



SEGURO DE VIDA COLECTIVO
CLÁUSULA ADICIONAL DE
INDEMNIZACIÓN POR INVALIDEZ EN CUOTAS MENSUALES

1º) RIESGO CUBIERTO:

El Asegurador concederá el beneficio que acuerda esta cláusula al 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 del último día del período abonado en que el Asegurado cumpla los sesenta (60) años de edad. Se excluyen expresamente los casos que afecten al Asegurado en forma parcial o temporal. En las denuncias de invalidez, el Asegurador procederá a su reconocimiento de acuerdo con las constancias médicas y demás elementos mencionados en el punto 5), siempre que sean razonablemente demostrativas del estado de invalidez total y permanente.

Sin perjuicio de otras causas, el Asegurador reconocerá como casos de invalidez total y permanente:

- a. la pérdida de la vista de ambos ojos de manera total e irrecurables por tratamiento médico y/o quirúrgico,
- b. 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,
- c. la enajenación mental incurable,
- d. la parálisis general.

2º) BENEFICIO:

El Asegurador, comprobada la invalidez, abonará al Asegurado el capital de su seguro de acuerdo a las siguientes formas posibles:

1. De una vez en una sola suma al comprobarse el estado de incapacidad;
2. En un porcentaje predeterminado del Capital Asegurado y el saldo en cuotas mensuales iguales pagaderas por adelantado;
3. En cuotas mensuales iguales y consecutivas en función del Capital Asegurado convenido. El pago de la primera cuota tendrá lugar el último día del mes en que tenga lugar la comprobación de la invalidez.

En caso de invalidez por insania, el Asegurador pagará el beneficio al curador designado judicialmente.

3º) CARACTER DEL BENEFICIO:

El beneficio acordado por invalidez es sustitutivo del capital asegurado que debiera liquidarse en caso de fallecimiento del Asegurado, de modo que, con el pago de la última de las cuotas a que se refiere el punto anterior, el Asegurador queda liberado de cualquier otra obligación con respecto a dicho Asegurado. Si el Asegurado falleciera durante el período de pago del capital en cuotas, el Asegurador – en pago de las cuotas restantes abonará al beneficiario instituido el capital asegurado reducido en tantas treinta y seis (36) avas partes como cuotas hubiera pagado.

4º) 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. por duelo o riña, salvo que se tratase de legítima defensa; empresa o acto criminal;
- c. acto de guerra civil o internacional, guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo;
- d. abuso del alcohol, 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 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 fieras y/o las 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;

k. acontecimientos catastróficos originados por reacciones nucleares.

5º) COMPROBACION DE LA INVALIDEZ:

Corresponde al Asegurado o a su representante denunciar la existencia de la invalidez, presentar las constancias médicas y/o testimoniales de su comienzo y causas y facilitar cualquier comprobación, incluso hasta dos exámenes médicos por facultativos designados por el Asegurador, con gastos a cargo de éste.

6º) PLAZO DE PRUEBA:

El Asegurador, dentro de los quince (15) días de recibida la denuncia y/o constancia 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 5) 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 del Asegurador dentro del plazo establecido en este punto significará el automático reconocimiento del beneficio reclamado.

7º) CONTINUIDAD DE LA INVALIDEZ:

No obstante haberse reconocido como total y permanente la invalidez del Asegurado al acordarse el beneficio correspondiente, éste sólo continuará mientras subsista dicho estado y el Asegurador podrá exigir en cualquier momento, pero no más de un vez por año, las pruebas que estime necesarias respecto de la persistencia de la invalidez, incluso un examen médico por uno de sus facultativos con gastos por su cuenta. Si estas pruebas no pudieran realizarse dentro de los treinta (30) días de haberlas pedido en forma, o si el Asegurado o quien por él actúa dificultara su verificación, o si la invalidez hubiera dejado de ser total y permanente, el Asegurador suspenderá desde ese momento el pago de las cuotas mensuales. Si el Asegurado se hubiera reintegrado a sus tareas, el Asegurador rehabilitará su seguro por el capital original reducido en treinta y seis (36) avas partes como cuotas se hubieran pagado. En caso de no reintegrarse a sus tareas, el Asegurado podrá solicitar al Asegurador, dentro de otros treinta (30) días, un seguro individual por el capital reducido antes mencionado, sin cumplir requisitos de asegurabilidad.

8º) VALUACIÓN POR PERITOS:

Si en la apreciación de cualquier lesión del Asegurado surgieran divergencias entre su médico y el designado por el Asegurador, ambos procederán de inmediato a nombrar a un tercero, quien previo examen del Asegurado dictaminará al respecto. 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 8 (ocho) días de su designación, a un tercer facultativo para el caso de divergencia.

De no llegarse a un acuerdo para la designación del tercero, este nombramiento lo efectuará la Secretaría de Estado de Salud Pública de la Nación.

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

Si una de las partes 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 gastos serán soportados por las partes en el orden causado y los honorarios del tercer médico, por el Asegurado si se desecharan sus pretensiones o por el Asegurador si quedara obligado a atenderlas. En caso de equidistancia dichos gastos se pagarán por mitades entre las partes.

9) 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 del último día del período abonado en que el Asegurado cumpla sesenta (60) años de edad.

Esta Póliza ha sido aprobada por Superintendencia de Seguros de la Nación mediante Proveído N° 90165 del 27/07/1999.