdida del uso y movimiento de los miembros es permanente. Para obtener por esta enfermedad el beneficio que acuerda la presente Cláusula, la parálisis deberá ser continua y permanente por lo menos por doce (12) meses consecutivos desde el inicio de la parálisis. Se requiere evidencia documentada del accidente o enfermedad que causó la parálisis.

DISTROFIA MUSCULAR: Enfermedad hereditaria caracterizada por la pérdida progresiva de los músculos. Un médico debe realizar el diagnóstico, basado principalmente en los síntomas clínicos y en la historia genética del paciente (genético/historia familiar o estudio cromosómico). El informe de cualquier biopsia muscular o electromiografía no constituirá por sí mismo el diagnóstico.

ESCLEROSIS MULTIPLE: Enfermedad marcada por la degeneración de tejido neuronal endurecido en el cerebro o en la médula espinal manifestado por la parálisis parcial completa, parestesias y/o neuritis óptica. Se caracteriza por episodios de exacerbación y remisión. El diagnóstico se fundamenta por la historia y los análisis físicos del fluido

cerebro- espinal; un ataque prematuro o un episodio aislado de Esclerosis Múltiple no es Esclerosis Múltiple a los fines de esta Cláusula. En ningún caso la Compañía pagará un beneficio si el primer episodio ocurrió con anterioridad a la fecha de vigencia de esta Cláusula.

Artículo 5° - REQUISITOS PARA LA VALIDEZ DEL DIAGNÓSTICO

Todos los eventos cubiertos por estas Condiciones Específicas deberán ser diagnosticados y comprobados por evidencias clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio aceptables efectuadas por profesionales autorizados legalmente.

El Asegurado deberá recurrir para su tratamiento a un establecimiento asistencial que se halle habilitado legalmente para funcionar por el Organismo de Control Sanitario correspondiente, Municipal, Provincial o Nacional y autorizado por éste, a dar asistencia y tratamiento clínico al tipo de enfermedad padecida por el Asegurado y posea además servicio de enfermeros durante las 24 horas del día y esté equipado para cirugía mayor. La elección del establecimiento asistencial quedará librada a la voluntad del asegurado.

Corresponde al Asegurado:

a) Denunciar el diagnóstico de una de las enfermedades comprendidas en esta cobertura dentro de los treinta (30) días de la fecha de determinación de la enfermedad, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia; so pena de perder todo derecho a indemnización

b) Presentar a la Compañía el diagnóstico de la enfermedad, confirmando mediante evidencias clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio, efectuado y certificado por un profesional médico autorizado legalmente para el ejercicio de la profesión. Adicionalmente, deberá presentar todos los antecedentes médicos y exámenes que obren en su poder que se relacionen con el diagnóstico de la enfermedad cubierta, especialmente aquellos que se detallan en este artículo.

c) Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta dos exámenes médicos por facultativos designados por la Compañía y con gasto a cargo de ésta.

Asimismo, se deja expresamente aclarado que:

Para comprobar el infarto de miocardio, se deberá presentar a la Compañía el diagnóstico confirmado mediante evidencias clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio efectuadas y certificadas por profesionales legalmente autorizados para el ejercicio de la profesión, que contenga como mínimo: a) historia clínica que revele sintomatología de isquemia miocárdica (historial de dolores de pecho), b) electrocardiograma (ECG) concordante con la historia clínica en tiempo y forma, que revele alteraciones recientes del ECG; c) análisis enzimáticos correlativos y concordantes con los eventos observados por el ECG y en la historia clínica, reveladores de enzimas cardíacas elevadas; d) estudio radioisotópico del músculo cardíaco o ecocardiograma que confirme la lesión miocárdica.

Para comprobar la apoplejía, se deberá presentar a la Compañía pruebas de disfunción neurológica permanente confirmadas por pruebas neurológicas y de diagnóstico por imágenes producidas con un mínimo de cuatro semanas posteriores al accidente. Todos los comprobantes deberán acompañarse del registro gráfico correspondiente y estar suscriptos por un neurólogo legalmente autorizado para el ejercicio de la profesión. En particular deberá presentarse tomografía computada o

resonancia magnética nuclear cerebral, con o sin contraste.
Para comprobar la insuficiencia renal crónica, se deberá presentar a la Compañía, el diagnóstico confirmado por un informe anatomopatológico y la prescripción de la necesidad de diálisis regular certificada por nefrólogo legalmente autorizado para el ejercicio de la profesión.
En caso que el Asegurado falleciera en el transcurso de la valuación del diagnóstico pero después del período de sobrevivencia, como consecuencia de dicha afección, el beneficio correspondiente a estas Condiciones Específicas se cancelará en su totalidad a los herederos legales del Asegurado. Si en cambio, el Asegurado fallece por otra causa no relacionada a la enfermedad y la enfermedad cubierta no pueda ser comprobada, el beneficio de las presentes Condiciones Específicas no se pagará.

Artículo 6° - PLAZO DE PRUEBA

La Compañía, dentro de los quince (15) días de recibida la denuncia y/o las constancias a que se refiere el punto anterior, contados desde la fecha que sea posterior, deberá hacer saber al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento de los beneficios. Si las comprobaciones e informes a que se refiere el Artículo 5º no resultaran concluyentes, la Compañía podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor de tres (3) mes, a fin de confirmar el diagnóstico.

Aprobada la documentación, el Asegurador pondrá el importe del beneficio a disposición del asegurado en los plazos establecidos por el artículo 49º de la Ley de Seguros Nº 17.418, comunicando previamente dicha circunstancia al Contratante.
La no contestación, por parte de la Compañía dentro del plazo establecido, significará automáticamente el reconocimiento del beneficio reclamado.

Artículo 7° - VALUACIÓN POR PERITOS

Si no hubiere acuerdo entre las partes en la apreciación de cualquier enfermedad del Asegurado, se recurrirá al juicio de dos médicos, designados uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los 8 días de su designación a un tercer facultativo para el caso de divergencia.
Los médicos designados por las partes deberán presentar su informe dentro de los treinta (30) días y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de quince (15) días.
Si una de las partes omitiere designar médico dentro del octavo día de requerido por la otra o si el tercer facultativo no fuere electo en el plazo establecido en el primer párrafo, la parte más diligente previa intimación a la otra procederá a su designación.
Los honorarios y gastos médicos serán soportados en el orden causado; los honorarios del tercer facultativo quedarán a cargo de la parte cuyas pretensiones sean rechazadas salvo el caso de equidistancia, en que se pagarán por mitades entre las partes.

Artículo 8° - RIESGOS NO CUBIERTOS

Quedan excluidos de estas Condiciones Específicas, cuando el evento cubierto sea consecuencia de alguna de las siguientes causas:
a) Participación como conductor o integrante de equipos en competencias de pericia o velocidad, con vehículos mecánicos o de tracción a sangre, o

en justas hípicas.
b) Intervención en la prueba de prototipos de aviones, automóviles u otros vehículos de propulsión mecánica.
c) Practica o utilización de la aviación, salvo como pasajero en servicios de transporte en líneas aéreas regulares con itinerario fijo o en "vuelos Charters" contratados entre una empresa transportadora y una agencia de viajes, con características similares a los servicios de transporte aéreo regular.
d) Intervención en otras ascensiones aéreas o en operaciones o viajes submarinos. Escalamiento de montañas o práctica de paracaidismo o aladeltismo.
e) Guerra, declarada o no, que no comprenda a la Nación Argentina; en caso de comprenderla, las obligaciones del Contratante y de los Asegurados, así como las del Asegurador, se regirán por las normas que, en tal emergencia, dictaren las autoridades competentes.
f) Tentativa de suicidio voluntario.
g) Acontecimientos catastróficos originados por la energía atómica o nuclear, fenómenos sísmicos, inhalación de gases o envenenamiento de cualquier naturaleza u otros fenómenos naturales de características catastróficas.
h) Inhalación de gases o envenenamiento de cualquier naturaleza.
i) Desempeño paralelo de las profesiones de acróbata, buzo, jockey, domador de potros o fieras o de tareas con manipuleo de explosivos o con exposición a radiaciones atómicas.
j) Duelo o riña, salvo que se trate de legitima defensa. Actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo. Participación en empresa criminal.
k) Acto ilícito provocado deliberadamente por el Tomador, excepto que el pago de la prima esté a cargo del Asegurado.
l) Abuso de alcohol o narcóticos, consumo de drogas, enervantes, estimulantes o similares excepto que fueran utilizados bajo prescripción medica.
m) Actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por ninguna necesidad profesional, salvo en caso de tentativa de salvamento de vidas o bienes.
n) Intervenciones medicas ilícitas.
o) Participación en viajes o excursiones a regiones o zonas inexploradas.
p) El cáncer ocasionado por cualquier tumor de la piel (excepto melanomas malignos), cánceres muy precoces, cáncer in situ no invasivo.
q) Heridas autoinfligidas por el Asegurado, aun las cometidas en estado de insanía, psicopatía o enajenación mental.
r) Cualquier enfermedad que no esté específicamente definida en estas Condiciones Específicas.

Artículo 9° - INICIO Y TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

La cobertura que conceden las presentes Condiciones Específicas inicia su vigencia en la fecha señalada en las Condiciones Particulares o la fecha de inicio de vigencia del Certificado Individual, de ambas la posterior y cesará en las siguientes circunstancias:
a) Si la póliza dejara de hallarse en vigencia.
b) Si el certificado individual dejara de hallarse en vigencia.

c) Que se rescinda la póliza por cualquier motivo.
d) A partir del momento en el que el Asegurado haya percibido alguno de los beneficios que conceden las presentes Condiciones Específicas.
e) Que se rescindan las presentes Condiciones Específicas.
f) Al fin del mes de la fecha en que el Asegurado cumpla la Edad Máxima de cobertura indicada en las Condiciones Particulares.
g) Al abonarse al Asegurado prestaciones por aplicación de las Condiciones Específicas "Pago Parcial Anticipado del Capital de Muerte por Diagnóstico de Enfermedad Terminal".
h) Al fin del mes de la fecha de desvinculación del Asegurado con el Contratante.
Ocurrido los eventos indicados como d), e) y f), la extraprima correspondiente a las presentes Condiciones Específicas no seguirá integrando el premio correspondiente.

Artículo 10° - DETERMINACION DE LA COBERTURA

Esta cobertura queda sometida a las condiciones y estipulaciones de la póliza en cuanto no sean modificadas o derogadas expresamente por las presentes Condiciones Específicas.

ANEXO 370 - COBERTURA TRANSPLANTE DE ORGANOS AMPLIA - CONDICIONES GENERALES ESPECÍFICAS

(La presente cobertura sólo tendrá valor si se la indica expresamente en el Frente de Póliza y/o en las Condiciones Particulares).

Artículo 1° - RIESGOS CUBIERTOS

Estas Condiciones Específicas no rigen si no figura su inclusión en las Condiciones Particulares y en el respectivo Certificado Individual.
La Compañía concederá el beneficio que acuerdan estas Condiciones Específicas cuando el Asegurado deba ser sometido a un transplante de los siguientes órganos:

1. Transplante de Médula Ósea
2. Transplante de Corazón
3. Transplante de Pulmón
4. Transplante de Corazón - Pulmón
5. Transplante Hepático
6. Transplante de Riñón
7. Transplante de Páncreas
8. Transplante de Córnea

Y siempre que la primera manifestación de la enfermedad o condición clínica que derive en la necesidad de efectuar el transplante de órganos, se haya originado transcurrido los primeros 120 días de vigencia de las presentes Condiciones Específicas en el respectivo Certificado Individual y con anterioridad al fin del mes en que el Asegurado alcance la edad máxima de cobertura indicada en las Condiciones Particulares.
El período de carencia de 120 días no será aplicable en el caso de que la causa que diera origen a alguna de los transplantes cubiertos por estas Condiciones Específicas sea un accidente.

