



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
1983/2023 - 40 AÑOS DE DEMOCRACIA

Informe

Número:

Referencia: ANEXO II - CONDICIONES CONTRACTUALES DE CARÁCTER GENERAL PARA EL SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL ANUAL RENOVABLE PARA LA MUJER.

ANEXO II

V - IND FEM- 1 - CONDICIONES GENERALES COMUNES SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL ANUAL RENOVABLE PARA LA MUJER

Artículo 1º - Disposiciones Fundamentales

Preeminencia normativa: Esta póliza se integra con estas Condiciones Generales Comunes, Cláusulas Adicionales y Condiciones Particulares.

El contrato se establece bajo el siguiente orden de prelación:

- Normas de orden público de las Leyes N° 17.418 y N° 20.091;
- Condiciones Particulares;
- Cláusulas Adicionales;
- Condiciones Generales Comunes.

Artículo 2º - Riesgo Cubierto: Cobertura Básica de Fallecimiento

El presente seguro cubre el riesgo de fallecimiento de la Asegurada durante la vigencia de la póliza.

Artículo 3º - Limitaciones y Exclusiones

La Asegurada está cubierta por esta póliza sin restricciones en cuanto a residencia y viajes que pueda realizar, dentro o fuera del país.

La Aseguradora, salvo indicación en contrario en Condiciones Particulares, no cubrirá el siniestro cuando el fallecimiento de la Asegurada sea consecuencia de alguna de las siguientes causas:

- a. Suicidio voluntario, salvo que la póliza haya estado vigente ininterrumpidamente por el plazo indicado en las Condiciones Particulares.
- b. Comisión de un delito doloso, aún en grado de tentativa.
- c. Actos de guerra civil o internacional, guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, cuando la Asegurada hubiera participado como sujeto activo. Si la guerra comprendiera a la Nación Argentina, las obligaciones de la Aseguradora y de la Asegurada se regirán por las normas que para tal emergencia dictara la Autoridad competente.
- d. Acontecimientos catastróficos originados por la energía atómica.
- e. Catástrofes naturales que afecten a la población masivamente.

Artículo 4° - Reticencia

Esta póliza ha sido extendida por la Aseguradora sobre la base de las declaraciones suscriptas por la Asegurada en la solicitud del seguro.

Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por la Asegurada, aún hecha de buena fe, que a juicio de peritos hubiere impedido el contrato, o hubiere modificado sus condiciones, si el Asegurador hubiese sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato.

La Aseguradora cuenta con un plazo de TRES (3) meses, contado desde que tomó conocimiento de la reticencia, para impugnar el contrato de nulidad o proceder a su reajuste.

Transcurridos TRES (3) años desde la celebración del contrato, la Aseguradora no puede invocar la reticencia, excepto cuando fuere dolosa.

La Aseguradora no invocará como reticencia o falsa declaración la omisión de hechos o circunstancias cuya pregunta no conste expresa y claramente en la solicitud del seguro y/o declaración personal de salud.

Artículo 5° - Vigencia

Esta póliza entra en vigencia desde las CERO (00) horas del día fijado en Condiciones Particulares como comienzo de su vigencia. La cobertura será de vigencia anual renovable automáticamente.

No obstante ello, cualquiera de las partes (Asegurada o Aseguradora) deberá notificar por escrito y con una anticipación no menor a TREINTA (30) días corridos al vencimiento de la vigencia de la póliza, su decisión de no renovar.

Artículo 6° - Capitales Asegurados

La suma asegurada con que está cubierto la Asegurada es la determinada en las Condiciones Particulares.

Artículo 7° - Prima y Premio

La tasa de prima inserta en las Condiciones Particulares de esta póliza regirá durante el primer año de vigencia del seguro. Dicha tasa de prima podrá ser ajustada en cada aniversario de la póliza por la Aseguradora, la cual comunicará por escrito a la Asegurada la nueva tasa de prima resultante, con una anticipación mínima de TREINTA (30) días corridos a la fecha de aniversario en que comience a regir la misma.

La prima a abonar resultará de aplicar la tasa de prima sobre el monto del capital asegurado.

El premio surge de adicionar a la prima los impuestos, tasas, contribuciones y sellados que pudieran corresponder.

Artículo 8° - Pago de los Premios

El premio deberá ser pagado a través de los medios de pago autorizados.

La periodicidad y vencimientos serán los establecidos en las Condiciones Particulares de esta póliza.

Artículo 9° - Plazo de Gracia

La Aseguradora concede un plazo de gracia de TREINTA (30) días corridos para el pago de los premios vencidos impagos, sin recargo de intereses. Durante ese plazo, esta póliza continuará en pleno vigor. Si dentro de este plazo se produjera un siniestro amparado por la presente póliza, se deducirá de la suma a abonarse el premio o fracción de premio impago vencido correspondiente.

Para el pago del primer premio, el plazo de gracia se contará desde la fecha de inicio de vigencia de esta póliza. Para el pago de los premios siguientes, dicho plazo de gracia correrá a partir de las CERO (00) horas del día en que venza cada uno.

Los derechos que esta póliza acuerda a la Asegurada nacen el mismo día y hora en que comienzan las obligaciones a su cargo establecidas precedentemente.

Artículo 10° - Falta de Pago de los Premios

La falta de pago del premio en el plazo de gracia genera la rescisión automática de la póliza. La Asegurada adeudará a la Aseguradora el premio correspondiente al período impago (premio vencido más premio del plazo de gracia). Si la Asegurada hubiera solicitado la rescisión durante el período de gracia, adeudará el premio calculado a prorrata por los días transcurridos desde el vencimiento del premio impago hasta la fecha de envío de tal

solicitud.

Artículo 11 ° - Designación y Cambio de Beneficiarios

La Asegurada designará en el formulario Solicitud del Seguro, en oportunidad de incorporarse al seguro, el o los beneficiarios del mismo.

La Asegurada podrá cambiar, en todo momento, el beneficiario o los beneficiarios por ella designados salvo que la designación sea a título oneroso. El cambio de beneficiario surtirá efecto frente a la Aseguradora en cuanto la Asegurada realice la correspondiente comunicación por escrito.

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.

Perderá todo derecho el beneficiario que provoca deliberadamente la muerte de la Asegurada con un acto ilícito.

Artículo 12° - Denuncia del Siniestro - Liquidación por Fallecimiento

Los beneficiarios o derechohabientes de la Asegurada deberán comunicar el acaecimiento de su fallecimiento conforme el plazo definido en Condiciones Particulares, el cual nunca será inferior a los TRES (3) días, contados desde la ocurrencia del mismo o desde que el denunciante conozca la existencia del beneficio, lo que fuere posterior, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.

