

## CONDICIONES GENERALES

### Cláusula 1. Ley de los Contratantes

Queda expresamente convenido que el Asegurador y el Asegurado se someten a todas las estipulaciones de la presente póliza, como a la Ley misma. En caso de discordancia entre las cláusulas de estas "Condiciones Generales" o las "Condiciones Generales Específicas" y las de las "Condiciones Especiales" predominan éstas últimas, estándose a lo que las mismas dispongan. A su vez, las "Condiciones Particulares" que se establezcan primarán sobre las anteriores.

Las disposiciones pertinentes del Código de Comercio solamente se aplicarán en aquellas materias y/o puntos que no estén previstos y resueltos por esta póliza.

### Cláusula 2.

La recepción de la propuesta inicial y de las posteriores incorporaciones, no constituye celebración del contrato o aceptación de las incorporaciones. La póliza es el único instrumento que acredita dicha celebración y los certificados los únicos instrumentos que acreditan las incorporaciones posteriores.

### Cláusula 3. Objeto del Seguro

Dentro de las condiciones y límites de la presente póliza, el Asegurador indemnizará la muerte de las personas incluidas en la cobertura.

### Cláusula 4. Reticencia

Toda declaración falsa o toda reticencia, aún hecha de buena fe, en que incurra el Asegurado al proponer la celebración del contrato de seguro, hacen nulo el seguro, quedando en ese caso la prima a beneficio del Asegurador. Siendo la propuesta una parte integrante del seguro, el proponente debe dar debida respuesta a todos y cada uno de los datos sobre los que se requiere información.

El Asegurador deberá alegar la reticencia dentro de un plazo máximo de tres meses a contar desde su conocimiento del hecho que la constituye. Vencido dicho plazo, caducará su derecho de alegarla en el futuro.

### Cláusula 5. Exclusiones de cobertura

El Asegurador no indemnizará cuando el siniestro se produzca en los siguientes casos:

- a) Participación del Asegurado como conductor o integrante de equipo en competencias de pericia o velocidad, con vehículo mecánico o de tracción a sangre;
- b) Participación del Asegurado en las pruebas de prototipos de vehículos de propulsión mecánica;
- c) Participación del Asegurado en operaciones o viajes subacuáticos o aéreos de cualquier naturaleza, salvo como pasajero en servicios de transporte aéreo regular;
- d) Hechos de guerra internacional (declarada o no), de guerra civil, rebelión, sedición o motín, tumulto popular, vandalismo, guerrilla, terrorismo, huelga o lock-out.
- e) Terremoto, maremoto, meteorito, huracán, tornado o tempestad, granizo, inundación, alud o aluvión y erupción volcánica.
- f) Transmutaciones nucleares.
- g) Suicidio voluntario, salvo que hayan corrido tres años ininterrumpidos de cobertura desde su inicio.
- h) Acto ilícito provocado deliberadamente por el Contratante y/o el Beneficiario, y por el importe que les pudiera corresponder como beneficiarios de la indemnización;
- i) Participación del Asegurado en empresa criminal o por aplicación legítima de la pena de muerte.

Los siniestros enumerados en los incisos d) a f) acaecidos en el lugar y ocasión de producirse los acontecimientos enumerados en ellos, se presume que son consecuencia de los mismos, salvo prueba en contrario del asegurado.

Ninguna estipulación de esta póliza que determine exclusiones de cobertura o pérdidas de derecho del asegurado o del beneficiario podrá interpretarse de modo que prive al asegurado de ofrecer o producir prueba tendiente a acreditar que no se verificaron las circunstancias en las que se fundamenta la exclusión de cobertura o pérdida de derechos.

### Cláusula 6. Incontestabilidad

El Asegurador no podrá invocar como causal de eximición de su obligación indemnizatoria a la Reticencia no dolosa o al Suicidio Voluntario, si han transcurrido más de tres años desde la incorporación del Asegurado a este seguro.

### Cláusula 7. Personas asegurables.

Se considera asegurable a toda persona integrante de un grupo preexistente de personas unidas entre sí por un interés común anterior y distinto al de obtener un seguro y que mantengan una relación definida por el Contratante.

Las personas que en el futuro ingresen adquirirán la calidad de asegurables una vez cumplidas las pruebas de asegurabilidad satisfactorias para la Aseguradora y sean abonados por el Contratante los gastos que puedan originarse para obtenerlos, al igual que sucede con el grupo inicial.

### Cláusula 8. Personas no asegurables

Los interdictos y los menores de 14 años de edad no son asegurables para el caso de muerte. Tampoco son asegurables los que excedan el límite de edad de aceptación de la Aseguradora al momento de celebrarse el contrato. Tratándose de asegurables incapaces o de un seguro sobre la vida de un tercero, se requerirá el consentimiento por escrito del representante legal o del tercero, respectivamente.

### Cláusula 9. Edad límite de permanencia

La prolongación de la cobertura será hasta una edad máxima de permanencia que no podrá en ningún caso superar los 80 años.

### Cláusula 10. Número mínimo de asegurados

Es condición expresa para que este seguro esté en vigor y mantenga su vigencia, que el número de asegurados en cantidad y en relación con los que se hallen en condiciones de asegurarse, no sea inferior al que se indica en las Condiciones Particulares de esta póliza.

No obstante lo establecido anteriormente, si en cualquier momento no se reunieran las Condiciones antes mencionadas, el seguro mantendrá su vigencia mientras la Aseguradora no haga conocer por escrito al Contratante las modificaciones de esas condiciones con las nuevas bases que regirán el seguro o la rescisión del mismo por la causa señalada.

**Cláusula 11. Fecha de la iniciación de la cobertura**

Este contrato adquiere fuerza legal desde la hora cero del día de la fecha inicial del seguro indicada en el frente de esta póliza. Los vencimientos de plazos se producirán a la hora cero de igual día del mes y año que corresponda.

**Cláusula 12. Capitales mínimos asegurados**

Los capitales individuales asegurados se determinarán de acuerdo con la escala de la tabla que figura en las Condiciones Particulares de esta póliza. La escala indicada se aplicará con carácter automático y obligatorio, obligándose el Contratante a comunicar de inmediato a la Aseguradora en los formularios que ésta suministrará al efecto, todo aumento o disminución que se opere en los sueldos y/o capitales individuales asegurados.

No podrán obtener aumento automático de capital asegurado, al momento de producirse un incremento de la escala de capitales asegurados las personas con edades superiores a 65 años.

Todos los aumentos de capital solicitados deberán cumplir con los certificados médicos.

Los mismos deberán cumplir y resultar satisfactorias a juicio de la Aseguradora las pruebas médicas que se indicaren.

Cualquier modificación, comenzará a regir a partir del primer vencimiento de premio inmediato, siguiendo a la fecha de ingreso en la Aseguradora de la comunicación del Contratante y siempre que el Asegurado se encuentre entonces en servicio activo. Cuando el Asegurado no se halle en servicio activo la modificación regirá desde el primer vencimiento de premio que siga una vez que transcurra un mes (no menos de 30 días) desde la fecha en que se reincorpore a sus tareas. La Aseguradora abonará en caso de siniestro el último capital que hubiere sido comunicado por el Contratante que esté conforme con las Condiciones Generales y Particulares de esta póliza.