Artículo 2° - BENEFICIO

La Compañía, comprobado la realización del transplante, abonará dentro del plazo estipulado en el Artículo 49º, 2º párrafo de la Ley Nº 17.418 al Asegurado la suma asegurada vigente a la fecha de transplante, indicada en el Certificado Individual y que corresponda al transplante efectuado.

En caso que el Asegurado falleciera después que el transplante fuera realizado pero antes que la suma asegurada fuera liquidada, el beneficio correspondiente a estas Condiciones Específicas se cancelará en su totalidad a los herederos legales del Asegurado.

Artículo 3° - CARÁCTER DEL BENEFICIO

El beneficio correspondiente a estas Condiciones Específicas es adicional e independiente 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; excepto queefectuado el transplante se rescindirá la cobertura prevista en las Condiciones Específicas de Invalidez Total y Permanente, si el Certificado Individual incluyera la misma.

Artículo 4° - DEFINICIONES

Los beneficios previstos en el artículo 2º de las presentes Condiciones Específicas regirán para cada transplante de órgano, siempre que se cumplan las siguientes condiciones:

1) Que la patología que afecte al órgano a transplantar sea de carácter irreversible y total.

2) Que el transplante de órgano sea el único recurso terapéutico para la recuperación de su función.

3) Se considerará que existió transplante siempre y cuando implique la ablación del órgano de un donante vivo o fallecido para su implante en la persona del Asegurado.

Sin perjuicio de lo estipulado en el artículo de Riesgos No Cubiertos, se excluyen los transplantes cuya necesidad obedece a padecimientos congénitos, transplantes de médula ósea realizados como esquema terapéutico de rescate de tumores sólidos de cualquier origen; homologaciones u operaciones que no sean los transplantes de órganos humanos; como así también todo trámite referido directa o indirectamente a la provisión del órgano.

Para cualquier solicitud de indemnización por transplante indicado en el presente contrato es condición ineludible e indispensable haberlo comunicado previamente al I.N.C.U.C.A.I. o cualquier otro organismo que en el futuro lo reemplace. Es indispensable, asimismo, que se cumplan en todas sus partes, las disposiciones de la Ley de Transplantes de órganos. La Compañía no abonará el beneficio previsto si el Asegurado se encontrare con indicación formal de transplante, en tratamiento oncológico de cualquier naturaleza o en hemodiálisis crónica en cualquiera de sus formas; en lista de espera para transplantes en el INCUCAI; al inicio de vigencia de las presentes Condiciones Específicas en el respectivo Certificado Individual.

Médula ósea: Transplantes de médula ósea autólogo o alogénico en personas con neoplasia de sistema sanguíneo (leucemias agudas únicamente) y que sea la última alternativa posible para la vida. Se excluye la cobertura de este transplante en el caso de tumores de cualquier otro

órgano o sistema. No se autorizará con fines experimentales.
Corazón: Transplante de corazón proveniente de un dador, en personas que presenten insuficiencia terminal irreversible con severo deterioro de la salud y compromiso de vida y cuando hayan agotado todos los tratamientos alternativos disponibles.
Pulmón: Transplantes del órgano, para las personas con lesiones traumáticas o degenerativas, y que sea la última alternativa posible para mantener la vida.
Cardio-Pulmonar (Bloque): Transplantes de ambos órganos, para las personas con lesiones traumáticas o degenerativas, y que sea la última alternativa posible para mantener la vida.
Hepático: Transplante de hígado en personas que presenten insuficiencia hepática crónica terminal o aguda terminal, no tumoral y cuando se hayan agotado todos los tratamientos alternativos disponibles.
Renal: Transplante de riñón proveniente de dador vivo o cadavérico, en personas con insuficiencia renal crónica, no portador de tumores en general y que se encuentre en tratamiento de diálisis crónica (hemodiálisis o diálisis peritoneal).
Páncreas: Transplantes de páncreas, para personas con lesiones traumáticas o degenerativas, y que sea la última alternativa posible para mantener la vida.
Córnea: Transplantes de ambas córneas para personas con lesiones traumáticas o degenerativas, sin otra alternativa terapéutica para mantener o recuperar la visión.

Artículo 5° - FORMA Y PLAZO PARA LA SOLICITUD DE LA PRESENTE COBERTURA

Además de los requisitos que debe cumplir el Asegurado para ingresar al seguro y que constan en las Condiciones Generales de la póliza, para ingresar a esta Cláusula la Compañía puede solicitar un examen médico, a cargo de la Compañía, el cual deberá ser efectuado dentro de los quince (15) días de su solicitud.

Artículo 6° - INVESTIGACIONES Y REVISACION DE LOS ASEGURADOS

La Compañía podrá hacer revisar hasta en dos (2) oportunidades al Asegurado por facultativos designados por ella durante su internación o en su domicilio particular, o citarlo al consultorio de aquella para comprobar la procedencia de la reclamación de los beneficios. Los costos que se originen estarán a cargo de la Compañía.

Asimismo, podrá investigar en los Institutos Asistenciales y solicitar información a los médicos que hayan asistido al Asegurado. En general, podrá adoptar todas las medidas tendientes a comprobar y controlar las informaciones recibidas, así como esclarecer presuntos errores, simulaciones y/o fraudes.
La Compañía no abonará el beneficio previsto si cualquier información referente a un Asegurado resultase simulada o fraudulenta, sin perjuicio de iniciar contra los responsables las acciones legales correspondientes.

Artículo 7° - VALUACION POR PERITOS

Si no hubiere acuerdo entre las partes, la existencia o persistencia, carácter y grado de la enfermedad serán determinadas por 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 párrafo anterior, 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 tercero serán pagados por la parte cuyas pretensiones se alejen más del dictamen definitivo, salvo el caso de equidistancia en que se pagará por mitades entre las partes.

Artículo 8° - DENUNCIAS Y DECLARACIONES

El Asegurado o el Contratante deberán informar directamente a la Compañía cualquier diagnóstico acerca de la necesidad de un transplante de órganos dentro de los quince (15) días corridos de haber sido notificados del mismo, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia, so pena de perder el derecho a ser indemnizado.

Dicho diagnóstico deberá ser confirmado mediante evidencias clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio, efectuado y certificado por un profesional médico autorizado legalmente para el ejercicio de la profesión.

El Contratante y el Asegurado se comprometen a suministrar a la Compañía, en cuanto sea razonable, todas las informaciones necesarias para el fiel cumplimiento de estas Condiciones Específicas.

El Asegurado pierde el derecho a ser indemnizado si deja de cumplir maliciosamente con el suministro de información necesaria o emplea comprobantes falsos.

El Asegurado o el Contratante se comprometen a informar al I.N.C.U.C.A.I. sobre la necesidad del transplante.

Artículo 9° - PLAZO DE PRUEBA

La Compañía, dentro de los quince (15) días de recibida 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 la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. Si las comprobaciones a que se refiere el artículo 8º) no resultaran concluyentes en cuanto al carácter de la enfermedad, la Compañía 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 de la Compañía dentro del plazo establecido, significará automáticamente el reconocimiento del beneficio reclamado.

Artículo 10° - RIESGOS NO CUBIERTOS

La Compañía no pagará la indemnización cuando el transplante de órgano sea consecuencia de alguna de las siguientes causas:

a) Participación como conductor o integrante de equipos en competencias de pericia o velocidad, con vehículos mecánicos o de tracción a sangre, o en justas hípicas.

b) Intervención en la prueba de prototipos de aviones, automóviles u otros

vehículos de propulsión mecánica.
c) Practica o utilización de la aviación, salvo como pasajero en servicios de transporte en líneas aéreas regulares con itinerario fijo o en "vuelos Charters" contratados entre una empresa transportadora y una agencia de viajes, con características similares a los servicios de transporte aéreo regular.
d) Intervención en otras ascensiones aéreas o en operaciones o viajes submarinos. Escalamiento de montañas o práctica de paracaidismo o aladeltismo.
e) Guerra, declarada o no, que no comprenda a la Nación Argentina; en caso de comprenderla, las obligaciones del Contratante y de los Asegurados, así como las del Asegurador, se regirán por las normas que, en tal emergencia, dictaren las autoridades competentes.
f) Tentativa de suicidio voluntario.
g) Acontecimientos catastróficos originados por la energía atómica o nuclear, fenómenos sísmicos, inhalación de gases o envenenamiento de cualquier naturaleza u otros fenómenos naturales de características catastróficas.
h) Inhalación de gases o envenenamiento de cualquier naturaleza.
i) Desempeño paralelo de las profesiones de acróbata, buzo, jockey, domador de potros o fieras o de tareas con manipuleo de explosivos o con exposición a radiaciones atómicas.
j) Duelo o riña, salvo que se trate de legitima defensa. Actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo. Participación en empresa criminal.
k) Acto ilícito provocado deliberadamente por el Tomador, excepto que el pago de la prima esté a cargo del Asegurado.
l) Abuso de alcohol o narcóticos, consumo de drogas, enervantes, estimulantes o similares excepto que fueran utilizados bajo prescripción medica.
m) Actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por ninguna necesidad profesional, salvo en caso de tentativa de salvamento de vidas o bienes.
n) Intervenciones medicas ilícitas.
o) Participación en viajes o excursiones a regiones o zonas inexploradas.
P) Heridas autoinfligidas por el Asegurado, aun las cometidas en estado de insanía, psicopatía o enajenación mental.
q) No se cubrirán enfermedades preexistentes a la fecha de vigencia de las Condiciones Específicas en el respectivo Certificado Individual que sean causa de un diagnóstico de transplante futuro.
r) Ningún pago se hará efectivo bajo este seguro si la necesidad de un transplante ha sido diagnosticada durante un período de 120 días desde la fecha de inicio de vigencia de las presentes Condiciones Específicas en el respectivo Certificado Individual.
Los transplantes deberán ser realizados en establecimientos de la República Argentina, debidamente autorizados a tal fin por la autoridad nacional competente, y por profesionales habilitados para tal fin, quedando excluida cualquier indemnización por transplantes que no cumpla con estos requisitos.

Artículo 11° - INICIO Y TERMINACION DE LA COBERTURA

La cobertura que conceden las presentes Condiciones Específicas inicia su vigencia en la fecha señalada en las Condiciones Particulares o la fecha de inicio de vigencia del Certificado Individual, de ambas la posterior y

cesará en las siguientes circunstancias:

a) Si la póliza dejara de hallarse en vigencia.

b) Si el certificado individual dejara de hallarse en vigencia.

c) Que se rescinda la póliza por cualquier motivo.

d) A partir del momento en el que el Asegurado haya percibido alguno de los beneficios que conceden las presentes Condiciones Específicas.

e) Que se rescindan las presentes Condiciones Específicas.

f) Al fin del mes de la fecha en que el Asegurado cumpla la Edad Máxima de cobertura indicada en las Condiciones Particulares.

g) Al abonarse al Asegurado prestaciones por aplicación de las Condiciones Específicas "Pago Parcial Anticipado del Capital de Muerte por Diagnóstico de Enfermedad Terminal".

h) Al fin del mes de la fecha de desvinculación del Asegurado con el Contratante.

Ocurrido los eventos indicados como d), e), f) y g), la extraprima correspondiente a las presentes Condiciones Específicas no seguirá integrando el premio correspondiente.

Artículo 12° - DETERMINACION DE LA COBERTURA

Esta cobertura queda sometida a las condiciones y estipulaciones de la póliza en cuanto no sean modificadas o derogadas expresamente por las presentes Condiciones Específicas.