La Aseguradora abonará a los beneficiarios la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares, dentro de los QUINCE (15) días de recibida la copia de la partida de defunción y la restante documentación que solicitara a los beneficiarios en los términos del Artículo 46 segundo párrafo de la Ley de Seguros.

La Aseguradora no deducirá de la indemnización ninguna fracción o fracciones de premio no vencidos que faltasen para completar la anualidad al momento de cualquier liquidación que provenga de la póliza.

Artículo 13 - Finalización de la Cobertura

La cobertura de la Asegurada finalizará en los siguientes casos:

- a. Por renuncia de la Asegurada a continuar con el seguro.
- b. Por fallecimiento de la Asegurada.
- c. Por caducidad o rescisión de la póliza.
- d. Por falta de pago de premios de acuerdo con lo establecido en el Artículo 10 de estas Condiciones Generales Comunes.
- e. Cuando la Asegurada cumpla la Edad Máxima de Permanencia establecida en las Condiciones Particulares. La continuidad de cobro de prima, luego del arribo a tal edad máxima, se considerará como prórroga de vigencia hasta finalizado el período de riesgo cubierto amparado por dicha prima.
- f. Por ocurrir un siniestro amparado por una cláusula adicional de la póliza, en caso de haberla contratado,

que otorgue una cobertura sustitutiva de la cobertura básica de fallecimiento, siempre que el capital asegurado de dicha cobertura sea igual al de fallecimiento.

La renuncia a que se refiere el punto a) deberá ser comunicada por escrito a la Aseguradora dentro de los TREINTA (30) días corridos, conforme lo estipulado en el artículo siguiente.

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

Artículo 14 - Rescisión de esta Póliza

Sin perjuicio de las demás causales de rescisión y caducidad ya previstas, esta póliza podrá ser rescindida por la Asegurada en cualquier momento después del primer año de vigencia del seguro, previo aviso por escrito con una anticipación no menor a TREINTA (30) días.

Por su parte, la Aseguradora podrá optar por no renovar la póliza al vencimiento de cada aniversario, mediante aviso por escrito con una anticipación no menor a TREINTA (30) días, conforme lo estipulado en el Artículo 5° de estas Condiciones Generales Comunes.

Artículo 15 - Duplicado de Póliza

Si en caso de robo, pérdida, destrucción o cualquier otra causa esta póliza dejara de hallarse en poder de la Asegurada, ésta podrá obtener un duplicado en sustitución del original. Las modificaciones o suplementos que se incluyan en el duplicado, a pedido de la Asegurada, serán los únicos válidos.

La Asegurada tiene derecho a que se le entregue copia de las declaraciones efectuadas con motivo de este contrato y de la póliza sin costo alguno.

Artículo 16 - 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 de la Asegurada, salvo cuando la Ley los declare expresamente a cargo exclusivo de la Aseguradora.

Artículo 17 - Facultades del Productor o Agente

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

- Recibir propuestas de celebración y modificación de contratos de seguros;
- Entregar los instrumentos emitidos por la Aseguradora, referentes a contratos o sus prórrogas.

Artículo 18 - Prescripción

Las acciones fundadas en el presente contrato prescriben en el plazo de un año, computado desde que la correspondiente obligación es exigible. El plazo de prescripción para el beneficiario se computa desde que conoce la existencia del beneficio, pero en ningún caso excederá de tres años desde el siniestro.

Los actos del procedimiento establecido por la ley o el contrato para la liquidación del daño interrumpen la prescripción para el cobro de la prima y de la indemnización.

Artículo 19 - Jurisdicción

Toda controversia judicial que se plantee con relación al presente contrato será dirimida ante los Tribunales ordinarios competentes de la jurisdicción del lugar de emisión de la póliza o del domicilio de la Asegurada en los casos en que la póliza haya sido emitida en una jurisdicción distinta a la de su domicilio.

Artículo 20 - Domicilio

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

V - IND FEM - 2 – CLÁUSULA ADICIONAL – SEPELIO – REINTEGRO DE GASTOS – BENEFICIO ADICIONAL

Artículo 1º - Riesgo Cubierto

La Aseguradora concederá el beneficio que acuerda la presente cláusula cuando la Asegurada fallezca durante la vigencia de la misma, detallada en las Condiciones Particulares.

Artículo 2º - Riesgos no Cubiertos

La Aseguradora no pagará la indemnización cuando el fallecimiento de una Asegurada se produjera como consecuencia de los Riesgos no Cubiertos establecidos en el Artículo 3º de las Condiciones Generales Comunes.

Artículo 3º - Beneficio

La Aseguradora, comprobado el fallecimiento, se obliga a reembolsar a la persona que acredite haber efectuado los gastos derivados del servicio de sepelio hasta la concurrencia de la Suma Máxima Asegurada que se indica en las Condiciones Particulares. Dicha Suma Asegurada deberá fijarse en función del Servicio de sepelio/inhumación y/o cremación solicitado.

El pago del beneficio se realizará dentro de los QUINCE (15) días de recibidas las constancias y pruebas requeridas por la Aseguradora, establecidas en el Artículo 5°.

El capital asegurado podrá ser modificado por la Aseguradora durante la vigencia de la póliza, si el precio del servicio de sepelio pactado varía en razón de mayores costos de los elementos que lo componen, previa notificación a la Asegurada, con una anticipación de TREINTA (30) días, de los nuevos capitales asegurados y aceptación por parte de la misma.

Artículo 4° - Carácter del Beneficio

El beneficio de esta Cláusula es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la póliza y, en consecuencia, la Aseguradora no hará por tal concepto, deducción alguna de la suma asegurada a pagarse por cualquiera de ellos.

Artículo 5° - Comprobación de la Cobertura

Corresponde a los Parientes, Personas allegadas o Herederos Legales, según corresponda:

- a. Denunciar la ocurrencia del fallecimiento conforme el plazo definido en Condiciones Particulares, el cual nunca será inferior a los TRES (3) días, contados desde la ocurrencia del mismo, o desde que el denunciante conozca la existencia del beneficio, lo que fuera posterior, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.
- b. Presentar certificado de defunción original o copia certificada del mismo, y comprobante original de los gastos realizados por el Sepelio.
- c. Facilitar cualquier comprobación o aclaración, con gastos a cargo de la Aseguradora.

Si una Asegurada falleciera en circunstancias en que nadie se hiciera cargo del sepelio, la Aseguradora, si fuera notificada de ello, se hará cargo de los gastos que demande el sepelio hasta la concurrencia de la suma asegurada máxima.