En los casos en que la modificación significara la disminución del capital, se mantendrá el último capital asegurado, salvo que se solicitara por escrito su reducción.

Todo capital individual asegurado se reducirá al 50% (cincuenta por ciento) a partir del mes siguiente a aquel que el respectivo Asegurado cumpla los 70 años de edad. Al cumplir el asegurado los 75 años el capital asegurado se reducirá nuevamente al 50%.

**Cláusula 13. Forma y plazo para solicitar la incorporación al seguro**

Todo asegurable que desee incorporarse a esta póliza, deberá solicitarlo por escrito en las solicitudes que a este efecto proporciona la Aseguradora.

La solicitud deberá formularla no más tarde de un mes (30 días) contados desde la fecha en que fuere asegurable.

Los asegurables que soliciten su incorporación a esta póliza, fuera del término indicado, como asimismo los que vuelvan a solicitar su seguro individual después de haberlo rescindido, deberán previamente cumplimentar las pruebas médicas y/o los requisitos de asegurabilidad que le determine la Aseguradora y pagar los gastos que se originen para obtenerlas, a fin de que ésta considere su solicitud. Cumplidos los requisitos que se establecieron y siempre que resultaren satisfactorios a juicio de la Aseguradora, el Solicitante quedará incorporado al seguro desde la fecha que prevé la Cláusula 14 de estas Condiciones Generales.

**Cláusula 14. Fecha de entrada en vigor de cada cobertura individual**

Los asegurables que hubieran solicitado su incorporación a esta póliza antes de la fecha de su emisión y hubiera sido aprobada su incorporación por la Aseguradora, quedarán comprendidos en las prescripciones de esta póliza desde la fecha de entrada en vigencia de esta última.

Los asegurables que soliciten su incorporación a esta póliza con posterioridad a la fecha inicial de vigencia, quedarán comprendidos en las prescripciones de ella desde el primer vencimiento de premio inmediato siguiente a la fecha de aprobación de la solicitud y/o la prueba de asegurabilidad en su caso.

**Cláusula 15. Certificados individuales**

La Aseguradora proporcionará a cada Asegurado, por intermedio del Contratante, un certificado individual estableciendo sucintamente los beneficios a que tiene derecho y en el cual constará también la cantidad del respectivo seguro, la fecha de su entrada en vigencia y el nombre del beneficiario designado.

Otorgará además, un certificado suplementario cuando se produzca el aumento de la cantidad asegurada y reemplazará al que existiere en caso de disminución.

El certificado individual y los suplementarios, si los hubiere, quedarán sin valor alguno desde la fecha en que el Asegurado deje de estar comprendido en la póliza o desde el momento que la misma caducara o fuere rescindida.

Fuera de ello, cada Asegurado tendrá derecho de consultar el texto pleno de la póliza en las oficinas del Asegurador o solicitárselo al Contratante

**Cláusula 16 . Cálculo de las primas**

El importe de la primera prima que corresponde al período que comienza en la fecha de vigencia de esta póliza, o sea la prima inicial, se determina sumando las primas individuales que resultaren de aplicar la tarifa vigente de acuerdo con la edad e importe del seguro de cada Asegurado. Dividiendo la prima inicial así calculada por el importe total inicial asegurado, se determinará la prima media que se aplicará, haciendo caso omiso de la edad y mientras no se calcule otra prima media, a todos los Asegurados actuales y a todos los que se aseguren en lo sucesivo.

En cualquier renovación automática de esta póliza, tanto el Contratante como la Aseguradora podrán exigir un reajuste de la prima media, el que se efectuará siguiendo el mismo procedimiento aplicado para el cálculo de la prima inicial y de acuerdo con la tarifa vigente en el momento del reajuste.

A los efectos del cálculo de las primas, la Aseguradora se reserva la facultad de examinar en día y hora hábil los registros del personal del Contratante, limitándose a las anotaciones que se relacionen con esta póliza.

**Cláusula 17. Designación de Beneficiarios**

La designación de beneficiario o beneficiarios se hará por escrito en oportunidad de llenar la solicitud individual, en la propuesta del seguro o en cualquier otra comunicación fehaciente.

Designadas varias personas sin indicación de proporciones, se entiende que el beneficio es por partes iguales.

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

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

Cuando el Asegurado no designe beneficiario o por cualquier causa la designación resulte ineficaz y quede sin efecto, se entiende que designó a sus herederos legales.

Pierde todo derecho el beneficiario que provoca deliberadamente la muerte del Asegurado con un acto ilícito.

**Cláusula 18. Cambio de Beneficiarios**

El Asegurado podrá cambiar, en cualquier momento, el beneficiario o beneficiarios, salvo que la designación sea a título oneroso. El cambio de beneficiario surtirá efecto frente a la Aseguradora, si el Asegurado dirige a sus oficinas la comunicación escrita respectiva.

En caso de imposibilidad de abonar el seguro por duda sobre la designación o cambio de beneficiario, o en cuanto a los herederos legales, la Aseguradora consignará judicialmente el importe en la forma que corresponda según la situación que se presentara, dejando así liberada a resolución judicial la determinación de la persona o personas beneficiarias.

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

**Cláusula 19. Rescisión del seguro individual o de la póliza. Terminación de la cobertura**

La cobertura individual cesará para cada certificado en las siguientes circunstancias:

- a) Por renuncia del Asegurado a integrar esta póliza.
- b) Por rescisión de esta póliza en los casos previstos.

En caso de renuncia el Contratante se obliga a comunicarlos de inmediato a la Aseguradora en los formularios que ésta suministrará al efecto y el Asegurado quedará excluido de la póliza y su cobertura individual caducada y sin valor alguno al término del último día del mes en que la Aseguradora recibió la comunicación.

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

El contratante deberá comunicar toda alta o baja que se produzcan en el grupo asegurado.

**Cláusula 20. Renovación**

Si no ha mediado aviso en contra por parte del Contratante o de la Aseguradora, notificado por telegrama colacionado u otro medio fehaciente un mes antes del término de un año de vigencia, la póliza quedará renovada automáticamente cada vez por un año más y hasta un máximo de 10 años desde la fecha de vigencia inicial, después de cuyo plazo esta póliza y los correspondientes certificados individuales quedarán definitivamente terminados en su validez y deberán reemplazarse por otros, si las partes convinieren en continuar el seguro. Las condiciones especificadas en Cláusulas posteriores sobre forma de pago de las primas, plazo de gracia y facultad de la Aseguradora de examinar los registros del Contratante, rigen también para las primas de renovación.

**Cláusula 21. Informaciones que deben suministrarse al Asegurador.**

Tanto el Contratante como los Asegurados se comprometen a suministrar todas las informaciones que sean necesarias para el fiel cumplimiento de esta póliza, tales como las fechas, pruebas y certificados de nacimiento, defunción, incapacidad, sobrevivencia y cualquier otra que se relacione con el seguro.