ANEXO 390 - CLÁUSULA ADICIONAL RENTA DIARIA POR INTERNACION - CONDICIONES GENERALES

ESPECÍFICAS

(La presente cobertura sólo tendrá valor si se la indica expresamente en el Frente de Póliza y/o en las Condiciones Particulares).

Artículo 1° - RIESGOS CUBIERTOS

Estas Condiciones Específicas no rigen si no figura su inclusión en las Condiciones Particulares y en el respectivo Certificado Individual.

La Compañía concederá el beneficio que acuerdan estas Condiciones Específicas cuando el Asegurado se encuentre internado en un Establecimiento Asistencial, de acuerdo a lo definido en el artículo 4° de las presentes condiciones, a consecuencia de una enfermedad por primera vez diagnosticada o de un accidente sufrido durante la vigencia de las presentes Condiciones Específicas para su Certificado Individual y con anterioridad al fin del mes en que alcance la edad máxima de cobertura indicada en las Condiciones Particulares.

Ningún beneficio se abonará si la enfermedad en cuestión ha sido diagnosticada o se ha recibido tratamiento por dicha enfermedad antes de la fecha de inicio de vigencia de las presentes Condiciones Específicas en el Certificado Individual.

A los efectos de estas Condiciones Específicas, se considera accidente indemnizable a todo acontecimiento externo, violento y fortuito ajeno a toda otra causa e independiente de la voluntad del Asegurado.

Artículo 2° - BENEFICIO

La Compañía, recibidas las constancias que demuestren fehacientemente la internación, abonará al Asegurado dentro del plazo estipulado en el

Artículo 49º, 2º párrafo de la Ley Nº 17.418, la Suma Asegurada por cada día que hubiera estado internado en exceso del período de espera y sujeto al valor máximo fijado por el "Límite de Días de Internación Cubiertos".

Artículo 3° - CARACTER DEL BENEFICIO

Este beneficio es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la póliza y, en consecuencia, la Compañía no hará deducción alguna del capital asegurado al pagarse cualquiera de ellos.

Artículo 4° - PERIODO DE ESPERA Y PLAZO MAXIMO DE COBERTURA

Se denominará "Plazo de Espera" al plazo durante el cual el Asegurado se encuentre internado pero sin derecho al beneficio por internación.

El "Plazo de Espera", el "Límite de Días de Internación Cubiertos" y la "Suma Asegurada por Día de Internación" se especifican en los Certificados Individuales y Condiciones Particulares.

"Día de Internación" significa todo período de veinticuatro (24) horas que comprende la estadía durante la noche en un Establecimiento Asistencial.

Artículo 5° - INTERNACIONES SUCESIVAS

En el caso de internaciones sucesivas, a causa de un mismo accidente, afección o enfermedad, separadas por intervalos menores de un año, cada período de internación será considerado como continuación del anterior, a efectos de computar el plazo máximo de beneficio y el período de espera mencionado en el artículo 4º.

Artículo 6° - ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL

La elección del Establecimiento asistencial (Sanatorio, hospital, Clínica, Instituto, Policlínico, etc.) queda librada a la voluntad del Asegurado.

Se entenderá por Establecimiento Asistencial aquellos que se hallen legalmente autorizados, posean servicio de atención al paciente durante las veinticuatro (24) horas del día, y cuyos profesionales ejerzan legalmente su actividad.

Artículo 7° - RIESGOS NO CUBIERTOS

Estas Condiciones Específicas no cubren internaciones por:

a) Participación como conductor o integrante de equipos en competencias de pericia o velocidad, con vehículos mecánicos o de tracción a sangre, o en justas hípicas.

b) Intervención en la prueba de prototipos de aviones, automóviles u otros vehículos de propulsión mecánica.

c) Practica o utilización de la aviación, salvo como pasajero en servicios de transporte en líneas aéreas regulares con itinerario fijo o en "vuelos Charters" contratados entre una empresa transportadora y una agencia de viajes, con características similares a los servicios de transporte aéreo regular.

d) Intervención en otras ascensiones aéreas o en operaciones o viajes submarinos. Escalamiento de montañas o práctica de paracaidismo o aladeltismo.

e) Guerra, declarada o no, que no comprenda a la Nación Argentina; en caso de comprenderla, las obligaciones del Contratante y de los Asegurados, así como las del Asegurador, se regirán por las normas que, en tal emergencia, dictaren las autoridades competentes.

f) Tentativa de suicidio voluntario.

g) Acontecimientos catastróficos originados por la energía atómica o nuclear, fenómenos sísmicos, inhalación de gases o envenenamiento de cualquier naturaleza u otros fenómenos naturales de características catastróficas.

h) Inhalación de gases o envenenamiento de cualquier naturaleza.

i) Desempeño paralelo de las profesiones de acróbata, buzo, jockey, domador de potros o fieras o de tareas con manipuleo de explosivos o con exposición a radiaciones atómicas.

j) Duelo o riña, salvo que se trate de legitima defensa. Actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo. Participación en empresa criminal o aplicación legítima de la pena de muerte.

k) Acto ilícito provocado deliberadamente por el Tomador, excepto que el pago de la prima esté a cargo del Asegurado.

l) Abuso de alcohol o narcóticos, consumo de drogas, enervantes, estimulantes o similares excepto que fueran utilizados bajo prescripción medica.

m) Actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por ninguna necesidad profesional, salvo en caso de tentativa de salvamento de vidas o bienes.

n) Intervenciones medicas ilícitas.

o) Accidente que el Asegurado por acción u omisión provoque dolosamente o con culpa grave.

p) Participación en viajes o excursiones a regiones o zonas inexploradas.

q) Heridas autoinfligidas por el Asegurado, aun las cometidas en estado de insanía, psicopatía o enajenación mental.

r) La realización de estudios de diagnósticos, análisis, radiografías, radioscopía o fisioterapia salvo que como consecuencia del diagnóstico que resulte de los mismos, el Asegurado tuviera que someterse a una internación hospitalaria.

s) Cualquier enfermedad, situación clínica, anormalidad o deformación originada antes de la fecha de inicio de vigencia de las presentes Condiciones Específicas o del correspondiente Certificado Individual, de ambas la posterior.

t) Curas de reposo, adelgazamiento, rejuvenecimiento o ayuno prolongado.

u) Aislamiento o internación cuarentenaria por enfermedades infecto-contagiosas.

v) Prácticas de cirugías plásticas para condiciones preexistentes o cirugías estéticas, excepto las reconstructivas que resulten indispensables a consecuencia de un accidente indemnizable bajo estas Condiciones Específicas.

w) Prácticas de radioterapia, radioumterapia, médium o isótopos.

x) Esterilización y procedimientos anticonceptivos, así como las consecuencias que deriven de ellos. Tratamientos de infertilidad, impotencia y frigidez.

y) Tratamiento odontológico.

z) Maternidad, comprendiendo toda internación que se lleve a cabo durante el embarazo, sea consecuencia o no de ésta; el parto y hasta los cuarenta y cinco (45) días posteriores al mismo.

aa) Tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica nerviosa, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen susmanifestaciones clínicas.

bb) Las internaciones por un plazo menor al período de espera estipulado

en el Certificado Individual, salvo que resulte de aplicación las previsiones establecidas en el artículo 5 de las presentes Condiciones Específicas.

Artículo 8° - DENUNCIA Y COMPROBACIONES

Corresponde al Asegurado, sus familiares, representantes legales denunciar directamente a la Compañía cualquier internación del Asegurado en un Establecimiento Asistencial dentro de los quince (15) días siguientes de haberse producido la misma. Cualquier demora en efectuar la denuncia hará perder al Asegurado el derecho a los beneficios que le corresponderían por estas Condiciones Específicas por los días anteriores a la fecha de recepción de esa información por parte de la Compañía; excepto que medie caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.

El Asegurado deberá suministrar copia de la historia clínica del Establecimiento Asistencial donde estuvo internado y el informe del médico asistente, en el formulario proporcionado por la Compañía.

La Compañía podrá hacer revisar hasta en dos oportunidades al Asegurado por facultativos designados por ella, durante su internación o en su domicilio particular, o citarlo al consultorio de aquél para comprobar la procedencia del reclamo de los beneficios. Los costos que se originen estarán a cargo de la Compañía.

Asimismo, la Compañía podrá investigar y requerir informaciones a los médicos que hayan asistido al Asegurado o en los Establecimientos Asistenciales donde el mismo se encuentre o se haya internado, quedando los mismos relevados del secreto médico en estos casos. En general, podrá adoptar todas las medidas tendientes a comprobar y controlar las informaciones recibidas, así como esclarecer presuntos errores, simulaciones y/o fraudes. El Asegurado perderá todo derecho a indemnización si cualquier información suministrada a la Compañía fuera simulada o fraudulenta, sin perjuicio de las acciones legales que correspondan.

Artículo 9° - PLAZO DE PRUEBA

La Compañía, dentro de los quince (15) días de recibida la denuncia y/o las constancias a que se refiere el punto anterior, contados desde la fecha que sea posterior, deberá hacer saber al Asegurado su aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. Si las comprobaciones e informes a que se refiere el punto anterior no resultaran concluyentes, la Compañía 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 de la Compañía dentro del plazo establecido, significará automáticamente el reconocimiento del beneficio reclamado.

Artículo 10° - VALUACION POR PERITOS

Si no hubiere acuerdo entre las partes sobre la apreciación de la internación como siniestro indemnizable, dichas circunstancias serán determinadas por dos médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los ocho (8) días de su designación, a un tercer facultativo para el caso de divergencia.

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

Si una de las partes omitiera designar médico dentro del decimoquinto día de requerido por la otra, o si el tercer facultativo no fuera electo en el plazo establecido en el párrafo anterior, la parte más diligente previa intimación de 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, salvo el caso de equidistancia, en que se pagarán por mitades entre las partes.

Artículo 11° - INICIO Y TERMINACION DE LA COBERTURA

La cobertura que conceden las presentes Condiciones Específicas inicia su vigencia en la fecha señalada en las Condiciones Particulares o la fecha de inicio de vigencia del Certificado Individual, de ambas la posterior y cesará en las siguientes circunstancias:

a) Si la póliza dejara de hallarse en vigencia.

b) Si el certificado individual dejara de hallarse en vigencia.

c) Que se rescinda la póliza por cualquier motivo.

d) Que se rescindan las presentes Condiciones Específicas.

e) Al fin del mes de la fecha en que el Asegurado cumpla la Edad Máxima de cobertura indicada en las Condiciones Particulares.

f) Cuando el Asegurado perciba el "Límite de Días de Internación" indicado en el Certificado Individual.

g) Al fin del mes de la fecha de desvinculación del Asegurado con el Contratante.

h) Si la asegurada se encontrase embarazada.

Ocurrido los eventos indicados como d), e) y f) la extraprima correspondiente a las presentes Condiciones Específicas no seguirá integrando el premio correspondiente.

En caso de corresponder se devolverá la prima correspondiente al riesgo no corrido a la fecha de rescisión.

Artículo 12° - DETERMINACION DE LA COBERTURA

Esta cobertura queda sometida a las condiciones y estipulaciones de la póliza en cuanto no sean modificadas o derogadas expresamente por las presentes Condiciones Específicas.

ANEXO 410 - CLÁUSULA ADICIONAL GASTOS DE SEPELIO (CLÁUSULA A) - CONDICIONES GENERALES ESPECÍFICAS

(La presente cobertura sólo tendrá valor si se la indica expresamente en el Frente de Póliza y/o en las Condiciones Particulares).

Artículo 1° - RIESGO CUBIERTO

Estas Condiciones Específicas no rigen si no figura su inclusión en las Condiciones Particulares y en el respectivo Certificado Individual.