Artículo 6° - Finalización de la Cobertura

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

- a. Cuando la Asegurada cumpla la Edad Máxima de Permanencia establecida en las Condiciones Particulares para la presente cláusula adicional. La continuidad de cobro de prima, luego del arribo a tal edad máxima, se considerará como prórroga de vigencia hasta finalizado el período de riesgo cubierto amparado por

dicha prima.

- b. Por la renuncia a continuar asegurada por la presente cláusula.
- c. Al caducar o rescindirse la presente cláusula adicional.

La renuncia a que se refiere el punto b), deberá ser comunicada por medio fehaciente a la Aseguradora por la Asegurada dentro de los TREINTA (30) días corridos desde la fecha en la cual se produjera dicho evento.

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

V - IND FEM- 3 - CLÁUSULA ADICIONAL - MUERTE ACCIDENTAL – COBERTURA ADICIONAL

Artículo 1° - Riesgo Cubierto

La Aseguradora concederá el beneficio que acuerda la presente cláusula cuando la Asegurada fallezca como consecuencia de lesiones corporales producidas directa y exclusivamente por un accidente, experimentadas dentro de los CIENTO OCHENTA (180) días del accidente, siempre que éste ocurra durante la vigencia de la presente cláusula detallada en las Condiciones Particulares. Se entenderá por “accidente” a todo hecho externo, violento, fortuito e independiente de la voluntad de la Asegurada.

Se excluyen expresamente los casos que sean consecuencia de enfermedades o infecciones de cualquier naturaleza.

Artículo 2° - Riesgos no Cubiertos

La Aseguradora no pagará el beneficio cuando el fallecimiento por accidente se produjera como consecuencia de los Riesgos no Cubiertos establecidos en el Anexo de Condiciones Particulares.

Artículo 3° - Beneficio

La Aseguradora, comprobado el accidente, abonará a los beneficiarios designados, la suma asegurada vigente a la fecha de ocurrencia del accidente, para la presente Cláusula Adicional indicada en las Condiciones Particulares.

El pago del beneficio se realizará dentro de los QUINCE (15) días de denunciado el fallecimiento o de recibidas las constancias y pruebas requeridas por la Aseguradora, establecidas en el Artículo 5°, lo que ocurra con posterioridad.

Artículo 4° - Carácter del Beneficio

La indemnización por accidente es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la póliza y, en consecuencia, la Aseguradora no hará por tal concepto, deducción alguna de la suma asegurada a pagarse por cualquiera de ellos.

Artículo 5° - Comprobación del Accidente

Corresponde al Beneficiario:

- a. Denunciar la ocurrencia del accidente conforme el plazo definido en Condiciones Particulares, el cual nunca será inferior a los TRES (3) días, contados desde la ocurrencia del mismo, o desde que el denunciante conozca la existencia del beneficio, lo que fuera posterior, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.
- b. Entregar copia legalizada de la partida de defunción.
- c. Presentar las constancias médicas y/o testimoniales; como así también las pruebas del accidente.
- d. Facilitar cualquier comprobación o aclaración, con gastos a cargo de la Aseguradora.

Artículo 6° - Valuación por Peritos

Si en la apreciación del evento surgieran divergencias entre las partes, las mismas serán definidas por DOS (2) médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los OCHO (8) días de su designación, a un tercer facultativo para el caso de divergencia.

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

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

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

Artículo 7° - Finalización de la Cobertura

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

- a. Cuando la Asegurada cumpla la Edad Máxima de Permanencia establecida en las Condiciones Particulares para la presente cláusula adicional. La continuidad de cobro de prima, luego del arribo a tal edad máxima, se considerará como prórroga de vigencia hasta finalizado el período de riesgo cubierto amparado por dicha prima.
- b. Por la renuncia a continuar asegurada por la presente cláusula.

c. Al caducar o rescindirse la presente cláusula adicional.

La renuncia a que se refiere el punto b), deberá ser comunicada por medio fehaciente a la Aseguradora por la Asegurada dentro de los TREINTA (30) días corridos desde la fecha en la cual se produjera dicho evento.

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

V - IND FEM- 4.1 - CLÁUSULA ADICIONAL - INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE: LIQUIDACIÓN DEL CAPITAL ASEGURADO – BENEFICIO SUSTITUTIVO

Artículo 1º - Riesgo Cubierto

La Aseguradora concederá a la Asegurada el beneficio que acuerda la presente cláusula cuando la misma se encuentre en un estado de invalidez total y permanente, como consecuencia de enfermedad o accidente, y dicho estado no le permita desempeñar por cuenta propia o en relación de dependencia cualquier actividad remunerativa, siempre que tal estado haya continuado ininterrumpidamente como mínimo por el plazo de espera indicado en Condiciones Particulares y se hubiese iniciado durante la vigencia de la presente cláusula detallada en dichas Condiciones.

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

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

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

Se excluyen expresamente los casos que afecten a la Asegurada en forma parcial o temporal.

Sin perjuicio de otras causas, la Aseguradora podrá reconocer como invalidez total y permanente las definidas en las Condiciones Particulares.

Artículo 2º - Riesgos no Cubiertos

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

Artículo 3° - Beneficio

La Aseguradora, comprobada la invalidez, abonará a la Asegurada una indemnización igual al capital asegurado definido en las Condiciones Particulares, dentro del plazo estipulado en el Artículo 49 segundo párrafo de la Ley de Seguros.

Artículo 4° - Carácter del Beneficio

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

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

Artículo 5° - Comprobación de la Invalidez

Corresponde a la Asegurada o su representante:

- a. Denunciar la existencia de la invalidez conforme el plazo definido en Condiciones Particulares, el cual nunca será inferior a los TRES (3) días, contados desde la ocurrencia del mismo, o desde que el denunciante conozca la existencia del beneficio, lo que fuera posterior, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.
- b. Presentar las constancias médicas y/o testimoniales de su comienzo y causas.
- c. Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta DOS (2) exámenes médicos por facultativos designados por la Aseguradora y con gastos a cargo de ésta.

Artículo 6° - Plazo de Prueba

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

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

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

Artículo 7° - Valuación por Peritos

Si en la apreciación del evento surgieran divergencias entre las partes, las mismas serán definidas por DOS (2) médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los OCHO (8) días de su designación, a un tercer facultativo para el caso de divergencia.

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

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

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

Artículo 8° - Finalización de la Cobertura

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

- a. Cuando la Asegurada cumpla la Edad Máxima de Permanencia establecida en las Condiciones Particulares para la presente cláusula. La continuidad de cobro de prima, luego del arribo a tal edad máxima, se considerará como prórroga de vigencia hasta finalizado el período de riesgo cubierto amparado por dicha prima.
- b. Por la renuncia a continuar asegurada por la presente cláusula.
- c. Al caducar o rescindirse la presente cláusula adicional.
- d. Por el pago del beneficio que acuerda la presente cláusula adicional.