**Cláusula 22. Registro de Asegurados**

La Aseguradora constituirá un registro en el cual constarán los nombres de todos los Asegurados y el importe del seguro de cada uno de ellos y entregará al Contratante una copia del citado registro, puesto al día de la fecha de la emisión de esta póliza, así como copia de las variaciones que sucesivamente se vayan introduciendo en dicho registro.

**Cláusula 23 – Pago de premios**

El primer premio es pagadero por el Contratante en el domicilio de la Aseguradora o al cobrador debidamente autorizado, pero solamente a cambio del recibo oficial emitido por el Asegurador.

Los premios siguientes al primero, sujetos a las variaciones debidas al número de asegurados y a las cantidades aseguradas, son pagaderos a su vencimiento por el Contratante, como se indica en el párrafo precedente, pero solamente a cambio de los recibos oficiales emitidos por el Asegurador.

El pago de un premio no mantendrá esta póliza en vigor más que hasta el vencimiento del premio subsiguiente, salvo lo previsto en la Cláusula 24 de estas Condiciones Generales.

**Cláusula 24. Plazo de gracia.**

Se concede un plazo de gracia de un mes (no inferior a 30 días) para el pago, sin cargo de intereses, de todos los premios. Durante ese plazo esta póliza se hallará en vigor, pero si dentro del mismo ocurriese el fallecimiento de uno o más de los Asegurados, el premio correspondiente al seguro de los fallecidos deberá ser pagado por el Contratante junto con el de los Asegurados sobrevivientes.

Para el pago del primer premio, el plazo de gracia se computará a partir de la fecha de vigencia inicial o de emisión de esta póliza, según cual fuere posterior; para el pago de los premios subsiguientes, dicho plazo de gracia se computará a partir de la fecha de vencimiento de los mismos.

**Cláusula 25. Falta de pago del premio**

Si cualquier premio no se pagare dentro del plazo de gracia, esta póliza caducará automáticamente, pero el Contratante adeudará a la Aseguradora el premio correspondiente al mes de gracia.

Si hubiese solicitado por telegrama colacionado u otro medio fehaciente, dentro de dicho plazo, su rescisión, deberá abonar igualmente el mes de gracia. Terminado dicho plazo de gracia, quedará definitivamente rescindido este seguro.

**Cláusula 26. Denuncia del siniestro**

El Contratante y/o el Beneficiario deberán dar aviso al Asegurador, dentro de los 3 días corridos siguientes de conocida por él la ocurrencia de un siniestro, indicando todas las circunstancias constitutivas del hecho y todos los detalles que sirvan para esclarecerlo. En esta denuncia deberá establecerse especialmente: a) número de la póliza; b) lugar donde ocurrió el hecho; c) circunstancias del hecho y causas presumibles del mismo; d) enumeración, descripción y naturaleza de los daños causados a las personas y/o a las cosas de terceros, en lo que sea de conocimiento del Asegurado; e) autoridad policial que hubiere intervenido.

El plazo se computará desde el conocimiento del Contratante y/o el Beneficiario. Sin embargo, se presume que ellos conocen la existencia del hecho el mismo día en que ocurre, salvo prueba en contrario producida por ellos.

El mencionado plazo no correrá en supuestos de imposibilidad del Contratante o del Beneficiario de denunciar el hecho por caso fortuito o fuerza mayor, en cuyo caso se otorga un plazo adicional de 24 horas corridas de cesado el caso fortuito o la fuerza mayor, para producir la denuncia.

Si los plazos antes establecidos caen en día inhábil, el vencimiento se prorrogará hasta el primer día hábil siguiente.

El incumplimiento de esta Cláusula, hará caducar el derecho indemnizatorio.

**Cláusula 27. Verificación del siniestro**

El Asegurador podrá designar uno o más expertos para verificar el siniestro y la extensión de la prestación a su cargo, examinar la prueba instrumental y realizar las indagaciones necesarias a tales fines. El informe del o los expertos no compromete al Asegurador; es únicamente un elemento de juicio para que éste pueda pronunciarse acerca del derecho del beneficiario.

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

#### **Cláusula 28. Gastos necesarios para verificar y liquidar**

Los gastos necesarios para verificar el siniestro y liquidar el daño indemnizable son a cargo del Asegurador en cuanto no hayan sido causados por indicaciones inexactas del Asegurado, sin perjuicio de la prueba en contrario por él aportada. Se excluye el reembolso de la remuneración del personal dependiente del Asegurado.

#### **Cláusula 29. Representación del Beneficiario**

El Beneficiario podrá hacerse representar en las diligencias para verificar el siniestro y liquidar el daño y serán por su cuenta los gastos de esa representación.

#### **Cláusula 30. Aceptación o Rechazo del siniestro**

El Asegurador deberá rechazar el siniestro dentro de los treinta días corridos contados a partir de la denuncia del hecho generador o del reclamo o de la recepción de la información complementaria que haya solicitado al Beneficiario.

El silencio del asegurador será interpretado como aceptación del derecho del asegurado a percibir la indemnización por el siniestro denunciado.

A todos los efectos contractuales, se entenderá por "informaciones complementarias" aquellas necesarias para que el Asegurador pueda pronunciarse sobre el derecho del Beneficiario a percibir la indemnización y establecer su monto.

#### **Cláusula 31. Pago del siniestro**

El Asegurador procederá al pago de la indemnización dentro de los 15 días corridos siguientes a la aceptación del siniestro o al vencimiento del plazo del rechazo previsto en la Cláusula 30 de estas Condiciones Generales.

Si resultare que la edad o cualquier otra información referente a un Asegurado, fuera errónea, la Aseguradora se obliga a pagar tan sólo lo que hubiera debido pagar por haber sido exacta la información.

#### **Cláusula 32. Copia de póliza y de Certificados Individuales**

El Contratante o el Asegurado tienen derecho a que se les entregue copia de las declaraciones que formularon para la solicitud del seguro y para la celebración del contrato y copia no negociable de la póliza.

#### **Cláusula 33. Prescripción**

Las acciones fundadas en el presente contrato se prescriben en el plazo de un año, contado desde el día en que las obligaciones se hicieren exigibles.

El plazo se computará desde el conocimiento del beneficio por parte del Beneficiario, pero nunca será mayor a los tres años contados a partir de la muerte del Asegurado.

#### **Cláusula 34. Domicilio especial**

Las partes constituyen domicilio a todos los efectos legales de este contrato y sus renovaciones, en especial las denuncias y declaraciones, en: a) El Asegurador: en domicilio establecido en Condiciones Particulares de Póliza; b) El Asegurado: en el último domicilio denunciado como suyo en la propuesta (solicitud) de seguro o en el último comunicado fehacientemente a la Aseguradora.