La Compañía concederá el beneficio que acuerdan estas Condiciones Específicas cuando se produzca el fallecimiento del Asegurado o algún integrante del Grupo Familiar incluido por el Asegurado en el presente seguro según lo establecido en el Artículo 2° de la presente cláusula., durante la vigencia de las presentes Condiciones Específicas para su Certificado

Individual y con anterioridad al fin del mes de la fecha en que haya cumplido la Edad Máxima de cobertura indicada en las Condiciones Particulares.

Artículo 2° - GRUPO FAMILIAR

El Asegurado podrá incluir en el presente seguro a su cónyuge, siempre que conviva con él, y/o a sus hijos. El cónyuge podrá incorporarse a la presente cobertura hasta la edad máxima establecida en las Condiciones Particulares.

Se asimila a la condición de cónyuge al conviviente del asegurado principal, siempre y cuando hubiera convivido públicamente en aparente matrimonio con el mismo durante por lo menos 5 años inmediatamente anteriores a la fecha de incorporación del conviviente a esta cobertura, o dos años en caso de existir descendencia en común.

Los hijos susceptibles de cobertura serán los hijos matrimoniales, extramatrimoniales reconocidos, o adoptivos del asegurado principal desde que cumplan los catorce (14) años siempre y cuando compartan el hogar con el titular, no tengan un empleo en relación de dependencia y consecuentemente dependan económicamente del asegurado principal. Quedan expresamente excluidos los cónyuges e hijos que estuvieran comprendidos en el seguro colectivo como integrantes del personal del contratante.

El Asegurado podrá excluir a todas o a alguna de las personas incorporadas, en cualquier vencimiento de primas, para lo cual deberá comunicarlo por escrito al Asegurador con 30 días de anticipación y remitir el certificado individual para la constancia respectiva.

Artículo 3° - BENEFICIO

Ocurrido el fallecimiento, la Compañía abonará el reembolso de los gastos de sepelio hasta el Límite Máximo establecido en las Condiciones Particulares de esta cláusula, dentro de los quince (15) días de notificado el siniestro y de acompañada la información requerida a los beneficiarios designados.

Adicionalmente se considerarán como gastos de sepelio susceptibles de reembolso aquellos derivados de:

Traslado de Fallecidos: Se cubren los traslados de fallecidos que se realizan por vía terrestre en ambulancia desde el sitio de fallecimiento hasta el lugar de velatorio dentro de todo el ámbito del territorio nacional, siempre y cuando la distancia entre ambos puntos no supere los Kilómetros Máximos de traslado cubiertos indicado en las Condiciones Particulares. En caso de que la familia desee realizar el traslado por otra vía, la Compañía reintegrará el importe del servicio prestado, hasta el importe que la misma hubiese cubierto de haberse realizado el traslado vía terrestre.

Parcelas a perpetuidad: Consiste en una parcela a perpetuidad en Cementerios Privados en cualquier punto del país de acuerdo al lugar de residencia del fallecido. No se incluyen los gastos de mantenimiento de la parcela.

Bandera nacional: Cuando el fallecido tiene grado militar se cubren los gastos de entrega de una bandera nacional que cubra el ataúd.

Placa de bronce: Se cubren los gastos de una placa de bronce para ser

colocada en el lugar de la inhumación.

Corona de flores: Se cubren los gastos de una corona de flores naturales.

Artículo 4° - CARACTER DEL BENEFICIO

Este beneficio es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la póliza y, en consecuencia, la Compañía no hará deducción alguna del capital asegurado al pagarse cualquiera de ellos.

Artículo 5° - INFORMACION QUE DEBE SUMINISTRARSE A LA COMPAÑÍA EN CASO DE SINIESTRO

Ocurrido el fallecimiento del Asegurado, el Asegurador efectuará el pago que corresponda dentro de los quince (15) días de haber recibido las siguientes pruebas:

a) Copia legalizada de la partida de defunción.

b) Declaración del médico que hubiere asistido al Asegurado o certificado su muerte y declaración del beneficiario. Ambas declaraciones se realizarán en formularios que suministrará el Asegurador.

c) Toda actuación sumarial que se hubiere instruido con motivo del hecho determinante del fallecimiento del Asegurado, salvo que lo impidieran razones procesales.

d) Comprobante de los gastos realizados para el sepelio.

Artículo 6° - RIESGOS NO CUBIERTOS

La Compañía, salvo pacto en contrario, no cubrirá el importe que demandare el servicio de sepelio, cuando su fallecimiento sea consecuencia de alguna de las siguientes causas:

a) Suicidio voluntario, hasta los veinticuatro (24) meses contados desde el inicio de vigencia de la presente cláusula;

b) Por duelo o riña, salvo que se tratase en legítima defensa; acto criminal por el que resulte responsabilizado el contratante de la póliza;

c) Acto de guerra civil o internacional, guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo; participación en empresa criminal;

d) Guerra declarada o no, que comprenda a la República Argentina; en caso de comprenderla, las obligaciones del Asegurado, como las de la Compañía, se regirán por las normas que en tal caso dictaren las autoridades competentes;

e) Abuso del alcohol, drogas, estupefacientes, narcóticos o estimulantes;

f) Consumo de drogas, enervantes, estimulantes o similares excepto si se demuestra que fueron utilizados bajo prescripción médica sin incurrir en abuso;

g) Por la práctica o el uso de la navegación aérea, salvo como pasajero en líneas regulares, o por otras ascensiones aéreas, aladeltismo, parapente o salto con paracaídas;

h) Por la participación en viajes o excursiones a zonas o regiones inexploradas o prácticas deportivas submarinas o subacuáticas o escalamiento de montaña;

i) Competir en pruebas de pericia y/o velocidad con vehículos mecánicos o de tracción a sangre o en justas hípicas, o cualquier otra prueba análoga;

j) Intervenir en pruebas de prototipos de aviones, automóviles y otros vehículos de propulsión mecánica;

k) Desempeño paralelo de las profesiones de acróbata, buzo, jockey y domador de potros o fieras y/o la práctica de deportes o actividades peligrosas como alpinismo, andinismo, esquí acuático o de montaña, motonáutica u otras actividades análogas y manipuleo de explosivos y/o armas o con exposición a radiaciones atómicas, salvo pacto en contrario;
l) Acontecimientos catastróficos originados por reacciones o accidentes nucleares; químicos, biológicos o bacteriológicos y/o fenómenos naturales epidemias o pestes;
m) Acontecimientos catastróficos tales como terremotos, inundaciones, aluviones, maremotos, erupciones volcánicas y huracanes.

Artículo 7° - DENUNCIA DEL SINIESTRO

El Beneficiario está obligado a comunicar el fallecimiento del Asegurado a la Compañía dentro de las setenta y dos (72) horas de ocurrido.
El Beneficiario deberá efectuar sus denuncias y reclamos dentro de los plazos estipulados salvo que acredite fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.
La Compañía realizará el pago del Capital Asegurado dentro de los quince (15) días de notificado el siniestro o de cumplidos los requisitos a que se refiere el Artículo 5 de la presente Cláusula.

Artículo 8° - TERMINACION DE LA COBERTURA

La cobertura que conceden las presentes Condiciones Específicas inicia su vigencia en la fecha señalada en las Condiciones Particulares o la fecha de inicio de vigencia del Certificado Individual, de ambas la posterior y cesará en las siguientes circunstancias:

a) Si la póliza dejara de hallarse en vigencia.
b) Si el certificado individual dejara de hallarse en vigencia.
c) Que se rescinda la póliza por cualquier motivo.
d) Al fin del mes de la fecha en que el Asegurado cumpla la Edad Máxima de cobertura indicada en las Condiciones Particulares.
e) Al fin del mes de la fecha de desvinculación del Asegurado con el Contratante.
f) Por la renuncia a continuar con esta cobertura.

ANEXO 430 - CLÁUSULA ADICIONAL GASTOS DE SEPELIO (CLÁUSULA B) - CONDICIONES GENERALES ESPECÍFICAS

(La presente cobertura sólo tendrá valor si se la indica expresamente en el Frente de Póliza y/o en las Condiciones Particulares).

Artículo 1° - RIESGO CUBIERTO

Estas Condiciones Específicas no rigen si no figura su inclusión en las Condiciones Particulares y en el respectivo Certificado Individual.

La Compañía concederá el beneficio que acuerdan estas Condiciones Específicas cuando se produzca el fallecimiento del Asegurado o algún integrante del Grupo Familiar incluido por el Asegurado en el presente seguro según lo establecido en el Artículo 2° de la presente cláusula., durante la vigencia de las presentes Condiciones Específicas para su Certificado

Individual y con anterioridad al fin del mes de la fecha en que haya cumplido la Edad Máxima de cobertura indicada en las Condiciones Particulares.

Artículo 2° - GRUPO FAMILIAR

El Asegurado podrá incluir en el presente seguro a su cónyuge, siempre que conviva con él, y/o a sus hijos. El cónyuge podrá incorporarse a la presente cobertura hasta la edad máxima establecida en las Condiciones Particulares. Se asimila a la condición de cónyuge al conviviente del asegurado principal, siempre y cuando hubiera convivido públicamente en aparente matrimonio con el mismo durante por lo menos 5 años inmediatamente anteriores a la fecha de incorporación del conviviente a esta cobertura, o dos años en caso de existir descendencia en común.

Los hijos susceptibles de cobertura serán los hijos matrimoniales, extramatrimoniales reconocidos, o adoptivos del asegurado principal desde que cumplan los catorce (14) años siempre y cuando compartan el hogar con el titular, no tengan un empleo en relación de dependencia y consecuentemente dependan económicamente del asegurado principal. Quedan expresamente excluidos los cónyuges e hijos que estuvieran comprendidos en el seguro colectivo como integrantes del personal del contratante.

El Asegurado podrá excluir a todas o a alguna de las personas incorporadas, en cualquier vencimiento de primas, para lo cual deberá comunicarlo por escrito al Asegurador con 30 días de anticipación y remitir el certificado individual para la constancia respectiva.

Artículo 3° - BENEFICIO

Ocurrido el fallecimiento de una persona asegurada por la presente cobertura adicional, durante la vigencia de esta póliza, estando ella y el certificado respectivo en pleno vigor, el Asegurador se obliga a pagar el importe que demandare el servicio de sepelio hasta la concurrencia de la suma máxima asegurada, realizado en cualquier punto del país por alguna de las empresas fúnebres detalladas en la nómina que se adjunta a la presente póliza y a los certificados individuales, o en sus actualizaciones futuras, a cuyos efectos se tendrán en cuenta las siguientes condiciones:

1) Queda expresamente convenido que el capital asegurado deberá destinarse exclusivamente a la cancelación de los gastos que demande la inhumación del asegurado fallecido.