La renuncia a que se refiere el punto b), deberá ser comunicada por medio fehaciente a la Aseguradora por la Asegurada dentro de los TREINTA (30) días corridos desde la fecha en la cual se produjera dicho evento.

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

V - IND FEM – 4.2 – CLÁUSULA ADICIONAL – INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE: LIQUIDACIÓN DEL CAPITAL ASEGURADO – BENEFICIO SUSTITUTIVO

Artículo 1° - Riesgo Cubierto

La Aseguradora concederá a la Asegurada el beneficio que acuerda la presente cláusula cuando la misma se encuentre en un estado de invalidez total y permanente, como consecuencia de accidente, y dicho estado no le permita desempeñar por cuenta propia o en relación de dependencia cualquier actividad remunerativa, siempre que tal estado haya continuado ininterrumpidamente como mínimo por el plazo de espera indicado en Condiciones Particulares y se hubiese iniciado durante la vigencia de la presente cláusula detallada en dichas Condiciones.

Se excluyen expresamente los casos que afecten a la Asegurada en forma parcial o temporal y aquellos que sean consecuencia de enfermedades o infecciones de cualquier naturaleza.

Se entenderá por “accidente” a todo hecho externo, violento, fortuito e independiente de la voluntad de la Asegurada.

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

Artículo 2º - Riesgos no Cubiertos

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

Artículo 3º - Beneficio

La Aseguradora, comprobada la invalidez, abonará a la Asegurada una indemnización igual al capital asegurado definido en las Condiciones Particulares, dentro del plazo estipulado en el Artículo 49 segundo párrafo de la Ley de Seguros.

Artículo 4º - Carácter del Beneficio

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

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

Artículo 5º - Comprobación de la Invalidez

Corresponde a la Asegurada o su representante:

- a. Denunciar la ocurrencia del accidente y la existencia de la invalidez conforme el plazo definido en

Condiciones Particulares, el cual nunca será inferior a los TRES (3) días, contados desde la ocurrencia del mismo, o desde que el denunciante conozca la existencia del beneficio, lo que fuera posterior, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.

- b. Presentar las constancias médicas y/o testimoniales de su comienzo y causas; como así también las constancias y pruebas del accidente que le diera origen;
- c. Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta DOS (2) exámenes médicos por facultativos designados por la Aseguradora y con gastos a cargo de ésta.
- d. Adoptar todas las medidas posibles conducentes a disminuir las consecuencias del accidente.

Artículo 6° - Plazo de Prueba

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

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

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

Artículo 7° - Valuación por Peritos

Si en la apreciación del evento surgieran divergencias entre las partes, las mismas serán definidas por DOS (2) médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los OCHO (8) días de su designación, a un tercer facultativo para el caso de divergencia.

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

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

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

Artículo 8° - Finalización de la Cobertura

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

- a. Cuando la Asegurada cumpla la Edad Máxima de Permanencia establecida en las Condiciones Particulares para la presente cláusula adicional. La continuidad de cobro de prima, luego del arribo a tal edad máxima, se considerará como prórroga de vigencia hasta finalizado el período de riesgo cubierto amparado por dicha prima.
- b. Por la renuncia a continuar asegurada por la presente cláusula.
- c. Al caducar o rescindirse la presente cláusula adicional.
- d. Por el pago del beneficio que acuerda la presente cláusula adicional.

La renuncia a que se refiere el punto b), deberá ser comunicada por medio fehaciente a la Aseguradora por la Asegurada dentro de los TREINTA (30) días corridos desde la fecha en la cual se produjera dicho evento.

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

V - IND FEM – 5.1 – CLÁUSULA ADICIONAL – INVALIDEZ TEMPORARIA – COBERTURA RETROACTIVA CON PAGO EN CUOTAS – BENEFICIO ADICIONAL

Artículo 1º - Riesgo Cubierto

La Aseguradora concederá a la Asegurada el beneficio que acuerda la presente cláusula cuando la misma se encuentre en un estado de invalidez temporal, como consecuencia de enfermedad o accidente, y dicho estado no le permita desempeñar por cuenta propia o en relación de dependencia su actividad habitual remunerativa, siempre que tal estado haya continuado ininterrumpidamente como mínimo por el plazo de espera indicado en Condiciones Particulares y se hubiese iniciado durante la vigencia de la presente cláusula detallada en dichas Condiciones.

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

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

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

Artículo 2º - Riesgos no Cubiertos

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

Artículo 3° - Beneficio

La Aseguradora, comprobada la invalidez, abonará a la Asegurada una cuota periódica cuyo importe se indica en las Condiciones Particulares por cada período completo que transcurra mientras subsista la invalidez transitoria. La cuota se comenzará a abonar una vez superado el Período de Espera y sujeto al valor máximo fijado por la “Cantidad Máxima de Cuotas Cubiertas Anuales”, estipulados ambos en las Condiciones Particulares.

Las cuotas devengadas durante el período de espera, se abonarán conjuntamente con la primera cuota devengada luego de dicho período, dentro del plazo estipulado en el Artículo 49 segundo párrafo de la Ley de Seguros.

Se define como “Cantidad Máxima de Cuotas Cubiertas Anuales” a la cantidad máxima de cuotas a la que la Asegurada tendrá derecho por cada año de vigencia de la cobertura para todos los eventos ocurridos en ese período.

El beneficio acordado por esta cláusula es recurrente y acumulativo hasta alcanzar la cantidad máxima de cuotas cubiertas anuales.

En cada nueva invalidez temporal de la Asegurada, se computará nuevamente el período de espera.

El período de espera se computará una única vez en los casos en que la invalidez temporal sea producto de un mismo hecho generador.

Artículo 4° - Carácter del Beneficio

El beneficio acordado por invalidez es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la póliza y, en consecuencia la Aseguradora no hará por tal concepto deducción alguna de la suma asegurada a pagarse por cualquiera de ellos.

Artículo 5° - Comprobación de la Invalidez

Corresponde Asegurada o su representante:

- a. Denunciar la existencia de la invalidez conforme el plazo definido en Condiciones Particulares, el cual nunca será inferior a los TRES (3) días, contados desde la ocurrencia del mismo, o desde que el denunciante conozca la existencia del beneficio, lo que fuera posterior, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.
- b. Presentar las constancias médicas y/o testimoniales de su comienzo y causas;
- c. Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta DOS (2) exámenes médicos por facultativos designados por la Aseguradora y con gastos a cargo de ésta.