#### **Cláusula 35. Cómputo de los plazos. Notificaciones.**

Todos los plazos de días, indicados en la presente Póliza, se computarán corridos, salvo disposición expresa en contrario. Toda comunicación, denuncia y/o notificación deberá efectuarse por telegrama colacionado u otro medio fehaciente en el domicilio especial de las partes.

#### **Cláusula 36. Tribunales competentes**

Queda entendido y convenido que toda cuestión judicial que pueda surgir entre el Asegurado y el Asegurador o entre éste y aquél, en razón de este contrato de seguro, de su ejecución o de sus consecuencias, deberá sustanciarse ante la sede judicial de Montevideo, República Oriental del Uruguay.

#### **Cláusula 37. Mora automática o de pleno derecho**

Salvo expreso pacto en contrario, las denuncias y declaraciones impuestas por el contrato, se consideran cumplidas si se expiden dentro del término fijado. Las partes incurrir en mora por el mero vencimiento del plazo y sin necesidad de interpelación previa, sea judicial o extrajudicial.

#### **Cláusula 38 – Agravación del Riesgo**

**Sólo se considerarán como Agravaciones del Riesgo las circunstancias que consten como tales en las Condiciones Particulares.**

**En tales casos, el Asegurado debe dar aviso escrito al Asegurador antes de proceder a efectuar la modificación proyectada. En caso contrario, la cobertura quedará automáticamente suspendida.**

**Si la modificación proviene de fuerza mayor, caso fortuito o hecho de personas ajenas al Asegurado, el aviso deberá formularse dentro de los ocho días siguientes al de la fecha en que el cambio llegó a conocimiento del Asegurado o de personas de su dependencia. El incumplimiento de esta carga, hará caducar el derecho indemnizatorio del Asegurado, en la medida en que la modificación hubiera provocado el siniestro o aumentado sus efectos.**

**Frente al aviso, el Asegurador podrá adoptar, según lo estime del caso, por alguno de los siguientes temperamentos:**

- a) **Rescindir el contrato de seguro, devolviendo al Asegurado la parte de prima correspondiente al período del tiempo comprendido entre la fecha en que acuerde la rescisión del contrato y la fecha de vencimiento de la póliza;**
- b) **Modificar las condiciones del contrato, adecuando las condiciones al nuevo estado del riesgo.**

#### **Cláusula 39 – DEFINICIONES - GLOSARIO.**

**Siniestro:** Todo evento que origine daños y/o perjuicios cubiertos por la presente póliza.

**Asegurador/a:** SANCOR SEGUROS SOCIEDAD ANÓNIMA (S.A.)

**Asegurado:** Persona o personas designadas como tal en las Condiciones Particulares de la Póliza.

**Interés Asegurable:** Toda relación lícita, de hecho o de derecho, de una persona sobre un bien.

**Premio:** Es el precio del seguro.

**Contratante/Tomador:** Es la persona física o jurídica que contrata el seguro con el Asegurador.

**Beneficiario:** Es la persona física o jurídica, determinada o determinable, que adquiere un derecho propio contra el promitente en el supuesto de estipulación a favor de tercero.

**Comunicación fehaciente:** se entiende por ella aquella comunicación por telegrama colacionado o por escrito con forma de recibido por la destinataria.

**Hechos de guerra internacional:** Se entiende por tales los hechos dañosos originados en un estado de guerra (declarados o no) con otro u otros países, con la intervención de fuerzas organizadas militarmente (regulares o irregulares, participen o no civiles).

**Hechos de guerra civil:** Se entienden por tales los hechos dañosos originados en un estado de lucha armada entre habitantes del país o entre ellos y fuerzas regulares, caracterizados por la organización militar de los contendientes (participen o no civiles), cualquiera fuese su extensión geográfica, intensidad o duración y que tienda a derribar los poderes constituidos u obtener la secesión de una parte del territorio de la Nación.

**Hechos de rebelión:** Se entienden por tales los hechos dañosos originados en un alzamiento armado de fuerzas organizadas militarmente (regulares e irregulares, participen o no civiles) contra el Gobierno Nacional constituido, que conlleven resistencia y desconocimiento de las órdenes impartidas por la jerarquía superior de la que dependen y que pretendan imponer sus propias normas.

Se entienden equivalentes a los de rebelión otros hechos que encuadren en los caracteres descriptos como ser: revolución, sublevación, usurpación del poder, insurrección insubordinación, conspiración.

**Hechos de sedición o motín:** Se entienden por tales los hechos dañosos originados en el accionar de grupos (armados o no) que se alzan contra las autoridades constituidas en el lugar, sin revelarse contra el Gobierno Nacional o que se atribuyen los derechos del pueblo, tratando de arrancar alguna concesión favorable a su pretensión.

Se entienden equivalentes a los de sedición otros hechos que se encuadren en los caracteres descriptos, como ser: asonada, conjuración.

**Hechos de tumulto popular:** Se entienden por tales los hechos dañosos originados a raíz de una reunión multitudinaria (organizada o no) de personas, en la que uno o más de sus participantes intervienen en desmanes o tropelías, en general sin armas, pese a que algunos emplearen.

Se entienden equivalentes a los hechos de tumulto popular otros hechos que encuadren en los caracteres descriptos como ser: alboroto, alteración del orden público, desórdenes, disturbios, revueltas, conmoción.

**Hechos de vandalismo:** Se entiende por tales los hechos dañosos originados por el accionar destructivo de turbas que actúan irracional y desordenadamente.

**Hechos de guerrilla:** Se entienden por tales los hechos dañosos originados a raíz de las acciones de hostigamiento o agresión de grupos armados irregulares (civiles o militarizados), contra cualquier autoridad o fuerza pública o sectores de la población.

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

**Hechos de terrorismo:** Se entienden por tales los hechos dañosos originados en el accionar de una organización siquiera rudimentaria que, mediante la violencia en las personas o en las cosas, provoca alarmas, atemoriza o intimida a las autoridades constituidas o a la población o a sectores de ésta a determinadas actividades. No se consideran hechos de terrorismo aquellos aislados y esporádicos de simple malevolencia que no denotan algún rudimento de organización.

**Hechos de huelga:** Se entienden por tales los hechos dañosos originados a raíz de la abstención concertada de concurrir al lugar de trabajo o a trabajar, dispuesta por entidades gremiales de trabajadores (reconocidas o no oficialmente) o por núcleos de trabajadores al margen de aquellas. No se tomará en cuenta la finalidad gremial o extragremial que motivó la huelga, así como tampoco la calificación de legal o ilegal.

**Hechos de lock-out:** Se entienden por tales los hechos dañosos originados por: a) el cierre de establecimientos de trabajo dispuesto por uno o más empleadores o por entidad gremial que los agrupa (reconocida o no oficialmente), o b) el despido simultáneo de una multiplicidad de trabajadores que paralice total o parcialmente la explotación de un establecimiento.

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

**Condiciones Particulares:** Entiéndase por tal a las condiciones y cláusulas que se detallan en el frente de la póliza.

## EXCLUSIONES GENERALES

Para mejor información del Asegurado, se reproducen las Exclusiones de cobertura que afectan a todas ellas y las específicas de cada Cobertura Adicional contratada por el Asegurado, según consta en las Condiciones Particulares.