2) En toda circunstancia o lugar, ante el fallecimiento de una persona asegurada es obligación inexcusable del Contratante, de los parientes, de las personas más allegadas o de los herederos legales, solicitar la inhumación del extinto en alguna de las empresas fúnebres que figuran en la nómina adjunta o en sus actualizaciones futuras. Si así no se hiciera, caducará el seguro en la parte correspondiente al asegurado fallecido, sin derecho alguno para el Contratante o el titular del interés asegurable, según corresponda, salvo en los siguientes casos:

a) Si en el lugar donde ocurrió el deceso, habiendo empresas de pompas fúnebres, ninguna de ellas figurara en la nómina adjunta a la presente póliza o en sus actualizaciones futuras;

b) Si en el lugar donde ocurrió el deceso no existiera empresa alguna de pompas fúnebres, y en las localidades más cercanas a dicho lugar, de las empresas existentes a las actuales se podría recurrir, ninguna figurara en

la nómina adjunta o en sus actualizaciones futuras;
c) Si el deceso se produce en el extranjero.
3) A los efectos de la obtención de los servicios necesarios para inhumar al asegurado fallecido, el Contratante, los parientes, personas más allegadas o los herederos legales, actuarán ante las empresas de pompas fúnebres a título personal, solicitando la prestación del servicio que, como máximo, se ajuste hasta la concurrencia del capital asegurado.
4) En caso de que un asegurado falleciera en circunstancias tales que nadie se hiciera cargo de su sepelio, este seguro obrará de modo tal que puesto el Asegurador en conocimiento de dicha circunstancia, por intermedio de alguna de las empresas de pompas fúnebres cercana al lugar del deceso, se hará cargo de los gastos de inhumación hasta la concurrencia de la suma asegurada, informando de ello al Contratante

Adicionalmente se considerarán como gastos de sepelio susceptibles de reembolso aquellos derivados de:

Traslado de Fallecidos: Se cubren los traslados de fallecidos que se realizan por vía terrestre en ambulancia desde el sitio de fallecimiento hasta el lugar de velatorio dentro de todo el ámbito del territorio nacional, siempre y cuando la distancia entre ambos puntos no supere los Kilómetros Máximos de traslado cubiertos indicado en las Condiciones Particulares. En caso de que la familia desee realizar el traslado por otra vía, la Compañía reintegrará el importe del servicio prestado, hasta el importe que la misma hubiese cubierto de haberse realizado el traslado por vía terrestre.

Parcelas a perpetuidad: Consiste en la entrega de una parcela a perpetuidad en Cementerios Privados en cualquier punto del país de acuerdo al lugar de residencia del fallecido. No se incluyen los gastos de mantenimiento de la parcela.

Bandera nacional: Cuando el fallecido tiene grado militar se hace entrega de una bandera nacional que cubra el ataúd, la que luego de la inhumación queda en poder de sus familiares.

Placa de bronce: Se entrega una placa de bronce para ser colocada en el lugar de la inhumación.

Corona de flores: Se envía una corona de flores naturales a nombre de la Compañía.

Artículo 4° - INDEMNIZACIÓN EN EFECTIVO

Cuando no pudiera lograrse la prestación directa del servicio de sepelio por alguna de las empresas enunciadas en la nómina adjunta a esta póliza y a los certificados individuales, o en sus actualizaciones futuras, por causas no imputables al solicitante; o cuando la inhumación se efectuase sin intervención de alguna de las empresas adheridas por ocurrir el fallecimiento en el extranjero o en lugares dentro del país en que no exista ninguna de ellas en un radio de 30 kilómetros; el Asegurador abonará como máximo la suma individual asegurada a la persona que haya pagado el servicio de sepelio, previa presentación del certificado individual, copia

en legal forma de la partida de defunción y recibo de pago por el servicio de sepelio efectuado.

Artículo 5° - CARACTER DEL BENEFICIO

El beneficio que otorga la presente Cláusula es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la póliza.

Artículo 6° - REQUISITOS DE INFORMACION

En caso de fallecimiento de una persona asegurada, el Contratante, los parientes, personas más allegadas o los herederos legales, según corresponda, deberán presentar como únicos requisitos para convenir la prestación del servicio fúnebre, el certificado médico de defunción, el certificado que ampara al extinto y la constancia que acredite su vigencia, sin perjuicio de los demás documentos que exija la empresa prestataria del servicio, de acuerdo con las disposiciones vigentes sobre el particular.

Artículo 7° - RIESGOS NO CUBIERTOS

La Compañía, salvo pacto en contrario, no cubrirá el importe que demandare el servicio de sepelio, cuando su fallecimiento sea consecuencia de alguna de las siguientes causas:

a) Suicidio voluntario, hasta los veinticuatro (24) meses contados desde el inicio de vigencia de la presente cláusula;
b) Por duelo o riña, salvo que se tratase en legítima defensa; acto criminal por el que resulte responsabilizado el contratante de la póliza;
c) Acto de guerra civil o internacional, guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo; participación en empresa criminal;
d) Guerra declarada o no, que comprenda a la República Argentina; en caso de comprenderla, las obligaciones del Asegurado, como las de la Compañía, se regirán por las normas que en tal caso dictaren las autoridades competentes;
e) Abuso del alcohol, drogas, estupefacientes, narcóticos o estimulantes;
f) Consumo de drogas, enervantes, estimulantes o similares excepto si se demuestra que fueron utilizados bajo prescripción médica sin incurrir en abuso;
g) Por la práctica o el uso de la navegación aérea, salvo como pasajero en líneas regulares, o por otras ascensiones aéreas, aladeltismo, parapente o salto con paracaídas;
h) Por la participación en viajes o excursiones a zonas o regiones inexploradas o prácticas deportivas submarinas o subacuáticas o escalamiento de montaña;
i) Competir en pruebas de pericia y/o velocidad con vehículos mecánicos o de tracción a sangre o en justas hípicas, o cualquier otra prueba análoga;
j) Intervenir en pruebas de prototipos de aviones, automóviles y otros vehículos de propulsión mecánica;
k) Desempeño paralelo de las profesiones de acróbata, buzo, jockey y domador de potros o fieras y/o la práctica de deportes o actividades peligrosas como alpinismo, andinismo, esquí acuático o de montaña, motonáutica u otras actividades análogas y manipuleo de explosivos y/o armas o con exposición a radiaciones atómicas, salvo pacto en contrario;
l) Acontecimientos catastróficos originados por reacciones o accidentes

nucleares; químicos, biológicos o bacteriológicos y/o fenómenos naturales epidemias o pestes;
m) Acontecimientos catastróficos tales como terremotos, inundaciones, aluviones, maremotos, erupciones volcánicas y huracanes.

Artículo 8° - TERMINACION DE LA COBERTURA

La cobertura prevista en esta Cláusula, cesará en las siguientes circunstancias:
a) Al caducar la póliza y/o el certificado individual por cualquier causa.
b) Al fin del mes de la fecha en que el Asegurado cumpla la Edad Máxima de cobertura indicada en las Condiciones Particulares.
c) Al fin del mes de la fecha de desvinculación del Asegurado con el Contratante.
d) Por la renuncia a continuar con esta cobertura.

BBVA Seguros

Más información:

Av. Leandro N. Alem 728, C.A.B.A.

www.bbvaseguros.com.ar

0-800-999-4100

Aseguradora: BBVA Seguros Argentina S.A. CUIT: 30-50006423-0
Av. Leandro N. Alem 728/732 (C1001AAP) - C.A.B.A.

Nº de inscripción en SSN
0396

Atención al asegurado
0800-666-8400

Organismo de control

www.argentina.gob.ar/ssn

SSN | SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN

Certificado de Cobertura

Por la presente certificamos que la empresa MAURINO CESAR Y DE ANGELIS GUILLERMO SH | CUIT30709582808, cuenta con el Seguro Colectivo de Vida Obligatorio, decreto Nro. 1567/74 suscripto con BBVA Seguros S.A., en cumplimiento de las normas vigentes.
Tomador: MAURINO CESAR Y DE ANGELIS GUILLERMO SH | CUIT30709582808
Domicilio: LAGO ROSALES 370
Localidad: (9001) RADA TILLY
CUIT: 30709582808
Póliza Nro.: 1202319
Inicio de Vigencia: 01-11-2021
Fin de Vigencia: 31-10-2022

Conste por la presente que BBVA Seguros S.A. renuncia en forma expresa a reclamar o iniciar toda acción de repetición o de regreso contra CUIT 30695542476 PAN AMERICAN ENERGY SL SUCURSAL ARGENTINA

Cantidad de asegurados a la fecha:6

Nómina de Asegurados

Nombre y apellido	Tipo	Nro.	CUIL
BENITEZ VERONICA LILIANA		27335190721	
ECHEGARAY NATALIA SOLEDAD	CUIL	27368067380	
HERK FRANCO		20402098083	
HERK JUAN CRUZ		20377669178	
MORALES SUSANA NOEMI		27242552593	
NOVAS GARAY KEVIN WALTER	CUIL	20375193311	

Se extiende la presente constancia para ser presentada ante quien corresponda, a los 25 días del mes de Agosto de 2022.



Las primas deben ser ingresadas a la Aseguradora, dentro de los 30 días corridos iniciados en cada periodo de pago. La falta de pago por parte del tomador-empleador de las primas en el plazo fijado, provocara la mora de forma automática y con ello la suspensión de la cobertura sin necesidad de aviso o intimación alguna. La cobertura solo será reanudada a las 72 hs. de haberse abonado el total de las primas adeudadas. Art. 11 y 12 Res. 30729/2005 SSN.

Los Asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la situación económica financiera de la entidad aseguradora, dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 (C.P. 1067), Buenos Aires; o a los teléfonos 4343-9090; 4331-0188; o 4331-7456, en el horario de 12:30 a 18:30. Podrá consultarse vía internet a la siguiente dirección: http://www.ssn.gov.ar

El presente certificado de cobertura fue impreso desde las Web de BBVA Seguros . 25/08/2022

BBVA Consolidar Seguros S.A.
Avenida Leandro N. Alem 728/732 - (C1001AAP) - Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Argentina
Tel:(011)-4343-1200 - www.bbvaseguros.com.ar

N° Póliza Digital: 5259815

Vigencia Desde - Hasta: 01/06/2022-31/05/2023

Tipo de Solicitud: Traspaso

DATOS DE LA ASEGURADORA

CUIT:	30687156168	**Denominación:**	EXPERTA ASEGURADORA DE RIESGOS DEL TRABAJO S.A.
Domicilio constituido:	AV. DEL LIBERTADOR 6902 Piso:12 - C.A.B.A. - CAPITAL FEDERAL - CP:1429		
Teléfono:	(5411)(47044500)	**FAX:**	(5411)(47044500)
Email:	clientes@experta.com.ar	**Página web:**	www.experta.com.ar
Reclamos y Consultas:	**08007777278**	**Denuncias y Accidentes:**	**08008880200**

CANAL COMERCIAL

CUIT/CUIL:	30708028734	**Apellido y Nombre/Denominación:**	DDN BROKERS S A
Matrícula:	839		

DATOS DEL EMPLEADOR

Declarados ante la AFIP

CUIT:	30709582808	**Denominación:**	MAURINO, CESAR EDUARDO Y DE ANGELIS, GUILLERMO FABIAN SOCIEDAD DE HECHO
Domicilio:	SAAVEDRA 000631 COMODORO RIVADAVIA CHUBUT 9000		
Actividad principal:	931020 - Form.883: Explotación de instalaciones deportivas, excepto clubes		
Actividad secundaria:	791100 - Form.883: Servicios minoristas de agencias de viajes		
Otra actividad:	681098 - Form.883: Servicios inmobiliarios realizados por cuenta propia, con bienes urbanos propios o arrendados n.c.p.	**Forma Jurídica:**	Sociedad De Hecho

Datos de Contacto

Domicilio:	SAAVEDRA 631 - CP:9000		
Provincia:	CHUBUT	**Localidad:**	COMODORO RIVADAVIA
Teléfono:	(0297)4010983	**Móvil:**	(0297)154010983
Email:	susana@extremocomodoro.com		

CONDICIONES COMERCIALES

Alícuotas

CIIU:	791100 - Servicios minoristas de agencias de viajes				
Nivel Cumplimiento:	3	**Masa Salarial:**	$433144.73	**Cantidad Trabajadores:**	6
FFE:	$111.75	**Suma Fija:**	$0.00	**Cuota Variable:**	4.710%
Cuota Inicial:	$21071.62				
Pago ILT:	El Empleador paga ILT por cuenta y orden de la ART				
Bonificación:	Régimen de Alícuotas para supuestos especiales: RES.S.R.T. N° 65/96 y S.S.N. N° 24.573/96. ART 1ero: "El empleador que contare con más de un establecimiento celebrará un único contrato de afiliación. La Alícuota se determinará de acuerdo a los procedimient				
Cláusula Penal:	Cláusula penal por incumplimientos de denuncias del empleador, consistente en Límite Mínimo de la base imponible para el cálculo de los aportes y contribuciones al SIPA, establecidos en el artículo 9 de la ley 24.241 y sus modificaciones.				