Artículo 6° - Plazo de Prueba

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

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

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

Artículo 7° - Valuación por Peritos

Si en la apreciación del evento surgieran divergencias entre las partes, las mismas serán definidas por DOS (2) médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los OCHO (8) días de su designación, a un tercer facultativo para el caso de divergencia.

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

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

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

Artículo 8° - Continuidad de la Invalidez - Pago en Cuotas

No obstante haberse reconocido la invalidez de la Asegurada al acordarse el beneficio correspondiente, este sólo continuará mientras subsista ese estado y la Aseguradora podrá exigir en cualquier momento, pero no más de una vez por mes, las pruebas que estime necesarias respecto de la persistencia de la invalidez, incluso UN (1) examen médico por uno de sus facultativos con gastos a su cargo.

Si estas pruebas no pudieran realizarse dentro de los TREINTA (30) días de haberlas pedido en forma, salvo que se acredite caso fortuito o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia, o si la Asegurada dificultara su verificación o se hubiera recuperado de la invalidez, la Aseguradora suspenderá desde ese momento el pago de las cuotas.

Si la Asegurada fuera dada de alta de la invalidez temporaria que la afectaba, la cobertura de la presente cláusula se reducirá a la diferencia entre la cantidad de cuotas máximas por vigencia cubiertas y la cantidad de cuotas abonadas bajo esta cláusula.

Artículo 9º - Finalización de la Cobertura

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

- a. Cuando la Asegurada cumpla la Edad Máxima de Permanencia establecida en las Condiciones Particulares para la presente cláusula adicional. La continuidad de cobro de prima, luego del arribo a tal edad máxima, se considerará como prórroga de vigencia hasta finalizado el período de riesgo cubierto amparado por dicha prima.
- b. Por la renuncia a continuar asegurada por la presente cláusula.
- c. Al caducar o rescindirse la presente cláusula adicional.
- d. A partir de haberse efectuado pagos en virtud de esta cláusula adicional que alcancen el valor máximo del beneficio. Sin perjuicio de la presente causal de finalización de cobertura, la misma podrá ser contratada nuevamente, previo consentimiento de la Aseguradora.

La renuncia a que se refiere el punto b), deberá ser comunicada por medio fehaciente a la Aseguradora por la Asegurada dentro de los TREINTA (30) días corridos desde la fecha en la cual se produjera dicho evento.

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

V - IND FEM -5.2 – CLÁUSULA ADICIONAL – INVALIDEZ TEMPORARIA POR ACCIDENTE – COBERTURA RETROACTIVA CON PAGO PERIÓDICO EN CUOTAS – BENEFICIO ADICIONAL

Artículo 1º - Riesgo Cubierto

La Aseguradora concederá a la Asegurada el beneficio que acuerda la presente cláusula cuando la misma se encuentre en un estado de invalidez temporal, como consecuencia de accidente, y dicho estado no le permita desempeñar por cuenta propia o en relación de dependencia su actividad habitual remunerativa, siempre que tal estado haya continuado ininterrumpidamente como mínimo por el plazo de espera indicado en Condiciones Particulares y se hubiese iniciado durante la vigencia de la presente cláusula detallada en dichas Condiciones.

Se entenderá por “accidente” a todo hecho externo, violento, fortuito e independiente de la voluntad de la Asegurada.

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

estado de invalidez temporal.

Artículo 2° - Riesgos no Cubiertos

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

Artículo 3° - Beneficio

La Aseguradora, comprobada la invalidez, abonará a la Asegurada una cuota periódica cuyo importe se indica en las Condiciones Particulares por cada período completo que transcurra mientras subsista la invalidez transitoria. La cuota se comenzará a abonar una vez superado el Período de Espera y sujeto al valor máximo fijado por la “Cantidad Máxima de Cuotas Cubiertas Anuales”, estipulados ambos en las Condiciones Particulares.

Las cuotas devengadas durante el período de espera, se abonarán conjuntamente con la primera cuota devengada luego de dicho período, dentro del plazo estipulado en el Artículo 49 segundo párrafo de la Ley de Seguros.

Se define como “Cantidad Máxima de Cuotas Cubiertas Anuales” a la cantidad máxima de cuotas a la que la Asegurada tendrá derecho por cada año de vigencia de la cobertura para todos los eventos ocurridos en ese período.

El beneficio acordado por esta cláusula es recurrente y acumulativo hasta alcanzar la cantidad máxima de cuotas cubiertas anuales.

En cada nueva invalidez temporal de la Asegurada, se computará nuevamente el período de espera. El período de espera se computará una única vez en los casos en que la invalidez temporal sea producto de un mismo hecho generador.

Artículo 4° - Carácter del Beneficio

El beneficio acordado por invalidez es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la póliza y, en consecuencia la Aseguradora no hará por tal concepto deducción alguna de la suma asegurada a pagarse por cualquiera de ellos.

Artículo 5° - Comprobación de la Invalidez

Corresponde a la Asegurada o su representante:

- a. Denunciar la existencia de la invalidez conforme el plazo definido en Condiciones Particulares, el cual nunca será inferior a los TRES (3) días, contados desde la ocurrencia del mismo, o desde que el denunciante conozca la existencia del beneficio, lo que fuera posterior, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.

- b. Presentar las constancias médicas y/o testimoniales de su comienzo y causas;
- c. Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta DOS (2) exámenes médicos por facultativos designados por la Aseguradora y con gastos a cargo de ésta.
- d. Adoptar todas las medidas posibles conducentes a disminuir las consecuencias del accidente.

Artículo 6° - Plazo de Prueba

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

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

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

Artículo 7° - Valuación por Peritos

Si en la apreciación del evento surgieran divergencias entre las partes, las mismas serán definidas por DOS (2) médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los OCHO (8) días de su designación, a un tercer facultativo para el caso de divergencia.

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

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

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

Artículo 8° - Continuidad de la Invalidez - Pago en Cuotas

No obstante haberse reconocido la invalidez de la Asegurada al acordarse el beneficio correspondiente, este sólo continuará mientras subsista ese estado y la Aseguradora podrá exigir en cualquier momento, pero no más de una vez por mes, las pruebas que estime necesarias respecto de la persistencia de la invalidez, incluso UN (1) examen médico por uno de sus facultativos con gastos a su cargo.

Si estas pruebas no pudieran realizarse dentro de los TREINTA (30) días de haberlas pedido en forma, salvo que se acredite caso fortuito o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia, o si la Asegurada dificultara su verificación o se hubiera recuperado de la invalidez, la Aseguradora suspenderá desde ese momento el pago de las cuotas.