### EXCLUSIONES QUE AFECTAN A TODAS LAS COBERTURAS (Cláusula 5 de las Condiciones generales)

El Asegurador no indemnizará cuando el siniestro se produzca en los siguientes casos:

- a) Participación del Asegurado como conductor o integrante de equipo en competencias de pericia o velocidad, con vehículo mecánico o de tracción a sangre;
- b) Participación del Asegurado en las pruebas de prototipos de vehículos de propulsión mecánica;
- c) Participación del Asegurado en operaciones o viajes subacuáticos o aéreos de cualquier naturaleza, salvo como pasajero en servicios de transporte aéreo regular;
- d) Hechos de guerra internacional (declarada o no), de guerra civil, rebelión, sedición o motín, tumulto popular, vandalismo, guerrilla, terrorismo, huelga o lock-out.
- e) Terremoto, maremoto, meteorito, huracán, tornado o tempestad, granizo, inundación, alud o aluvión y erupción volcánica.
- f) Transmutaciones nucleares.
- g) Suicidio voluntario, salvo que hayan corrido tres años ininterrumpidos de cobertura desde su inicio.
- h) Acto ilícito provocado deliberadamente por el Contratante y/o el Beneficiario, y por el importe que les pudiera corresponder como beneficiarios de la indemnización;
- i) Participación del Asegurado en empresa criminal o por aplicación legítima de la pena de muerte.

Los siniestros enumerados en los incisos d) a f) acaecidos en el lugar y ocasión de producirse los acontecimientos enumerados en ellos, se presume que son consecuencia de los mismos, salvo prueba en contrario del asegurado.

Ninguna estipulación de esta póliza que determine exclusiones de cobertura o pérdidas de derecho del asegurado o del beneficiario podrá interpretarse de modo que prive al asegurado de ofrecer o producir prueba tendiente a acreditar que no se verificaron las circunstancias en las que se fundamenta la exclusión de cobertura o pérdida de derechos.

### EXCLUSIONES QUE AFECTAN AL ANEXO A (COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE, Artículo 4)

Además de las Exclusiones previstas en la Cláusula 5 de las Condiciones Generales, el Asegurador no indemnizará cuando la invalidez del Asegurado se produjera por alguna de las siguientes causas:

- a) Tentativa de suicidio voluntario del Asegurado, salvo que este contrato haya estado en vigor ininterrumpidamente durante tres años como mínimo.
- b) 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 en la que participe el Asegurado (salvo que se tratase de legítima defensa), empresa o acto criminal o aplicación legítima de la pena de muerte.
- d) Abuso del alcohol (cuando la concentración de alcohol en la sangre sea superior a ocho decigramos de alcohol por litro de sangre o su equivalente en términos de espirometría), drogas, estupefacientes, narcóticos o estimulantes.
- e) Someterse a intervenciones médicas o quirúrgicas ilícitas.
- f) Por la práctica o el uso de la navegación aérea, salvo como pasajero en líneas regulares, o por otras ascensiones aéreas o aladeltismo.
- g) Por la participación en viajes o prácticas deportivas submarinas o subacuáticas o escalamiento de montaña.
- h) Competir en pruebas de pericia y/o de velocidad con vehículos mecánicos o de tracción a sangre o en justas hípicas, o cualquier otra prueba análoga.
- i) Intervenir en pruebas de prototipos de aviones, automóviles y otros vehículos de propulsión mecánica.
- j) Desempeño paralelo de las profesiones de acróbata, buzo, jockey y domador de potros o de 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.
- k) De una infección que sea consecuencia directa o indirecta del virus HIV (Human Inmune Virus).

### EXCLUSIONES QUE AFECTAN AL ANEXO B (COBERTURA ADICIONAL POR ACCIDENTE, Artículo 4)

Además de las Exclusiones previstas en la Cláusula 5 de las Condiciones Generales, el Asegurador no indemnizará bajo esta Cobertura Adicional cuando el accidente sea consecuencia de:

- a) Suicidio voluntario o tentativa de suicidio voluntario, o culpa grave del Asegurado;
- b) Duelo o riña en la que participe el Asegurado, salvo que se tratase de legítima defensa;
- c) Abuso del alcohol (cuando la concentración de alcohol en la sangre sea superior a ocho decigramos de alcohol por litro de sangre o su equivalente en términos de espirometría), drogas o narcóticos;
- d) Participar el Asegurado 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);
- e) Intervenir el Asegurado en la prueba de prototipos de aviones, automóviles u otros vehículos de propulsión mecánica;
- f) Practicar o hacer uso de la aviación, salvo como pasajero en servicios de transporte aéreo regular;
- g) Intervenir el Asegurado en otras ascensiones aéreas o en operaciones o viajes sub-acuáticos;
- h) Inhalación de gases o envenenamientos de cualquier naturaleza;
- i) Operación quirúrgica no motivada por accidente;
- k) Actos del Asegurado notoriamente peligrosos que no estén justificados por ninguna necesidad profesional, salvo en caso de tentativa de salvamento de vidas o bienes.

**EXCLUSIONES QUE AFECTAN AL ANEXO C (COBERTURA ADICIONAL POR ENFERMEDADES CRÍTICAS, Artículo 8)**

Además de las Exclusiones previstas en la Cláusula 5 de las Condiciones Generales, el Asegurador no indemnizará bajo esta Cobertura Adicional cuando el siniestro provenga de:

- a) Someterse a intervenciones quirúrgicas ilícitas;
- b) Utilización de medicamentos no aprobados por el Misnisterio de Salud Pública o autoridad competente;
- c) Someterse a tratamiento en establecimientos asistenciales no habilitados para funcionar por el Ministerio de Salud Pública y autorizado por éste, a dar asistencia y tratamiento clínico de enfermedades padecidas por el Asegurado.

**EXCLUSIONES QUE AFECTAN AL ANEXO D (COBERTURA ADICIONAL POR PÉRDIDA O DISMINUCIÓN DE INGRESOS A CONSECUENCIA DE ACCIDENTES, Artículos 1 y 2)**

Quedan expresamente excluidos de la cobertura que otorga esta cláusula adicional, además de las circunstancias previstas en la Cláusula 5 de las Condiciones Generales, los daños sufridos por el Asegurado que sean consecuencia inmediata o mediata de:

- a) La acción de los rayos "X" y similares y de cualquier elemento radioactivo u originadas en reacciones nucleares;
- b) Lesiones imputables al esfuerzo;
- c) Insolación, quemaduras por rayos solares, enfriamiento y demás efectos de las condiciones atmosféricas o ambientales;
- d) Psicopatías o enfermedades psiquiátricas transitorias o permanentes, excepto que las mismas provengan de estrés post-traumático o de reacciones vivenciales reactivas de un Accidente cubierto sufrido por el Asegurado;
- e) Operaciones quirúrgicas o tratamientos, salvo que sobrevengan como consecuencia inmediata de un Accidente cubierto o del tratamiento de las lesiones por él producidas.

