

Seguro de Vida Individual Online

Condiciones Generales



Condiciones Generales

Seguro de Vida Individual Online

Ante cualquier consulta, comuníquese con nuestro

Centro de Atención al Cliente:

0-800-999-4100

De lunes a viernes de 09:30 a 19 hs.

(Línea sin costo de larga distancia).

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

Índice

• ANEXO I - Riesgos no Cubiertos	4
• ANEXO 100 - Condiciones Generales - Seguro Temporal en Grupo Renovable Anualmente	9
- CLÁUSULA 101 - Incremento Automático Anual de Capitales Asegurados	17
• ANEXO 120 - Cláusula de Invalidez Total y Permanente Liquidación del Capital Asegurado	18
• ANEXO 200 - Cláusula de Accidente - Indemnización Adicional por Accidente	20
• ANEXO 250 - Pago Parcial Anticipado de la Indemnización por Fallecimiento en Caso de Enfermedad Terminal	23
• ANEXO 270 - Cobertura en Caso de Muerte Simultánea del Asegurado y su Cónyuge	25
• ANEXO 290 - Beneficio Adicional por Hijo Póstumo	26
• ANEXO 310 - Cobertura de Trasplantes	27

SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL ONLINE

CONDICIONES GENERALES

ANEXO I - RIESGOS NO CUBIERTOS

La Compañía no pagará la indemnización cuando el fallecimiento de un Asegurado se produjera por alguna de las siguientes causas:

- a) Suicidio voluntario del Asegurado, salvo que este contrato haya estado en vigor ininterrumpidamente durante un año como mínimo;
- b) Si es provocada deliberadamente por acto ilícito del Tomador del presente seguro, excepto que el pago de la prima este a cargo del Asegurado; o en caso de accidente si es provocado por dolo o culpa grave del Asegurado;
- c) Por duelo o riña, salvo que se tratase de legítima defensa, empresa o acto criminal o aplicación legítima de la pena de muerte;
- d) Acto de guerra civil o internacional, guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo;

- e) Abuso del alcohol, drogas, estupefacientes, narcóticos o estimulantes;
- f) Someterse a intervenciones médicas o quirúrgicas ilícitas;
- g) Por la práctica o el uso de la navegación aérea, salvo como pasajero en líneas regulares, o por otras ascensiones aéreas o aladeltismo;
- h) Por la participación en viajes o prácticas deportivas submarinas o subacuáticas o escalamiento de montaña;
- i) Competir en pruebas de pericia y/o velocidad con vehículos mecánicos o de tracción a sangre o en justas hípicas, o cualquier otra prueba análoga;
- j) Intervenir en pruebas de prototipos de aviones, automóviles y otros vehículos de propulsión mecánica;
- k) Desempeño paralelo de las profesiones de acróbata, buzo, jockey y domador de potros o fieras y/o prácticas de deportes o actividades peligrosas como alpinismo, andinismo, esquí acuático o de montaña, motonáutica u otras actividades análogas y manipuleo de explosivos y/o armas o con exposición a radiaciones atómicas, salvo pacto en contrario;
- l) Acontecimientos catastróficos originados por reacciones nucleares.

CLÁUSULA DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE LIQUIDACIÓN DEL CAPITAL ASEGURADO EN UN SOLO PAGO

La Compañía no pagará la indemnización cuando la invalidez del Asegurado se produjera por alguna de las siguientes causas:

- a) Tentativa de suicidio voluntario del Asegurado.
- b) Si es provocada deliberadamente por acto ilícito del Tomador del presente seguro, excepto que el pago de la prima este a cargo del Asegurado, o en caso de accidente si es provocado por dolo o culpa grave

del Asegurado

- c) Por duelo o riña, salvo que se tratase de legítima defensa; empresa o acto criminal o aplicación legítima de la pena de muerte;
- d) Acto de guerra civil o internacional, guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo;
- e) Abuso del alcohol, drogas, estupefacientes, narcóticos o estimulantes;
- f) Someterse a intervenciones médicas o quirúrgicas ilícitas;
- g) Por la práctica o el uso de la navegación aérea, salvo como pasajero en líneas regulares, o por ascensiones aéreas o aladeltismo;
- h) Por la participación en viajes o prácticas deportivas submarinas o subacuáticas o escalamiento de montaña;
- i) Competir en pruebas de pericia y/o velocidad con vehículos mecánicos o de tracción a sangre o en justas hípicas, o cualquier otra prueba análoga;
- j) Intervenir en pruebas de prototipos de aviones, automóviles y otros vehículos de propulsión mecánica;
- k) Desempeño paralelo de las profesiones de acróbata, buzo, jockey y domador de potros o fieras y/o la práctica de deportes o actividades peligrosas como alpinismo, andinismo, esquí acuático o de montaña, motonáutica u otras actividades análogas y manipuleo de explosivos y/o armas o con exposición a radiaciones atómicas, salvo pacto en contrario;
- l) Acontecimientos catastróficos originados por reacciones nucleares.

INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR ACCIDENTE

La Compañía no pagará la indemnización cuando el accidente se produzca por alguna de las siguientes causas:

- a) Tentativa de suicidio voluntario del Asegurado; salvo que este contrato haya estado en vigor ininterrumpidamente durante un año como mínimo;
- b) Si es provocada deliberadamente por acto ilícito del Tomador del presente seguro, excepto que el pago de la prima este a cargo del Asegurado; o en caso de accidente si es provocado por dolo o culpa grave del Asegurado
- c) Por duelo o riña, salvo que se tratase de legítima defensa; empresa o acto criminal o aplicación legítima de la pena de muerte;
- d) Acto de guerra civil o internacional, guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo;
- e) Abuso del alcohol, drogas, estupefacientes, narcóticos o estimulantes;
- f) Someterse a intervenciones médicas o quirúrgicas ilícitas;
- g) Por la práctica o el uso de la navegación aérea, salvo como pasajero en líneas regulares, o por ascensiones aéreas o aladeltismo;
- h) Por la participación en viajes o prácticas deportivas submarinas o subacuáticas o escalamiento de montaña;
- i) Competir en pruebas de pericia y/o velocidad con vehículos mecánicos o de tracción a sangre o en justas hípicas, o cualquier otra prueba análoga;
- j) Intervenir en pruebas de prototipos de aviones, automóviles y otros vehículos de propulsión mecánica;
- k) Desempeño paralelo de las profesiones de acróbata, buzo, jockey y domador de potros o fieras y/o la práctica de deportes o actividades peligrosas como alpinismo, andinismo, esquí acuático o de montaña, motonáutica u otras actividades análogas y manipuleo de explosivos y/o armas o con exposición a radiaciones atómicas, salvo pacto en contrario;

- l) Acontecimientos catastróficos originados por reacciones nucleares.
- m) Inhalación de gases o envenenamientos de cualquier naturaleza;
- n) Fenómenos sísmicos, huracanes;
- ñ) Actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por ninguna necesidad profesional, salvo en caso de tentativa de salvamento de vidas o bienes.

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

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

- a) Tentativa de suicidio voluntario del Asegurado.
- b) Si es provocada deliberadamente por acto ilícito del Tomador del presente seguro, excepto que el pago de la prima esté a cargo del Asegurado; o en caso de accidente si es provocado por dolo o culpa grave del Asegurado;
- c) Por duelo o riña, salvo que se tratase de legítima defensa; empresa o acto criminal o aplicación legítima de pena de muerte;
- d) Acto de guerra civil o internacional, guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo;
- e) Abuso del alcohol, drogas, estupefacientes, narcóticos o estimulantes;
- f) Someterse a intervenciones médicas o quirúrgicas ilícitas;
- g) Por la práctica o el uso de la navegación aérea, salvo como pasajero en líneas regulares, o por ascensiones aéreas o aladeltismo;
- h) Por la participación en viajes o prácticas deportivas submarinas o

- subacuáticas o escalamiento de montaña;
- i) Competir en pruebas de pericia y/o velocidad con vehículos mecánicos o de tracción a sangre o en justas hípicas, o de cualquier prueba análoga;
- j) Intervenir en pruebas de prototipos de aviones, automóviles y otros vehículos de propulsión mecánica;
- k) Desempeño paralelo de las profesiones de acróbata, buzo, jockey y domador de potros o fieras y/o prácticas de deportes o actividades peligrosas como alpinismo, andinismo, esquí acuático o de montaña, motonáutica u otras actividades análogas y manipuleo de explosivos y/o armas o con exposición a radiaciones atómicas, salvo pacto en contrario;
- l) Acontecimientos catastróficos originados por radiaciones nucleares.
- m) Autolesión: Acción directa, física o mecánica que una persona asegurada ejerce o hace ejercer sobre su propio cuerpo y que tiene como consecuencia la destrucción de un órgano o miembro.