Si la Asegurada fuera dada de alta de la invalidez temporaria que la afectaba, la cobertura de la presente cláusula se reducirá a la diferencia entre la cantidad de cuotas máximas por vigencia cubiertas y la cantidad de cuotas abonadas bajo esta cláusula.

Artículo 9º - Finalización de la Cobertura

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

- a. Cuando la Asegurada cumpla la Edad Máxima de Permanencia establecida en las Condiciones Particulares para la presente cláusula adicional. La continuidad de cobro de prima, luego del arribo a tal edad máxima, se considerará como prórroga de vigencia hasta finalizado el período de riesgo cubierto amparado por dicha prima.
- b. Por la renuncia a continuar asegurada por la presente cláusula.
- c. Al caducar o rescindirse la presente cláusula adicional.
- d. A partir de haberse efectuado pagos en virtud de esta cláusula adicional que alcancen el valor máximo del beneficio. Sin perjuicio de la presente causal de finalización de cobertura, la misma podrá ser contratada nuevamente, previo consentimiento de la Aseguradora.

La renuncia a que se refiere el punto b), deberá ser comunicada por medio fehaciente a la Aseguradora por la Asegurada dentro de los TREINTA (30) días corridos desde la fecha en la cual se produjera dicho evento.

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

V - IND FEM - 6 – CLÁUSULA ADICIONAL – DIAGNÓSTICO DE CÁNCER FEMENINO– BENEFICIO ADICIONAL

Artículo 1º - Riesgo Cubierto

La Aseguradora concederá a la Asegurada el beneficio que acuerda la presente cláusula cuando a la misma le haya sido diagnosticado Cáncer, siempre que el diagnóstico ocurra durante la vigencia de la presente cláusula definida en las Condiciones Particulares.

Los cánceres cubiertos serán aquellos definidos en las Condiciones Particulares. Se entenderá por Cáncer a la presencia de un tumor maligno caracterizado por el crecimiento y expansión incontrolables de células malignas,

con invasión y destrucción del tejido normal.

Artículo 2° - Riesgos no Cubiertos

La Aseguradora no pagará la indemnización cuando el diagnóstico de cáncer sea consecuencia de los Riesgos no Cubiertos establecidos en el Anexo de Condiciones Particulares.

Artículo 3° - Beneficio

La Aseguradora, comprobado el diagnóstico de cáncer cubierto, abonará a la Asegurada el beneficio estipulado en las Condiciones Particulares.

El pago del beneficio se realizará dentro de los QUINCE (15) días de notificado el diagnóstico de cáncer o de recibidas las constancias y pruebas requeridas por la Aseguradora, establecidas en el Artículo 5°, lo que ocurra con posterioridad.

Artículo 4° - Carácter del Beneficio

La indemnización por diagnóstico de cáncer es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la póliza y, en consecuencia, la Aseguradora no hará por tal concepto, deducción alguna de la suma asegurada a pagarse por cualquiera de ellos.

Artículo 5° - Comprobación del Diagnóstico de Cáncer

Corresponde a la Asegurada o su representante:

- a. Denunciar cualquier diagnóstico de cáncer cubierto conforme el plazo definido en Condiciones Particulares, el cual nunca será inferior a los TRES (3) días, contados desde la ocurrencia del mismo, o desde que el denunciante conozca la existencia del beneficio, lo que fuera posterior, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.
- b. Presentar las constancias médicas y/o testimoniales de su comienzo y causas.
- c. Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta DOS (2) exámenes médicos por facultativos designados por la Aseguradora y con gastos a cargo de ésta.

Artículo 6° - Plazo de Prueba

La Aseguradora dentro de los QUINCE (15) días de recibida la denuncia y/o las constancias a las que se refiere el artículo anterior, contados desde la fecha que sea posterior, deberá comunicar a la Asegurada la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. Si las comprobaciones a las que se refiere el Artículo 5° no resultaran concluyentes en cuanto al diagnóstico de cáncer, la Aseguradora podrá ampliar el plazo de prueba

por un término no mayor a TREINTA (30) días, a fin de confirmar el diagnóstico.

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

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

Artículo 7° - Valuación por Peritos

Si en la apreciación del evento surgieran divergencias entre las partes, las mismas serán definidas por DOS (2) médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los OCHO (8) días de su designación, a un tercer facultativo para el caso de divergencia.

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

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

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

Artículo 8° - Finalización de la Cobertura

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

- a. Cuando la Asegurada cumpla la Edad Máxima de Permanencia establecida en las Condiciones Particulares para la presente cláusula adicional. La continuidad de cobro de prima, luego del arribo a tal edad máxima, se considerará como prórroga de vigencia hasta finalizado el período de riesgo cubierto amparado por dicha prima.
- b. Por la renuncia a continuar asegurada por la presente cláusula.
- c. Al caducar o rescindirse la presente cláusula adicional.
- d. Por el pago del beneficio que acuerda la presente cláusula adicional.

La renuncia a que se refiere el punto b), deberá ser comunicada por medio fehaciente a la Aseguradora por la Asegurada dentro de los TREINTA (30) días corridos desde la fecha en la cual se produjera dicho evento.

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

**V - IND FEM - 7 – CLÁUSULA ADICIONAL – RENTA DIARIA POR TRABAJO DE PARTO –
BENEFICIO ADICIONAL**

Artículo 1º - Riesgos Cubiertos

La Aseguradora concederá a la Asegurada el beneficio que acuerda la presente cláusula cuando la misma, por indicación de un médico, exceda las 48 horas de internación post parto en un Establecimiento Asistencial, que reúna las características definidas en esta Cláusula Adicional, siempre que ésta ocurra durante la vigencia de la presente cláusula definida en las Condiciones Particulares.

Artículo 2º - Riesgos no Cubiertos

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

Artículo 3º - Beneficio

La Aseguradora, recibidas las constancias de internación, abonará a la Asegurada por cada día que hubiera estado internado en exceso del Periodo de Espera, la renta diaria indicada en las Condiciones Particulares.

La renta diaria se comenzará a abonar a partir de las 48 horas posteriores al parto, tiempo establecido como Periodo de Espera. El beneficio estará siempre sujeto al valor máximo fijado por el “Plazo Máximo de Cobertura”, estipulado en las Condiciones Particulares.

Se define como “Plazo Máximo de Cobertura” a la cantidad máxima de días por internación a la que la Asegurada tendrá derecho.

Se entiende por “Día de Internación” a todo período de VEINTICUATRO (24) horas que comprende la estadía durante la noche en un establecimiento asistencial.

La internación podrá tener lugar en varios establecimientos asistenciales en forma alternada, mientras la misma no sea interrumpida.