Se destaca que no se amparará la pérdida o disminución de ingresos producidos secuelas incapacitantes preexistentes al inicio de la cobertura del seguro.

No se cubrirán los beneficios en los casos en los cuales las causas de la incapacidad temporaria sea la consecuencia de recidivas de accidentes sufridos y conocidos por el Asegurado con anterioridad al ingreso o reingreso a la póliza.

## **CONDICIONES GENERALES ESPECIFICAS EXCLUSIVAMENTE APLICABLES A LAS COBERTURAS INDICADAS EN LAS CONDICIONES PARTICULARES.**

Las Cláusulas que a continuación se detallan serán aplicables, además de las indicadas en las Condiciones Generales de esta póliza, a los respectivos Capítulos, según figuren como contratados en las Condiciones Particulares.

### **ANEXO A**

**COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE** Liquidación del Capital Asegurado por enfermedad o accidente en una única cuota.

#### **Artículo 1. RIESGOS CUBIERTOS**

La Aseguradora concederá el beneficio que acuerda esta Cobertura Adicional al Asegurado cuyo estado de invalidez total y permanente, como consecuencia de enfermedad o accidente, no le permita desempeñar por cuenta propia cualquier actividad remunerativa, siempre que tal estado haya continuado ininterrumpidamente por tres (3) meses como mínimo y se hubiera iniciado durante la vigencia del certificado individual 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 Aseguradora procederá a su reconocimiento de acuerdo con las constancias médicas y demás elementos mencionados en el Artículo 5, siempre que sean razonablemente demostrativas del estado de invalidez total y permanente.

Sin perjuicio de otras causas, la Aseguradora reconocerá como casos de invalidez total y permanente los siguientes:

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

#### **Artículo 2. BENEFICIO**

Comprobada la invalidez, la Aseguradora abonará al Asegurado una indemnización igual al capital asegurado por muerte.

#### **Artículo 3. CARÁCTER DEL BENEFICIO**

El beneficio acordado por esta Cobertura Adicional 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, la Aseguradora queda liberada de cualquier otra obligación con respecto a dicho Asegurado.

#### **Artículo 4. EXCLUSIONES A LA COBERTURA**

Además de las Exclusiones previstas en la Cláusula 5 de las Condiciones Generales, el Asegurador no indemnizará cuando la invalidez del Asegurado se produjera por alguna de las siguientes causas:

- a) Tentativa de suicidio voluntario del Asegurado, salvo que este contrato haya estado en vigor ininterrumpidamente durante tres años como mínimo.
- b) 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 en la que participe el Asegurado (salvo que se tratase de legítima defensa), empresa o acto criminal o aplicación legítima de la pena de muerte.
- d) Abuso del alcohol (cuando la concentración de alcohol en la sangre sea superior a ocho decigramos de alcohol por litro de sangre o su equivalente en términos de espirometría), drogas, estupefacientes, narcóticos o estimulantes.
- e) Someterse a intervenciones médicas o quirúrgicas ilícitas.
- f) Por la práctica o el uso de la navegación aérea, salvo como pasajero en líneas regulares, o por otras ascensiones aéreas o aladeltismo.
- g) Por la participación en viajes o prácticas deportivas submarinas o subacuáticas o escalamiento de montaña.
- h) Competir en pruebas de pericia y/o de velocidad con vehículos mecánicos o de tracción a sangre o en justas hípicas, o cualquier otra prueba análoga.
- i) Intervenir en pruebas de prototipos de aviones, automóviles y otros vehículos de propulsión mecánica.
- j) Desempeño paralelo de las profesiones de acróbata, buzo, jockey y domador de potros o de 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.
- k) De una infección que sea consecuencia directa o indirecta del virus HIV (Human Inmune Virus).

#### **Artículo 5. COMPROBACIÓN DE LA INVALIDEZ**

Corresponde al Asegurado o a su representante:

- Denunciar la existencia de la invalidez en los plazos fijados en las Condiciones Generales;
- Presentar las constancias médicas y/o testimoniales de su comienzo y causas;
- Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta dos exámenes médicos por facultativos designados por la Aseguradora y con gastos a cargo de ésta.

#### **Artículo 6. VALUACIÓN POR PERITOS**

Si en la apreciación de cualquier incapacidad del Asegurado surgieran divergencias entre su médico y el designado por la Aseguradora 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 Facultad de Medicina o el Instituto Técnico Forense. 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 Aseguradora si quedara obligada a atenderlas.

**Artículo 7. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA**

La cobertura del riesgo de invalidez prevista en esta Cobertura Adicional, cesará, para cada certificado, en las siguientes circunstancias:

- Al rescindirse la póliza y/o el certificado individual por cualquier causa;
- A partir de la fecha en que el Asegurado cumpla sesenta y cinco (65) años de edad.

**ANEXO B  
COBERTURA ADICIONAL POR ACCIDENTE****Artículo 1. RIESGOS CUBIERTOS**

El Asegurador concederá el beneficio que acuerda esta Cobertura Adicional al Asegurado que sufra las consecuencias de muerte o 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 del certificado individual y antes de que haya cumplido sesenta y cinco (65) años de edad (en adelante denominadas "Accidente"). Se excluyen expresamente los casos que sean consecuencia de enfermedades o infecciones de cualquier naturaleza.

**Artículo 2. BENEFICIO**

Comprobado el accidente, el Asegurador abonará al Asegurado o al beneficiario instituido el porcentaje del capital asegurado que establece 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%
k)	Del dedo pulgar de la mano derecha	18%
l)	Del dedo pulgar de la mano izquierda	14%
m)	Del dedo índice de la mano derecha	14%
n)	Del dedo índice de la mano izquierda	11%
ñ)	Del dedo medio de la mano derecha	9%
o)	Del dedo medio de la mano izquierda	7%
p)	Del dedo anular o meñique de la mano derecha	8%
q)	De dedo anular o meñique de la mano izquierda	6%
r)	Del dedo pulgar del pie	8%
s)	De cualquier otro dedo del pie	4%

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 por 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 Aseguradora abonará la indemnización que corresponda a la suma de los respectivos porcentajes. Cuando esa suma sea del 80 por ciento o más, se pagará la indemnización máxima prevista por esta cláusula que es del 100 % del capital asegurado.

Si las consecuencias de un accidente ya indemnizado se agravaran y, durante el transcurso de los doce meses siguientes a la fecha del accidente, ocasionaran otra u otras pérdidas o la muerte, la Aseguradora pagará cualquier diferencia que pudiera corresponder, sin excederse al 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 Aseguradora no hará, por tal concepto, deducción alguna de la suma asegurada al pagarse cualquiera de ellos, sea por fallecimiento o por invalidez del Asegurado.