Datos Adicionales

El empleador no es efector de salud.
El empleador tiene más de un establecimiento.

DATOS DE SUSCRIPCIÓN

Fecha Suscripción del Empleador: 26/05/2022
Firmante del Empleador/Carácter

MAURINO CESAR EDUARDO
CUIT/CUIL: 20216299109

Fecha Suscripción de ART: 25/05/2022
Firmante de la ART



CHARLOT JUAN PABLO
CUIL: 20200114370

Superintendencia de Riesgos del Trabajo

PÓLIZA DIGITAL AUTORIZADA

La información impresa tiene el correspondiente respaldo en las bases de datos de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo.

CLÁUSULAS APLICABLES A LAS PÓLIZAS DE EMPLEADORES DEL RÉGIMEN GENERAL

A los 26 días del mes de Mayo de 2022, EXPERTA ASEGURADORA DE RIESGOS DEL TRABAJO S.A., constituyendo domicilio en la calle: AV. DEL LIBERTADOR 6902 12 ºP (1429) CAPITAL FEDERAL - C.A.B.A., en adelante denominada "la **Aseguradora**" o "la **ART**" en forma indistinta; y por la otra MAURINO, CESAR EDUARDO Y DE ANGELIS, GUILLERMO FABIAN SOCIEDAD DE HECHO , C.U.I.T. Nº 30709582808, representado en este acto por MAURINO CESAR EDUARDO, DOC.NACIONAL DE IDENTIDAD N° 21629910, constituyendo domicilio en la calle: SAAVEDRA N° 631, COMODORO RIVADAVIA - CHUBUT, denominado en lo sucesivo "el **EMPLEADOR**" suscriben el presente ***CONTRATO DE COBERTURA***, quedando sometidos a lo normado por la Ley sobre Riesgos del Trabajo Nº 24.557 (L.R.T.), sus Decretos Reglamentarios, normas complementarias y reglamentarias dictadas por la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO (S.R.T.) y por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION (S.S.N.) y sujetos a las siguientes cláusulas y condiciones.

CLÁUSULA PRIMERA:

Las partes se someten, durante la vigencia del presente contrato, a dar cumplimiento a las obligaciones que resulten impuestas por la Ley N° 24.557 sobre Riesgos del Trabajo (L.R.T.), sus Decretos Reglamentarios, normas complementarias y reglamentarias dictadas por la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO (S.R.T.) y por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN (S.S.N.), además de las obligaciones instrumentadas a través del presente Contrato.

En ningún caso las condiciones particulares del contrato podrán ser alteradas o contrarias a lo dispuesto en la normativa precitada y a las Condiciones Generales del presente contrato.

CLÁUSULA SEGUNDA:

I. VIGENCIA. El presente contrato tendrá un término mínimo de duración de UN (1) año, contado a partir de las CERO (0) horas de la fecha de inicio de vigencia que se estipula en las condiciones particulares.

II. RENOVACIÓN AUTOMÁTICA. El presente contrato será renovado en forma automática anualmente, excepto en los casos en los cuales el EMPLEADOR se afilie a otra ART o ingrese al régimen de autoseguro.

CLÁUSULA TERCERA: COTIZACIÓN

El EMPLEADOR abonará la cuota que resulte de aplicar la alícuota convenida en las Condiciones Particulares, la cual deberá encontrarse ajustada al régimen aprobado por el órgano competente.

La cuota será declarada e ingresada por mes adelantado en función de la nómina salarial del mes inmediato anterior, con las modalidades, plazos y condiciones establecidos para el pago de los aportes y contribuciones con destino a la Seguridad Social.

En los casos de inicio de actividad o, cuando por otras razones no exista nómina salarial correspondiente al mes anterior a aquel en que se debiera efectivizar el pago, la cuota se calculará en función de la nómina prevista para el mes de pago y se ingresará al SISTEMA ÚNICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (S.U.S.S.), indicando el mes anterior en el formulario de pago.

En caso de resultar necesario modificar la alícuota del presente contrato, la ASEGURADORA deberá notificar los nuevos valores en forma fehaciente, con una antelación no menor a SESENTA (60) días corridos a la incorporación de la nueva alícuota.

En los casos en que el EMPLEADOR tuviera la obligación legal de ajustarse a un sistema de contrataciones por licitaciones públicas, el plazo mencionado se extenderá, a CIENTO OCHENTA (180) días corridos.

Cuando la modificación de la alícuota, represente un aumento superior al CINCUENTA POR CIENTO (50 %) o de TRES (3) puntos porcentuales, lo que sea menor, la ASEGURADORA deberá notificar en forma fehaciente y complementaria de lo establecido en el artículo 11 de la Ley N° 26.773, los nuevos valores justificando en forma detallada el motivo del incremento de los mismos, con una antelación no menor a NOVENTA (90) días corridos, a fin de que el EMPLEADOR pueda ejercer el derecho de cambiar de ASEGURADORA, cumpliendo con el procedimiento establecido para tal fin por la normativa vigente.

Los aumentos de alícuotas deberán respetar la anualidad de su vigencia, de acuerdo con lo establecido en el artículo 11 de la Ley N° 26.773, salvo en los casos en que las modificaciones de las mismas obedezcan a cambios de CIIU. El aumento de alícuota fundado en un cambio de CIIU solo podrá practicarse mediando un preaviso de SESENTA (60) días y cuando el empleador haya cumplido con la condición de permanencia de SEIS (6) meses o UN (1) año según sea la primera afiliación del EMPLEADOR o segunda y posteriores, respectivamente, de acuerdo a lo dispuesto por el punto I. a de la CLÁUSULA SEXTA. Cuando exista acuerdo expreso entre las partes, la ASEGURADORA podrá incrementar la alícuota sin mediar preaviso de SESENTA (60) días y aún cuando no se cumpla la permanencia mínima del empleador en la ASEGURADORA.

Para los trabajadores incluidos en el Régimen Especial de Casas Particulares, el EMPLEADOR abonará la cuota vigente para cada rango de horas trabajadas semanalmente, conforme formulario AFIP 102/RT.

CLÁUSULA CUARTA: MORA.

La mora en el pago de las alícuotas operará de pleno derecho y por el mero vencimiento del plazo, devengando a cargo del empleador los intereses correspondientes que generan las deudas impositivas nacionales. El Empleador, para cancelar la deuda que registre, deberá pagar el capital con más los intereses devengados.

CLÁUSULA QUINTA

OBLIGACIONES Y RESPONSABILIDADES DE LAS PARTES

I. OBLIGACIONES DEL EMPLEADOR

En atención a lo establecido por los artículos 8° y 9° de la Ley N° 19.587 y en la Ley de Riesgos del Trabajo en lo relativo al cumplimiento de las normas de Higiene y Seguridad en el Trabajo, a los efectos de prevenir eficazmente los riesgos del trabajo, el EMPLEADOR deberá:

a) Cumplir las exigencias en materia de Higiene y Seguridad en el Trabajo conforme la normativa vigente que corresponda a la actividad desarrollada en el/los establecimiento/s alcanzado/s por el objeto del presente contrato. En caso de incumplimiento, se le aplicará por la autoridad competente el régimen de sanciones que corresponda.

b) Declarar, al momento de la suscripción de la S.P.D., los datos del o de los establecimientos y el estado de cumplimiento de las normas e higiene de seguridad laboral y la identificación de los agentes de riesgos en cada uno de ellos, con la documentación respaldatoria y la nómina de trabajadores expuestos.

c) Elaborar y presentar con carácter de declaración jurada, al momento de la suscripción de la S.P.D., el Programa Anual de Prevención de Riesgos Laborales, a través del cual fijarán las políticas de la empresa en materia de salud y seguridad en el trabajo a los efectos de ajustar su conducta a lo establecido en la normativa vigente y con la finalidad de disminuir todo riesgo que pueda afectar la vida y la salud de los trabajadores como consecuencia de las tareas desarrolladas. Dicho programa deberá ser presentado y actualizado anualmente ante la A.R.T..

d) Comunicar a la A.R.T., con la debida antelación, los cambios de tecnología, incorporaciones de sustancias y compuestos utilizados en los procesos, modificaciones en la organización del trabajo y cualquier otro cambio que se produzca en los trabajos generados por el Empleador que modifiquen los riesgos de accidentes o enfermedades profesionales tenidos en cuenta al inicio de la cobertura.

e) Facilitar el ingreso y la tarea del personal de la autoridad competente y de la A.R.T. pararealizar verificaciones, auditorías, evaluaciones y toda otra tarea relacionada con la Recalificación Profesional de trabajadores siniestrados, previa acreditación del mandato, dentro de los horarios de trabajo y sin previa notificación.

f) Cumplir con las recomendaciones que formule la A.R.T. así como con los programas que al respecto establezca la autoridad de aplicación de la Ley de Riesgos del Trabajo.

g) Acreditar la realización de los exámenes preocupacionales, el eventual visado y/o fiscalizado de las preexistencias al personal que figura en la nómina presentada en el momento de la afiliación, y poner en conocimiento de ello a la A.R.T. dentro de las SETENTA Y DOS (72) horas de formalizado el contrato. A su vez, deberá informar a los trabajadores del resultado de sus exámenes.

h) Acreditar la capacitación brindada al trabajador previo al inicio de tareas, respecto de los riesgos que conlleva la tarea a desempeñar.

i) Solicitar la Clave de Alta Temprana (C.A.T.) de sus nuevos trabajadores dependientes con anterioridad al inicio de sus tareas, ante la ADMINISTRACIÓN FEDERAL DE INGRESOS PÚBLICOS (A.F.I.P.), de acuerdo a lo que establezca el citado Organismo en la normativa aplicable.

En el caso de personal Extra-SUSS, se mantendrá la obligación de declarar el alta ante la A.R.T. con una anterioridad de por lo menos VEINTICUATRO (24) horas al inicio de las tareas, a través del medio que formal o informalmente acuerden.

La omisión de las condiciones antes señaladas, permitirá a la ASEGURADORA ejercer la acción de repetición que corresponda contra el empleador.

Asimismo, las bajas de trabajadores deberán ser informadas a la A.R.T. dentro de los TRES (3) días de producido el distracto laboral por cualquier causa.

j) Informar a los trabajadores, inmediatamente de firmado el presente, la ASEGURADORA a la cual se encuentran afiliados y que les brindará cobertura ante la ocurrencia de las contingencias previstas por la Ley de Riesgos del Trabajo.

k) Entregar a los trabajadores las credenciales correspondientes dentro de los CINCO (5) días hábiles de recibidas e informar el procedimiento a seguir para realizar la denuncia en caso de accidente, comunicando los teléfonos de emergencia a través de los cuales podrá acceder el damnificado a las prestaciones asistenciales.

l) Deberá informar y capacitar a los trabajadores en materia de condiciones y medio ambiente del trabajo de acuerdo con las características y riesgos específicos de las tareas que desempeñen y de sus puestos de trabajo.

m) Deberá mantener un registro actualizado de accidentes laborales y enfermedades profesionales por establecimiento.

n) El EMPLEADOR está obligado a denunciar a la ASEGURADORA, inmediatamente de conocido, todo accidente de trabajo o enfermedad profesional que sufran sus dependientes.

El empleador que no cumpliera con esta obligación, deberá abonar a la aseguradora, en concepto de Cláusula Penal, la suma de PESOS indicada en la SPD.

También podrá efectuar la denuncia el propio trabajador, sus derechohabientes o cualquier persona que haya tenido conocimiento del accidente de trabajo o enfermedad profesional.