En el caso de internaciones sucesivas a causa del parto en cuestión, separadas por intervalos menores a un mes, cada período de internación será considerado como continuación del anterior, a efectos de computar la Cantidad Máxima de días cubiertos.

El pago del beneficio se realizará dentro de los QUINCE (15) días de notificada la internación o de recibidas las constancias y pruebas requeridas por la Aseguradora, establecidas en el Artículo 6º, lo que ocurra con posterioridad.

El monto a abonar corresponderá al Capital Asegurado de esta cobertura vigente al primer día de internación.

Todo incremento en el Capital Asegurado efectuado con posterioridad a dicha fecha será considerado nulo a los efectos del otorgamiento de este beneficio.

Artículo 4° - Carácter del Beneficio

La indemnización por internación acordada por esta cláusula es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la póliza y, en consecuencia, la Aseguradora no hará por tal concepto, deducción alguna de la suma asegurada a pagarse por cualquiera de ellos.

Artículo 5° - Establecimiento Asistencial

Se entenderá por Establecimiento Asistencial al establecimiento público o privado legalmente autorizado para el tratamiento médico, provisto con facilidades para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas. Dicho establecimiento deberá estar atendido por un Médico durante las VEINTICUATRO (24) horas del día y los tratamientos que se ofrezcan en él deberán ser realizados por personal médico calificado.

Artículo 6° - Comprobación de la Internación

Corresponde a la Asegurada o su representante:

- a. Denunciar la internación en un establecimiento asistencial conforme el plazo definido en Condiciones Particulares, el cual nunca será inferior a los TRES (3) días, contados desde la ocurrencia del mismo, o desde que el denunciante conozca la existencia del beneficio, lo que fuera posterior, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.
- b. Presentar las constancias médicas y/o testimoniales de sus causas.

Artículo 7° - Plazo de Prueba

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

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

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

Artículo 8º - Valuación por Peritos

Si en la apreciación del evento surgieran divergencias entre las partes, las mismas serán definidas por DOS (2) médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los OCHO (8) días de su designación, a un tercer facultativo para el caso de divergencia.

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

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

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

Artículo 9º - Finalización de la Cobertura

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

- a. Cuando la Asegurada cumpla la Edad Máxima de Permanencia establecida en las Condiciones Particulares para la presente cláusula adicional. La continuidad de cobro de prima, luego del arribo a tal edad máxima, se considerará como prórroga de vigencia hasta finalizado el período de riesgo cubierto amparado por dicha prima.
- b. Por la renuncia a continuar asegurada por la presente cláusula.
- c. Al caducar o rescindirse la presente cláusula adicional.
- d. A partir de haberse efectuado pagos en virtud de esta cláusula adicional que alcancen el valor máximo del beneficio. Sin perjuicio de la presente causal de finalización de cobertura, la misma podrá ser contratada nuevamente, previo consentimiento de la Aseguradora.

La renuncia a que se refiere el punto b), deberá ser comunicada por medio fehaciente a la Aseguradora por la Asegurada dentro de los TREINTA (30) días corridos desde la fecha en la cual se produjera dicho evento.

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

NOTA: Deberá tarifarse por separado para mujeres gestantes y aquellas que aún no han concebido.

V - IND FEM - 8 – CLÁUSULA ADICIONAL – CONTAGIO ACCIDENTAL DE VIH EN EL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN MÉDICA O PARAMÉDICA – BENEFICIO ADICIONAL

Artículo 1° - Riesgo Cubierto

La Aseguradora concederá a la Asegurada el beneficio que acuerda la presente cláusula cuando como consecuencia de un accidente derivado directamente del ejercicio de su profesión médica o paramédica, le haya sido diagnosticado por primera vez el Virus de Inmuno Deficiencia Humana (VIH) durante la vigencia de la presente cláusula detallada en las Condiciones Particulares.

Se entiende por accidente derivado directamente del ejercicio de su profesión médica o paramédica a algún contacto cutáneo, subcutáneo o de mucosas con fluidos o tejidos corporales de un individuo que pudiere generar la infección de VIH (Virus de Inmuno Deficiencia Humana), sufrido por la Asegurada exclusivamente por el ejercicio de su profesión médica o paramédica, en todos los lugares de trabajo y siempre que se cumplan las medidas de bioseguridad dictadas por el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación.

Artículo 2° - Riesgos no Cubiertos

La Aseguradora no pagará la indemnización cuando el diagnóstico de VIH de una Asegurada se produjera como consecuencia de los Riesgos no Cubiertos establecidos en el Anexo de Condiciones Particulares.

Artículo 3° - Beneficio

La Aseguradora, comprobado el padecimiento definido en el Artículo 1° abonará a la Asegurada, la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares.

El pago del beneficio se realizará dentro de los QUINCE (15) días de notificado el diagnóstico o de recibidas las constancias y pruebas requeridas por la Aseguradora, establecidas en el Artículo 5°, lo que ocurra con posterioridad.

Artículo 4° - Carácter del Beneficio

La indemnización por esta cobertura es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la póliza y, en consecuencia, la Aseguradora no hará por tal concepto, deducción alguna de la suma asegurada a pagarse por cualquiera de ellos.

Artículo 5° - Comprobación del Accidente

Corresponde a la Asegurada o su representante:

- a. Denunciar la ocurrencia del accidente conforme el plazo definido en Condiciones Particulares, el cual nunca será inferior a los TRES (3) días, contados desde la ocurrencia del mismo, o desde que el denunciante conozca la existencia del beneficio, lo que fuera posterior, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.
- b. Presentar las constancias médicas y/o testimoniales; como así también las pruebas del accidente.
- c. Asimismo, deberá presentar una constancia de que en el momento del accidente la Asegurada es VIH negativo. El test correspondiente deberá efectuarse dentro de las CUARENTA Y OCHO (48) horas de producirse el accidente y los gastos de realización del mismo serán a cargo de la Aseguradora.
- d. Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta DOS (2) exámenes médicos por facultativos designados por la Aseguradora y con gastos a cargo de ésta.

Artículo 6° - Valuación por Peritos

Si en la apreciación del evento surgieran divergencias entre las partes, las mismas serán definidas por DOS (2) médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los OCHO (8) días de su designación, a un tercer facultativo para el caso de divergencia.

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

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

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

Artículo 7° - Finalización de la Cobertura

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

- a. Cuando la Asegurada cumpla la Edad Máxima de Permanencia establecida en las Condiciones Particulares para la presente cláusula adicional. La continuidad de cobro de prima, luego del arribo a tal edad máxima, se considerará como prórroga de vigencia hasta finalizado el período de riesgo cubierto amparado por dicha prima.
- b. Por la renuncia a continuar asegurada por la presente cláusula.
- c. Al caducar o rescindirse la presente cláusula adicional.
- d. Por el pago del beneficio que acuerda la presente cláusula adicional.