**Artículo 4. EXCLUSIONES A LA COBERTURA**

Además de las Exclusiones previstas en la Cláusula 5 de las Condiciones Generales, el Asegurador no indemnizará bajo esta Cobertura Adicional cuando el accidente sea consecuencia de:

- Suicidio voluntario o tentativa de suicidio voluntario, o culpa grave del Asegurado;
- Duelo o riña en la que participe el Asegurado, salvo que se tratase de legítima defensa;
- Abuso del alcohol (cuando la concentración de alcohol en la sangre sea superior a ocho decigramos de alcohol por litro de sangre o su equivalente en términos de espirometría), drogas o narcóticos;
- Participar el Asegurado 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);
- Intervenir el Asegurado en la prueba de prototipos de aviones, automóviles u otros vehículos de propulsión mecánica;
- Practicar o hacer uso de la aviación, salvo como pasajero en servicios de transporte aéreo regular;
- Intervenir el Asegurado en otras ascensiones aéreas o en operaciones o viajes sub-acuáticos;
- Inhalación de gases o envenenamientos de cualquier naturaleza;
- Operación quirúrgica no motivada por accidente;
- Actos del Asegurado notoriamente peligrosos que no estén justificados por ninguna necesidad profesional, salvo en caso de tentativa de salvamento de vidas o bienes.

**Artículo 5. COMPROBACIÓN DEL ACCIDENTE**

Corresponde al Asegurado o al Beneficiario instituido:

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

- b) Facilitar cualquier aprobación o aclaración;
- c) Adoptar todas las medidas posibles conducentes a disminuir las consecuencias del accidente.

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

**Artículo 6. S/EFECTO.**

**Artículo 7. VALUACIÓN POR PERITOS**

Si en la apreciación de cualquier siniestro del Asegurado surgieran divergencias entre su médico y el designado por la Aseguradora 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 Facultad de Medicina o el Instituto Técnico Forense. 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 Aseguradora si quedara obligada a atenderlas.

**Artículo 8. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA**

La cobertura del riesgo de accidente prevista en esta Cobertura Adicional, cesará en las siguientes circunstancias:

- a) A partir del momento en que el Asegurado haya recibido, por aplicación de esta cláusula, indemnizaciones equivalentes al capital asegurado;
- b) Al rescindirse la póliza y/o 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.

**ANEXO C  
COBERTURA ADICIONAL POR ENFERMEDADES CRÍTICAS****Artículo 1. RIESGOS CUBIERTOS**

El Asegurador indemnizará la suma indicada en las Condiciones Particulares, en caso de verificarse el padecimiento por parte del Asegurado de alguna de las siguientes enfermedades:

a) Cáncer: Enfermedad producida por un tumor maligno caracterizado por el crecimiento incontrolable de células malignas con invasión de tejido normal, que afecte al Asegurado por primera vez. Incluye linfomas y enfermedad de Hodking. El tumor debe ser primario en el órgano detectado y anterior a cualquier metástasis. En todos los casos deberá ser confirmado el diagnóstico por un informe anatomopatológico suscripto por especialista. No será válido al respecto el sólo diagnóstico clínico oncológico. Excluye carcinoma "in situ" no invasor, tumores en portadores de SIDA en cualquiera de sus formas y todos los cánceres de piel, excepto el melanoma maligno. Este beneficio será aplicable solamente a aquellos casos diagnosticados por primera vez después de la fecha de aboamiento de la cláusula y en tanto la cobertura principal se encuentre vigente. Ningún beneficio se abonará si la enfermedad en cuestión ha sido diagnosticada o si se ha recibido tratamiento por dicha enfermedad antes de las fechas mencionadas.

b) Infarto del miocardio: Muerte del miocardio como consecuencia de una inadecuada irrigación sanguínea. El diagnóstico deberá ser fehaciente y a efectos de esta cláusula deberá existir:

- Historia clínica que revele sistematología de isquemia miocárdica;
- Electrocardiograma concordante a la historia clínica en tiempo y forma, revelador de los cambios producidos;
- Análisis enzimáticos correlativos y concordantes con los eventos observados por los distintos estudios (electrocardiogramas, radiocardiogramas, ecocardiogramas, etc.) e historia clínica.

En todos los casos se abonará la indemnización ante las pruebas pertinentes de los daños producidos con un mínimo de seis semanas posteriores al hecho, siempre y cuando el Asegurado se encuentre con vida.

c) Accidente cerebrovascular: Que cause síntomas neurológicos por más de 24 hs. y de naturaleza permanente, caracterizado por destrucción de tejido cerebral producido por trombosis, hemorragias o embolias de fuente extravascular. En todos los casos se abonará la indemnización ante las pruebas neurológicas y de diagnóstico por imágenes de los daños producidos con un mínimo de seis semanas posteriores al hecho, siempre y cuando el Asegurado se encuentre con vida.

Todos los comprobantes deberán acompañarse del registro gráfico correspondiente (resonancia nuclear magnética y/o tomografía axial computada) y estar suscriptos por un especialista en neurología. Se excluyen los accidentes cerebrovasculares post-traumáticos.

En todas las enfermedades cubiertas por esta cláusula, la indemnización se efectuará en un pago único.

**Artículo 2. CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD PARA ESTA COBERTURA ADICIONAL**

El Asegurador concederá el beneficio correspondiente a esta Cobertura Adicional, siempre que el Asegurado, al momento de detección de la enfermedad, no exceda los 65 años de edad.

**Artículo 3. COMPROBACIÓN DE LA ENFERMEDAD**

Corresponde al Asegurado:

- Denunciar la enfermedad en formulario de la Aseguradora dentro de los treinta días de realizado el diagnóstico o cirugía de las enfermedades cubiertas.
- Presentar todas las evidencias y comprobantes médicos que certifiquen su enfermedad (clínicas, radiológicas, de laboratorio, u otras).
- Facilitar la comprobación por parte de la Aseguradora, relevando a los facultativos del secreto profesional, a esos fines, incluyendo un examen por médicos de la Aseguradora si así lo dispusiera.

**Artículo 4. CARENCIA**

El Asegurado será beneficiario de indemnización a partir del tercer mes de su inclusión ininterrumpida en la cláusula, sin adeudar primas y siempre que la enfermedad haya sido diagnosticada o tratada 90 días después de la vigencia del certificado individual.

**Artículo 5. VALUACIÓN POR PERITOS**

Si en la apreciación de la existencia de una de las enfermedades mencionada en el Artículo 1. surgieran divergencias entre médico del Asegurado y el designado por el Asegurador ambos procederán de inmediato a nombrar un tercero, quien previo examen del Asegurado dictaminará al respecto. De no llegarse a un acuerdo para la designación del tercero, este nombramiento lo hará la Facultad de Medicina o el Instituto Técnico Forense. 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 Aseguradora si quedara obligada a atenderlas.