COBERTURA EN CASO DE MUERTE SIMULTÁNEA DEL ASEGURADO Y SU CÓNYUGE

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

- a) heridas o lesiones, producidos en el lugar o dentro de las horas de trabajo;
- b) tentativa de suicidio voluntario o culpa grave del Asegurado;
- c) duelo, riña, salvo que se tratase de legítima defensa; Huelga o tumulto popular en que hubiese participado como elemento activo; Revolución; o empresa criminal;
- d) abuso del alcohol, drogas o narcóticos;
- e) acciones de guerra, declarada o no, dentro o fuera del país;

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

BENEFICIO ADICIONAL POR HIJO PÓSTUMO

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

- a) Participación como conductor o integrante de equipo en competencias de pericia o velocidad, con vehículos mecánicos o de tracción a sangre, o en justas hípicas (saltos de vallas o carreras con obstáculos);
- b) Intervención en las pruebas de prototipos de aviones, automóviles u otros vehículos de propulsión mecánica;
- c) práctica o utilización de la aviación, salvo como pasajero en servicios de

- transporte aéreo regular,
- d) intervención en otras ascensiones aéreas o en operaciones o viajes submarinos;
- e) guerra que no comprenda a la Nación Argentina; en caso de comprenderla, las obligaciones del Administrador y de los asegurados, así como las de la Compañía, se regirán por las normas que, en tal emergencia dictaren las autoridades competentes.
- f) suicidio voluntario, salvo que el seguro individual haya estado en vigor ininterrumpidamente por lo menos durante los dos años anteriores al hecho.
- g) participación en empresa criminal o aplicación legítima de la pena de muerte
- h) acontecimientos catastróficos originados por la energía atómica.

COBERTURA DE TRASPLANTES

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

- a) Tentativa de suicidio voluntario del Asegurado;
- b) En caso de accidente provocado por dolo o culpa grave del Asegurado;
- c) Por duelo o riña, salvo que se tratase de legítima defensa; participación en empresa o acto criminal;
- d) Acto de guerra civil o internacional, guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo.
- e) Abuso del alcohol, drogas, estupefacientes, narcóticos o estimulantes;
- f) Someterse a intervenciones médicas o quirúrgicas ilícitas; tratamientos no autorizados legalmente o de carácter experimental o realizados

en instituciones o por personal legalmente no habilitado teniendo conocimiento de tal circunstancia;

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

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

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

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

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

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

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

n) Actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por ninguna necesidad profesional, salvo en caso de salvar vidas o bienes;

o) Accidentes derivados del uso de motonetas, motocicletas, motos o similares vehículos;

p) Inhalaciones de gases o envenenamientos de cualquier naturaleza;

q) No se cubrirán enfermedades preexistentes a la fecha de vigencia del contrato que sean causa de un diagnóstico de trasplante futuro;

r) Ningún pago se hará efectivo bajo este seguro si la necesidad de un trasplante ha sido diagnosticada durante un período de 120 días desde la fecha de inicio de la presente cláusula adicional.

s) Se excluyen trasplantes de médula ósea secundarios a aplasias medulares provocados por tratamientos oncológicos que requieran autotrasplante de células medulares.

Solo están incluidos los trasplantes de médula ósea como consecuencia de patologías primarias de la misma:

t) Quedan excluidas del beneficio aquellas personas que, a su ingreso o reingreso al seguro estén con indicación formal de trasplante de órganos en tratamientos oncológicos de cualquier naturaleza o en hemodiálisis crónica en cualquiera de sus formas, o te encuentre en lista de espera del INCUCAI;

u) Quedan expresamente excluidas todo tipo de homologación u operaciones que no sean los trasplantes de órganos humanos estipulados, como todo trámite referido directa o indirectamente a la provisión de órganos;

v) Se excluyen trasplantes de órganos transgénicos, animales, mecánicos o transitorios.

Los trasplantes deberán ser realizados en establecimientos de la República Argentina, debidamente autorizados a tal fin por la autoridad nacional competente, y por profesionales habilitados para tal fin, quedando excluida cualquier indemnización por trasplantes que no

cumpla con estos requisitos.