La renuncia a que se refiere el punto b), deberá ser comunicada por medio fehaciente a la Aseguradora por la Asegurada dentro de los TREINTA (30) días corridos desde la fecha en la cual se produjera dicho evento.

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

V - IND FEM - 9 – CLÁUSULA ADICIONAL – FERTILIDAD – BENEFICIO ADICIONAL

Artículo 1° - Riesgo Cubierto

La Aseguradora concederá a la Asegurada el beneficio que acuerda la presente cláusula cuando la misma haya cursado sin éxito al menos $n^{[1]}$ tratamientos anuales con técnicas de reproducción médicamente asistida, siempre que el último realizado ocurra durante la vigencia de la presente cláusula definida en las Condiciones Particulares.

Se entiende por técnicas de reproducción médicamente asistida a todos los tratamientos o procedimientos para la consecución de un embarazo. Se consideran técnicas de baja complejidad a aquellas que tienen por objeto la unión entre óvulo y espermatozoide en el interior del sistema reproductor femenino, lograda a través de la inducción de ovulación, estimulación ovárica controlada, desencadenamiento de la ovulación e inseminación intrauterina, intracervical o intravaginal, con semen de la pareja o donante. Se entiende por técnicas de alta complejidad a aquellas donde la unión entre óvulo y espermatozoide tiene lugar por fuera del sistema reproductor femenino, incluyendo a la fecundación in vitro y la inyección intracitoplasmática de espermatozoide.

Artículo 2° - Riesgos no Cubiertos

La Aseguradora no pagará la indemnización cuando la cobertura se active cumpliendo los Riesgos no Cubiertos establecidos en el Anexo de Condiciones Particulares.

Artículo 3° - Beneficio

La Aseguradora, comprobado el resultado negativo del n -ésimo tratamiento de reproducción asistida, abonará a la Asegurada el beneficio estipulado en las Condiciones Particulares.

El pago del beneficio se realizará dentro de los QUINCE (15) días de recibidas las constancias y pruebas requeridas por la Aseguradora, establecidas en el Artículo 5°, lo que ocurra con posterioridad.

Artículo 4° - Carácter del Beneficio

La indemnización por fertilidad es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la póliza y, en consecuencia, la Aseguradora no hará por tal concepto, deducción alguna de la suma asegurada a pagarse por cualquiera de ellos.

Artículo 5° - Comprobación del Diagnóstico

Corresponde a la Asegurada o su representante:

- a. Denunciar cualquier diagnóstico conforme el plazo definido en Condiciones Particulares, el cual nunca será inferior a los TRES (3) días, contados desde la ocurrencia del mismo, o desde que el denunciante conozca la existencia del beneficio, lo que fuera posterior, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.
- b. Presentar las constancias médicas y/o testimoniales de los tratamientos cursados y sus resultados,
- c. Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta DOS (2) exámenes médicos por facultativos designados por la Aseguradora y con gastos a cargo de ésta.

Artículo 6° - Plazo de Prueba

La Aseguradora dentro de los QUINCE (15) días de recibida la denuncia y/o las constancias a las que se refiere el artículo anterior, contados desde la fecha que sea posterior, deberá comunicar a la Asegurada la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. Si las comprobaciones a las que se refiere el Artículo 5° no resultaran concluyentes en cuanto al diagnóstico, la Aseguradora podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor a TREINTA (30) días, a fin de confirmar el diagnóstico.

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

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

Artículo 7° - Valuación por Peritos

Si en la apreciación del evento surgieran divergencias entre las partes, las mismas serán definidas por DOS (2) médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los OCHO (8) días de su designación, a un tercer facultativo para el caso de divergencia.

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

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

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

Artículo 8º - Finalización de la Cobertura

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

- a. Cuando la Asegurada cumpla la Edad Máxima de Permanencia establecida en las Condiciones Particulares para la presente cláusula adicional. La continuidad de cobro de prima, luego del arribo a tal edad máxima, se considerará como prórroga de vigencia hasta finalizado el período de riesgo cubierto amparado por dicha prima.
- b. Por la renuncia a continuar asegurada por la presente cláusula.
- c. Al caducar o rescindirse la presente cláusula adicional.
- d. Por el pago del beneficio que acuerda la presente cláusula adicional.
- e. La renuncia a que se refiere el punto b), deberá ser comunicada por medio fehaciente a la Aseguradora por la Asegurada dentro de los TREINTA (30) días corridos desde la fecha en la cual se produjera dicho evento.

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

NOTA: La contratación de la presente cobertura deberá realizarse previo al desarrollo del primer tratamiento de baja o alta complejidad. En la solicitud deberá constar la pregunta correspondiente.

[1] *Dependiendo de las estadísticas obtenidas para lograr una tarifa consistente, asimismo podrá definirse un n según tratamientos de alta o baja complejidad.*

V - IND FEM - 10- CLÁUSULA ADICIONAL – AGRAVACIÓN DEL RIESGO

Se entiende por agravación del riesgo asumido, cualquier cambio de circunstancia con posterioridad a la celebración del contrato que si hubiese existido al tiempo de la celebración, a juicio de peritos hubiera impedido este contrato o modificado sus condiciones. Se consideran agravaciones del riesgo únicamente aquellas que provengan del cambio de la profesión o de la actividad declaradas.

La Asegurada deberá denunciar a la Aseguradora las agravaciones del riesgo asumido, causadas por un hecho suyo antes de que se produzcan; y las debidas a un hecho ajeno, inmediatamente después de conocerlas.

Cuando la agravación se deba a un hecho de la Asegurada, la cobertura queda suspendida. La Aseguradora en el término de SIETE (7) días deberá notificar su decisión de rescindir.

Cuando la agravación resulte de un hecho ajeno a la Asegurada, la Aseguradora deberá notificarle su decisión de

rescindir dentro del término de UN (1) mes y con un preaviso de SIETE (7) días.

Pero si el riesgo no se hubiera asumido según las prácticas comerciales de la Aseguradora, la cobertura queda suspendida y la Aseguradora en el término de SIETE (7) días deberá notificar su decisión de rescindir.

Si la Aseguradora hubiera otorgado la cobertura por un costo mayor, el mismo se ajustará según el verdadero riesgo asumido.

NOTA SUSCRIPCIÓN: La presente cláusula únicamente podrá ser aplicada en caso de que la entidad requiera la notificación de agravaciones del riesgo que provengan de la modificación de la profesión o de la actividad declaradas.