**Artículo 6. EFECTOS DE EXCLUSIÓN SOBRE OTRAS COBERTURAS**

El beneficio previsto en esta cláusula es adicional e independiente de los demás beneficios establecidos en la póliza principal. No obstante cuando esta cobertura se encuentre al mismo tiempo vigente con otras, como principio general, ante la superposición de diagnósticos de enfermedades cubiertas por las Cláusulas Anexas contratadas, el Asegurador cumplirá con la obligación emergente de la cobertura afectada que reconozca el mayor capital asegurado. Con respecto a las coberturas restantes, el Asegurador procederá a devolver el 100% de las primas pagadas por las otras cláusulas. A partir del momento en que el Asegurado haya recibido la totalidad del beneficio que concede esta cláusula, la cobertura que otorga la misma se suspenderá hasta los seis meses posteriores a la ocurrencia del siniestro, con excepción de la enfermedad definida como cáncer, debido a que ésta solamente se indemnizará cuando sea diagnosticada por primera vez. Una vez transcurridos los seis meses posteriores a la ocurrencia del siniestro, se considerarán vigentes todas las coberturas contratadas.

**Artículo 7. VINCULACIÓN CON LA COBERTURA PRINCIPAL**

Esta cláusula está subordinada a las Condiciones Generales de la Cobertura Principal, y mantendrá plena vigencia en tanto aquella se encuentre también vigente o el Tomador/Asegurado no soliciten expresamente su finalización o se den las condiciones previstas en el Artículo 6.

**Artículo 8. EXCLUSIONES A LA COBERTURA**

Además de las Exclusiones previstas en la Cláusula 5 de las Condiciones Generales, el Asegurador no indemnizará bajo esta Cobertura Adicional cuando el siniestro provenga de:

- a) Someterse a intervenciones quirúrgicas ilícitas;
- b) Utilización de medicamentos no aprobados por el Misnisterio de Salud Pública o autoridad competente;
- c) Someterse a tratamiento en establecimientos asistenciales no habilitados para funcionar por el Ministerio de Salud Pública y autorizado por éste, a dar asistencia y tratamiento clínico de enfermedades padecidas por el Asegurado.

**ANEXO D****COBERTURA ADICIONAL POR PÉRDIDA O DISMINUCIÓN DE INGRESOS A CONSECUENCIA DE ACCIDENTES.****Artículo 1. RIESGOS CUBIERTOS**

El Asegurador se compromete al pago de las prestaciones estipuladas en la presente Cobertura Adicional en caso de que la persona designada en la misma como Asegurado sufra, durante la vigencia del certificado individual y antes de cumplir 65 años de edad, un accidente como consecuencia del cual dejara de percibir o sufra una disminución en sus ingresos profesionales o laborales habituales. En tal sentido se aclara especialmente, que si bien el riesgo cubierto es la pérdida o disminución de sus ingresos, la cobertura de la póliza funcionará cuando como consecuencia de las causas antes citadas, se vea imposibilitado durante treinta y cinco (35) días para desempeñar sus tareas presentes o futuras y que tal falta se traduzca en la citada disminución o pérdida de ingresos. Transcurrido dicho período a alcanzarse, la indemnización tendrá lugar desde el primer día de manifestación de cualquiera de tales hechos.

El pago de la renta mensual se efectivizará, mientras dure la imposibilidad denunciada por el asegurado, hasta un máximo de doce meses contados a partir del inicio de dicha imposibilidad.

A los efectos de este seguro se entiende por accidente toda lesión corporal producida directa y exclusivamente por causas externas, violentas y fortuitas, ajenas a toda otra causa e independiente de la voluntad del Asegurado. Se excluyen expresamente los casos que sean consecuencia de enfermedades o infecciones de cualquier naturaleza.

Independientemente de otras causas, como accidentes:

- La asfixia o intoxicación por vapores o gases, la asfixia por inmersión u obstrucción en el aparato respiratorio que no provenga de enfermedad; la intoxicación o envenenamiento por ingestión de sustancias tóxicas o alimentos en mal estado consumidos en lugares públicos o adquiridos en mal estado.
- Las quemaduras de todo tipo producidas por cualquier agente.
- El carbunco, tétanos u otras infecciones microbianas o intoxicaciones cuando sean de origen traumático; rabia, luxaciones articulares y distensiones, dilaceraciones y rupturas musculares, tendinosas y viscerales (excepto lumbalgias, várices y hernias) causadas por esfuerzos repentinos y evidentes al diagnóstico.

De todos modos, quedan expresamente excluidos de la cobertura que otorga esta cláusula adicional, además de las circunstancias previstas en la Cláusula 5 de las Condiciones Generales, los daños sufridos por el Asegurado que sean consecuencia inmediata o mediata de:

- a) La acción de los rayos "X" y similares y de cualquier elemento radioactivo u originadas en reacciones nucleares;
- b) Lesiones imputables al esfuerzo;
- c) Insolación, quemaduras por rayos solares, enfriamiento y demás efectos de las condiciones atmosféricas o ambientales;
- d) Psicopatías o enfermedades psiquiátricas transitorias o permanentes, excepto que las mismas provengan de estrés post-traumático o de reacciones vivenciales reactivas de un Accidente cubierto sufrido por el Asegurado;
- e) Operaciones quirúrgicas o tratamientos, salvo que sobrevengan como consecuencia inmediata de un Accidente cubierto o del tratamiento de las lesiones por él producidas.

Se destaca que no se amparará la pérdida o disminución de ingresos producidos secuelas incapacitantes preexistentes al inicio de la cobertura del seguro.

**Artículo 2. ENFERMEDAD e INCAPACIDAD ANTERIOR Y CONOCIDA POR EL ASEGURADO**

No se cubrirán los beneficios en los casos en los cuales las causas de la incapacidad temporaria sea la consecuencia de recidivas de accidentes sufridos y conocidos por el Asegurado con anterioridad al ingreso o reingreso a la póliza.

**Artículo 3. PRUEBA A CARGO DEL ASEGURADO**

Corresponderá al Asegurado o a sus derecho habientes presentar todos los elementos probatorios de la incapacidad sufrida por accidente, aportando estudios, diagnóstico de la afección o patología, historia clínica, certificaciones y toda otra documentación necesaria.

Asimismo, el Asegurado deberá probar que sus ingresos se vieron perdidos o disminuidos como consecuencia de la incapacidad temporal denunciada, presentando la documentación que avale sus declaraciones, a través de facturaciones o rendiciones oficiales por el período de la incapacidad y un mínimo de 3 (tres) períodos inmediatos anteriores y/o similares del año anterior.

**Artículo 4. LÍMITE DE LA INDEMNIZACIÓN**

Queda expresamente aclarado que la indemnización de esta cobertura se abonará por el monto real de la disminución o pérdida de ingresos según el promedio de ingresos demostrados por el asegurado de 3 (tres) meses anteriores a la fecha del siniestro, con tope máximo de la suma asegurada, mientras dure la incapacidad y hasta un máximo de 12 (doce) meses contados a partir de dicha incapacidad.

**ANEXO E**  
**EXCLUSION DE PREEXISTENCIAS**

No se cubrirán los beneficios que sean consecuencia de condiciones preexistentes a la fecha de inicio de la vigencia de la póliza para cada asegurado. Se entiende por condiciones preexistentes aquellas enfermedades diagnosticadas o tratadas con anterioridad al inicio de vigencia de la póliza para cada asegurado.