Sólo cuando sea imposible la comunicación a la aseguradora para la atención de una urgencia o que comunicada no haya dado cumplimiento a sus obligaciones o no pueda hacerlo en plazo útil, el empleador deberá disponer por sí la atención del accidentado, dando posterior aviso a la aseguradora. En este supuesto la aseguradora reintegrará los gastos derivados de prestaciones en especie realizados en un plazo de DIEZ (10) días desde que le sea presentada la correspondiente rendición de gastos.

ñ) Contar con servicios de salud y seguridad en el trabajo, con carácter interno o externo.

o) Cuando concurran en un mismo establecimiento DOS (2) o más empleadores, deberá celebrarse acuerdo entre ellos para coordinar el cumplimiento de las normas de higiene y seguridad laboral, siendo responsabilidad del titular del establecimiento procurar dicho acuerdo.

2) OBLIGACIONES A CARGO DE LA ASEGURADORA

A los efectos del cumplimiento de lo establecido por los artículos 4° y 31 de la Ley 24.557 y sus Decretos reglamentarios en lo relativo a sus obligaciones en materia preventiva, la Aseguradora deberá cumplir con lo estipulado en los artículos 10 y 11 de la Resolución S.R.T. N° 463 de fecha 11 de mayo de 2009, y además deberá:

a) Declarar en el Registro de Cumplimiento de Normas de Higiene, Salud y Seguridad en el Trabajo, con carácter de declaración jurada, dentro de los CUARENTA (40) días corridos de recibido el Relevamiento General de Riesgos Laborales, los datos informados por el empleador respecto del estado de cumplimiento de las normas de higiene y seguridad y el plan fijado para su corrección.

b) Denunciar en el Registro aludido precedentemente a los empleadores que no han presentado el Relevamiento General de Riesgos Laborales al momento de la afiliación o de la renovación automática del mismo contrato.

c) Denunciar en el mismo Registro a los empleadores que no han dado cumplimiento al Plan fijado oportunamente.

d) Brindar asesoramiento y ofrecer asistencia técnica al EMPLEADOR afiliado sobre la normativa vigente en materia de Salud y Seguridad en el Trabajo, sobre la existencia de riesgos y sus potenciales efectos, sobre los elementos de protección personal, sobre la capacitación que corresponde brindar a los trabajadores y sobre la seguridad en el empleo de productos químicos y biológicos.

e) Realizar los exámenes periódicos al personal expuesto a los agentes de riesgos, conforme la documentación respaldatoria y la nómina de personal expuesto declarados por el empleador. A tales efectos, deberá coordinar con el EMPLEADOR las fechas y horarios en que se realizarán los exámenes aludidos, con el fin de no resentir la actividad económica de éste, quien a su vez deberá poner a disposición de la Aseguradora al personal alcanzado.

f) Elaborar y entregar a los empleadores un informe sobre el resultado de los exámenes médicos practicados, debiendo formular las recomendaciones que sean necesarias.

g) Mantener informado al EMPLEADOR sobre el estado del trabajador siniestrado, cada vez que el mismo lo requiera. Tal información podrá ser brindada a través de medios electrónicos.

h) Denunciar ante la S.R.T. todo incumplimiento a las normas de Higiene y Seguridad en el Trabajo vigentes en que incurriere el empleador, como así también toda conducta renuente a adecuar las condiciones de trabajo, de acuerdo con lo establecido por las normas de prevención y al plan presentado.

i) Deberá mantener un registro actualizado de accidentes laborales y enfermedades profesionales por establecimiento conforme lo informado por el empleador.

j) Cuando concurran DOS (2) o más A.R.T. en un mismo establecimiento, deberán coordinar sus acciones según lo establezca la reglamentación, bajo responsabilidad de la A.R.T. contratada por el titular del establecimiento. Esta obligación se corresponde con la establecida en el inciso o) de las Obligaciones del Empleador.

k) Denunciar a los empleadores que no cumplan con su obligación de comunicar los siniestros laborales, de conformidad con lo establecido en el inciso a) del apartado 1° del artículo 31 de la Ley N° 24.557.

l) Poner a disposición del EMPLEADOR el Listado de Prestadores vigente que brindará cobertura a nivel nacional.

II. RESPONSABILIDAD DE LA A.R.T. ANTE EL INCUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES

El incumplimiento de las obligaciones aludidas conllevará la aplicación de las sanciones que correspondan, de acuerdo con lo establecido en la Resolución S.R.T. N° 735 de fecha 26 de junio de 2008, la Resolución S.R.T. N° 38 de fecha 09 de mayo de 2018 y en el artículo 32 de la Ley de Riesgos del Trabajo.

CLÁUSULA SEXTA: RESCISIÓN.

El presente contrato podrá ser rescindido por las partes conforme se establece a continuación: I - POR EL EMPLEADOR, en los siguientes casos:

a) Por cambio de aseguradora, habiendo transcurrido SEIS (6) meses desde la primera afiliación a una ASEGURADORA. En lo sucesivo, este derecho podrá ser ejercido con una periodicidad mínima anual.

b) Por el cese de actividad del empleador, debiendo encontrarse presentado el Formulario correspondiente ante la A.F.I.P..

c) Cuando no tenga más trabajadores en relación de dependencia, debiendo encontrarse presentado el Formulario correspondiente ante la A.F.I.P..

II.- POR LA ASEGURADORA, en los siguientes casos:

a. Cuando el EMPLEADOR adeude un monto equivalente a DOS (2) cuotas, tomando la de mayor valor devengado en los últimos DOCE (12) meses, siempre que ésta no incluya las sumas correspondientes al Sueldo Anual Complementario (S.A.C.). En el estado de deuda deberán incluirse todos los saldos parciales a favor del EMPLEADOR y, en caso de haberse suscripto la CLÁUSULA DECIMA adicional del presente contrato, se deberán computar, a modo de compensación, los montos que la ASEGURADORA adeude al EMPLEADOR en

concepto de reintegros por I.L.T. presentados al cobro con la documentación completa.

A los efectos de considerar legalmente rescindido el contrato por falta de pago, la ASEGURADORA deberá, previamente, dar cumplimiento al procedimiento establecido a tal fin por el artículo 44 de la Resolución S.R.T. N° 298/17.

En el caso que el EMPLEADOR hubiese efectuado pagos directos a la ASEGURADORA, ésta deberá extender un recibo discriminando período, importe y concepto del pago, e ingresar las sumas percibidas a través del S.U.S.S..

Cuando se ejerza este derecho, la rescisión operará a partir de la CERO (0) hora del día inmediato posterior al de su última notificación.

a. Cuando se verifique que el EMPLEADOR ha presentado ante la A.F.I.P. su cese de actividad. A tal fin, la S.R.T. requerirá a la A.F.I.P. con una frecuencia semestral la información pertinente y la pondrá a disposición de las A.R.T..

b. Cuando el EMPLEADOR deje de presentar el Formulario A.F.I.P. N° 931, para proceder ala rescisión del contrato la ASEGURADORA deberá cumplimentar lo dispuesto en el artículo 20° de la presente resolución que aprueba el servicio "POLIZA DIGITAL DE RIESGOS DEL TRABAJO".

CLÁUSULA SÉPTIMA: VENTANILLA ELECTRÓNICA

Las partes se hallan incluidas en el Sistema de Ventanilla Electrónica implementado por las Resoluciones S.R.T. N° 635 de fecha 23 de junio de 2008 y N° 365 de fecha 16 de abril de 2009. Todas las acciones que se realicen a través de dicho Sistema en virtud de disposiciones expresas de la S.R.T., resultan válidas para las partes.

Las notificaciones que con carácter fehaciente deban cursarse entre sí, la A.R.T., el empleador, las Administraciones del Trabajo Locales (A.T.L.) y la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO (S.R.T.) podrán realizarse en forma electrónica, conforme la forma y modalidades que ésta última reglamente.

A tal fin, el Empleador, deberá ingresar a la página institucional www.srt.gob.ary seguir los pasos allí indicados. El domicilio electrónico creado en el marco del citado Sistema subsistirá aún en caso de Traspaso de Aseguradora, Rescisión contractual, Falta de Trabajadores o Cese de la Actividad del Empleador, debidamente registrados ante la A.F.I.P..

Mientras el Administrador de Relaciones para la C.U.I.T. del EMPLEADOR no especifique un responsable de la Notificación Electrónica se asignará la función al mismo Administrador. La Administración de Relaciones de la clave fiscal se gestiona en el sitio oficial de la ADMINISTRACIÓN FEDERAL DE INGRESOS PÚBLICOS (A.F.I.P).

El servicio "POLIZA DIGITAL DE RIESGOS DEL TRABAJO", incluido en el del Sistema de Ventanilla Electrónica, es de uso obligatorio para la A.R.T. y el EMPLEADOR.

El envío de la Solicitud de Póliza Digital al EMPLEADOR a través de e-Servicios SRT - Sistema de Ventanilla Electrónica, tiene para el canal comercial interviniente y la A.R.T. idénticos efectos jurídicos que la firma manuscrita.

La aceptación de la Solicitud de Póliza Digital, realizada por el EMPLEADOR a través de e-Servicios SRT - Sistema de Ventanilla Electrónica, tiene idénticos efectos jurídicos que la firma manuscrita, y da origen al contrato de cobertura con la A.R.T. a partir de la fecha establecida en la Solicitud de Póliza Digital.

El EMPLEADOR podrá realizar la aceptación de la Solicitud de Póliza Digital hasta las 23:59 horas del día de inicio de vigencia de la cobertura establecido en dicho instrumento, o hasta el día hábil inmediato posterior, si el primero fuese no laborable. Transcurrido dicho plazo, la misma quedará anulada por defecto.

CLÁUSULA OCTAVA: DOMICILIOS

Complementariamente al domicilio electrónico dispuesto en la CLÁUSULA SÉPTIMA, las partes declaran y aceptan que los domicilios postales constituidos en el primer párrafo del presente contrato serán considerados también válidos a los efectos de las notificaciones que las partes deban realizarse con relación a los derechos y obligaciones que emanen del presente contrato, siendo obligación de las mismas notificar en forma fehaciente cualquier modificación que sufran los domicilios constituidos. En su defecto, se tendrán por válidas las notificaciones efectuadas en el último domicilio declarado.

CLÁUSULA NOVENA: COMPETENCIA

Toda controversia que se plantee con respecto al presente contrato, se sustanciará ante los Tribunales competentes, conforme a lo establecido en el artículo 46 de la L.ey de Riesgos del Trabajo.

CLÁUSULAS ADICIONALES

CLÁUSULA DECIMA:

PAGO DE PRESTACIONES DINERARIAS POR CUENTA Y ORDEN DE LA A.R.T.

Las partes acuerdan que mientras se encuentre vigente la relación laboral de los beneficiarios, el EMPLEADOR efectuará por cuenta y orden de la ASEGURADORA el pago de las prestaciones dinerarias de pago mensual, de las asignaciones familiares y efectuará en igual sentido la declaración y pago de aportes y contribuciones a la Seguridad Social

La ASEGURADORA, por su parte, deberá reembolsar al EMPLEADOR el monto de dichos conceptos dentro de los TREINTA (30) días corridos de la presentación de la documentación que acredite el pago, debiendo dar cumplimiento al procedimiento que se describe en el instructivo siguiente (*). En caso de incumplimiento del plazo indicado, la ASEGURADORA deberá reconocer un interés igual al establecido en la CLÁUSULA CUARTA: Mora, de las Condiciones Generales.

Mensualmente, la ASEGURADORA deberá informar al EMPLEADOR por Ventanilla Electrónica los siniestros conocidos durante el mes calendario anterior, indicando la documentación a presentar para el reintegro de las prestaciones dinerarias por I.L.T.

Para el caso en que las partes hayan adherido a esta cláusula, se tornará obligatoria para la ASEGURADORA la compensación establecida en la CLÁUSULA UNDECIMA.

Se deja constancia que la suscripción de la presente CLÁUSULA OPCIONAL por el EMPLEADOR, en ningún caso y bajo ningún concepto exime a la ASEGURADORA de su responsabilidad frente al trabajador.

El EMPLEADOR y la ASEGURADORA podrán dejar sin efecto al momento de la renovación automática del contrato el acuerdo celebrado, previa notificación fehaciente a la otra parte con una antelación de al menos NOVENTA (90) días, debiendo la ASEGURADORA continuar con los pagos a partir del vencimiento del contrato.

La acumulación de incumplimientos de la ASEGURADORA a las obligaciones emanadas de la presentes CLÁUSULAS ADICIONALES, será considerada falta GRAVE.

(*) INSTRUCTIVO REGLAMENTARIO DE LA CLÁUSULA DÉCIMA.

LIQUIDACIÓN Y REINTEGRO DE PRESTACIONES DINERARIAS EN CONCEPTO DE INCAPACIDAD LABORAL TEMPORARIA

1- CONVENIO DE PAGO POR CUENTA Y ORDEN DE LA A.R.T.

De acuerdo con la cláusula opcional suscripta por las partes en el presente contrato y con lo establecido por el artículo 4° de la Resolución S.R.T. N° 237 de fecha 16 de diciembre de 1996, la ASEGURADORA puede convenir con el EMPLEADOR que, mientras se mantenga vigente la relación laboral, éste efectúe el pago de las prestaciones dinerarias en concepto de I.L.T. y de las asignaciones familiares, por su cuenta y orden.

En estos casos el EMPLEADOR deberá emitir un recibo en original, duplicado y triplicado, de acuerdo a los requisitos establecidos en el artículo 140 de la Ley N° 20.744, discriminando:

a) la Remuneración; b) la prestación dineraria Ley N° 24.557 "a cargo del EMPLEADOR" (por los DIEZ (10) primeros días); c) la prestación dineraria Ley N° 24.557 "por cuenta y orden de la ASEGURADORA" (a partir del día ONCE (11) inclusive) y d) las asignaciones familiares.

En la declaración jurada mensual se deberá incluir al trabajador, con el código de siniestrado conforme reglamentación de la A.F.I.P.

2.- SITUACIONES ESPECIALES

Si por cualquier causa se extingue la relación laboral con el trabajador accidentado mientras se encuentra en situación de I.L.T. o si por cualquier otro motivo el EMPLEADOR no puede liquidar esta prestación dineraria, se deberá comunicar fehacientemente a la ASEGURADORA para que ésta proceda a continuar con los pagos en forma directa.

Durante el período en el cual el trabajador se encuentra en I.L.T., no devenga remuneraciones, en consecuencia, no corresponde liquidar por dicho período "Sueldo Anual Complementario".

3 - DOCUMENTACIÓN QUE EL EMPLEADOR DEBE PRESENTAR A LOS EFECTOS DEL REINTEGRO DE LOS PAGOS REALIZADOS POR CUENTA Y ORDEN DE LA ASEGURADORA

a) Copia de los recibos de sueldo del trabajador por los pagos realizados por el EMPLEADOR en concepto de I.L.T. o Constancia de transferencia bancaria a la cuenta sueldo del trabajador, en caso que el recibo de sueldo carezca de su firma.

b) Copia del comprobante que acredite el pago de los aportes y contribuciones.

La ASEGURADORA deberá extender un recibo al EMPLEADOR en el cual conste el detalle de la documentación presentada por éste y la fecha de recepción de la misma.

La ASEGURADORA podrá habilitar en su sitio de internet, una herramienta que permita al EMPLEADOR realizar las solicitudes de reintegros de manera electrónica, en la cual se quede registrada la fecha de la solicitud.

4 - REINTEGRO AL EMPLEADOR DE LOS PAGOS REALIZADOS POR CUENTA Y ORDEN DE LA ASEGURADORA

La ASEGURADORA corroborará la documentación presentada por el EMPLEADOR en un plazo no mayor a VEINTE (20) días corridos a contar desde su recepción y le requerirá, de corresponder, la documentación faltante mediante notificación fehaciente, indicando que hasta tanto complete la documentación no se dará curso a la solicitud de reintegro. Caso contrario se entenderá que el EMPLEADOR presentó la totalidad de la documentación.

El plazo de TREINTA (30) días será suspendido hasta que el EMPLEADOR complete la documentación.

La ASEGURADORA deberá arbitrar los medios necesarios para corroborar que el pago de las prestaciones dinerarias por cuenta y orden, se efectúe conforme las normas y plazos vigentes.

La ASEGURADORA deberá notificar fehacientemente o a través de su sitio de internet al EMPLEADOR el pago del reintegro, informando el C.U.I.L. del damnificado, nombre y apellido del damnificado, período de I.L.T., fecha de pago y medio de pago.

CLÁUSULA ÚNDECIMA:

COMPENSACIÓN DE ALICUOTAS IMPAGAS CON REINTEGROS DE I.L.T.

En el plazo de TREINTA (30) días corridos de recibida la documentación por parte del empleador, la Aseguradora deberá proceder a la compensación de alícuotas impagas con reintegros de prestaciones dinerarias en concepto de I.L.T. abonadas por el EMPLEADOR al trabajador por cuenta y orden de la ASEGURADORA, mediante el reembolso de dichos montos. A tal fin, el EMPLEADOR deberá acreditar, por medio de la documentación detallada en la cláusula precedente, el pago de las prestaciones abonadas al damnificado y las contribuciones efectuadas.

A tal efecto, la ASEGURADORA deberá extender al EMPLEADOR un recibo en el cual figure: el C.U.I.L. del damnificado; Nombre y Apellido del damnificado; Período de I.L.T.; Importe de I.L.T.; Importe de contribuciones; Total de reintegros a compensar; y Detalle de períodos e importes impagos a compensar. Dicho recibo deberá estar suscripto por la ASEGURADORA y el EMPLEADOR consignando la fecha del mismo.

Por otra parte, la ASEGURADORA deberá ingresar al S.U.S.S. los importes de las alícuotas compensadas, imputando cada importe compensado al período que corresponda en el plazo previsto en el primer párrafo de la presente Cláusula.

CLÁUSULA DUODÉCIMA: Montos a compensar. Diferencias.

a. La ASEGURADORA no compensará al EMPLEADOR, los montos que este último hubiere pagado en concepto de I.L.T., que excedan el importe que surge de aplicar la normativa vigente.

b. La ASEGURADORA deberá liquidar y pagar de manera directa a los trabajadores, los montos que el EMPLEADOR hubiere omitido pagarles, e ingresar los aportes y contribuciones respectivos.

FIRMA DEL EMPLEADOR

MAURINO CESAR EDUARDO
CUIT/CUIL: 20216299109

FIRMA DE REPRESENTANTE DE ART



CHARLOT JUAN PABLO
CUIL: 20200114370

CLÁUSULA DE NO REPETICIÓN

Buenos Aires, 27 de julio de 2022

Señor
PAN AMERICAN ENERGY SL SUCURSAL ARGENTINA

Presente.

La siguiente cláusula especial forma parte de la póliza suscripta con la firma Maurino, Cesar Eduardo Y De Angelis, Guillermo Fabian Sociedad De Hech, N° de CUIT 30709582808, contrato de afiliación número 5259815:

Conste por la presente que Experta ART S.A renuncia en forma expresa a iniciar toda acción de repetición o de regreso contra PAN AMERICAN ENERGY SL SUCURSAL ARGENTINA, sus funcionarios, empleados u obreros, sea con fundamento en el artículo 39 ap. 5 de la ley 24.557, sea en cualquier otra norma jurídica, con motivo de las prestaciones en especie o dinerarias que se vea obligada a abonar, contratar u otorgar al personal dependiente o ex dependiente de Maurino, Cesar Eduardo Y De Angelis, Guillermo Fabian Sociedad De Hech, amparados por la cobertura del Contrato de Afiliación N° 5259815, por accidentes de trabajo o enfermedades profesionales, ocurridos o contraídas por el hecho o en ocasión del trabajo.

Esta Cláusula de no repetición cesará en sus efectos si el empresario comitente a favor de quien se emite, no cumple estrictamente con las medidas de prevención e higiene y seguridad en el trabajo, o de cualquier manera infringe la Ley N° 19.587; su Decreto Reglamentario N° 351/79 y las normativas que sobre el particular ha dictado la Superintendencia de Riesgos del Trabajo; las Provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el ámbito de su competencia.

En el supuesto que se efectúen trabajos en altura, el presente certificado ampara la realización de los mismos por parte de los trabajadores informados.

La presente cláusula modifica y prevalece, como condición particular, sobre cualquier otra que en este sentido se incluya en el texto de la póliza.

La misma se extiende por un plazo de vigencia de 31 días corridos, contados a partir del 27 de julio de 2022, con vencimiento el 26 de agosto de 2022.

Sin otro particular, saludamos a Uds. muy atentamente.

Juan Pablo Charlot
Apoderado
Experta A.R.T. S.A.

N° de folio: 12941135
Confeccionado por: INTERNET

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

Buenos Aires, 27 de julio de 2022

Señores
A quien corresponda

Presente

Certificamos que la empresa Maurino, Cesar Eduardo Y De Angelis, Guillermo Fabian Sociedad De Hech se encuentra asegurada por Experta ART S.A. conforme lo establecido en la Ley N° 24.557 y sus normas reglamentarias.

- N° de CUIT: 30709582808
- N° de Contrato de Afiliación: 5259815
- Vigencia: desde el 01 de junio de 2022 hasta el 31 de mayo de 2023
- Código de actividad: 634200
  Servicios minoristas de agencias de viajes
- Código de actividad asociado: 719110
  Servicios conexos con los de transporte (incluye agencias de turismo, agentes marítimos y aéreos, embalajes, etc.).

En caso de efectuarse trabajos en altura, el presente certificado ampara la realización de los mismos por parte de los trabajadores informados.

En este sentido se debe tener presente que el contrato mencionado puede ser rescindido por las siguientes causales:

I. Por parte del empleador: (art. 15 Decreto 334/96)

A) Habiendo transcurrido 6 meses de vigencia del contrato con aporte efectivamente realizado. La facultad de rescisión sólo podrá ser ejercida nuevamente transcurrido un año de efectuado el cambio de Aseguradora por esta causa.

B) En cualquier momento en los siguientes casos:

1) Cese la actividad del establecimiento o la explotación

2) El empleador no tenga más trabajadores en relación de dependencia

3) Por encontrarse la Aseguradora suspendida o revocada la autorización para operar o en proceso de liquidación.

Sin otro particular, saludamos a Uds. muy atentamente.

Juan Pablo Charlot
Apoderado
Experta A.R.T. S.A.

N° de folio: 12941147
Confeccionado por: INTERNET

EXPERTA ART
ASEGURADORA DE RIESGOS DE TRABAJO
EMPLEADOS DECLARADOS EN EL CONTRATO N° 5259815
CON VIGENCIA AL 27 de julio de 2022

CUIT: 30709582808 **Razón Social: Maurino, Cesar Eduardo Y De Angelis, Guillermo Fabian**

Tipo	Documento	Nombre del Empleado
C.U.I.L.	27335190721	BENITEZ VERONICA LILIANA
C.U.I.L.	27368067380	ECHEGARAY NATALIA SOLEDAD
C.U.I.L.	20402098083	HERK FRANCO
C.U.I.L.	20377669178	HERK JUAN CRUZ
C.U.I.L.	27242552593	MORALES SUSANA NOEMI
C.U.I.L.	20375193311	NOVAS GARAY KEVIN WALTER