GASTOS DE SEPELIO

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

- a) Suicidio voluntario, hasta los veinticuatro (24) meses contados desde el inicio de vigencia de la presente cláusula;
- b) Por duelo o riña, salvo que se tratase en legítima defensa; acto criminal por el que resulte responsabilizado el contratante de la póliza;
- c) Acto de guerra civil o internacional, guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo; participación en empresa criminal;
- d) Guerra declarada o no, que comprenda a la República Argentina; en caso de comprenderla, las obligaciones del Asegurado, como las de la Compañía, se regirán por las normas que en tal caso dictaren las autoridades competentes;
- e) Abuso del alcohol, drogas, estupefacientes, narcóticos o estimulantes;
- f) Consumo de drogas, enervantes, estimulantes o similares excepto si se demuestra que fueron utilizados bajo prescripción médica sin incurrir en abuso;
- g) Por la práctica o el uso de la navegación aérea, salvo como pasajero en líneas regulares, o por otras ascensiones aéreas, aladeltismo, parapente o salto con paracaídas;
- h) Por la participación en viajes o excursiones a zonas o regiones inexploradas o prácticas deportivas submarinas o subacuáticas o

escalamiento de montaña;

- i) Competir en pruebas de pericia y/o velocidad con vehículos mecánicos o de tracción a sangre o en justas hípicas, o cualquier otra prueba análoga;
- j) Intervenir en pruebas de prototipos de aviones, automóviles y otros vehículos de propulsión mecánica;
- k) Desempeño paralelo de las profesiones de acróbata, buzo, jockey y domador de potros o fieras y/o la práctica de deportes o actividades peligrosas como alpinismo, andinismo, esquí acuático o de montaña, motonáutica u otras actividades análogas y manipuleo de explosivos y/o armas o con exposición a radiaciones atómicas, salvo pacto en contrario;
- l) Acontecimientos catastróficos originados por reacciones o accidentes nucleares; químicos, biológicos o bacteriológicos y/o fenómenos naturales epidemias o pestes;
- m) Acontecimientos catastróficos tales como terremotos, inundaciones, aluviones, maremotos, erupciones volcánicas y huracanes.

ANEXO 100 - CONDICIONES GENERALES - SEGURO TEMPORARIO EN GRUPO RENOVABLE ANUALMENTE

Artículo 1. DISPOSICIONES FUNDAMENTALES

- 1) Las partes contratantes se someten a las disposiciones de la Ley de Seguros N° 17.418 y a las de la presente póliza que la complementan o modifican, cuando ello es admisible. En caso de no coincidir las

Condiciones Generales con las Particulares, se estará a lo que dispongan estas últimas.

2) Esta póliza ha sido extendida por la Compañía sobre la base de las declaraciones suscriptas por el Tomador y por los Asegurados en sus respectivas solicitudes. Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Tomador o por los Asegurados, aún hecha de buena fe, que a juicio de peritos hubiere impedido el contrato o la aceptación de los seguros individuales, o habría modificado las condiciones de los mismos, si la Compañía hubiese sido cerciorada del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato o los certificados de los Asegurados, según el caso.

3) Esta póliza adquiere fuerza legal desde las cero (0) horas del día fijado como comienzo de su vigencia.

Artículo 2. PERSONAS ASEGURABLES

Se consideran asegurables a la fecha de emisión de esta póliza, todas las personas integrantes del grupo regido por el Tomador menores de 65 años de edad.

Las personas que en lo futuro entren a formar parte del grupo, así como las que reingresen al mismo, serán asegurables respectivamente, a partir de la fecha de su incorporación o reincorporación.

Artículo 3. PERSONAS NO ASEGURABLES

De conformidad con la Ley N° 17.418 no puede asegurarse el riesgo de muerte de los interdictos y de los menores de 14 años de edad. Tampoco son asegurables las personas que excedan la edad de 65 años, salvo

pacto en contrario.

Artículo 4. FORMA Y PLAZO PARA SOLICITAR EL SEGURO INDIVIDUAL

1) Cada persona asegurable que desee incorporarse a esta póliza, deberá solicitarlo por escrito en los formularios de solicitud individual que a este efecto proporciona la Compañía y cumplimentar los requisitos de asegurabilidad establecidos en la póliza. La solicitud deberá formularla dentro del plazo de un mes no inferior a treinta (30) días -, a contar desde la fecha en que sea asegurable.

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

Artículo 5. CANTIDAD MÍNIMA DE ASEGURADOS

1) Es requisito primordial para que este seguro pueda mantenerse en vigencia, en las condiciones pactadas en materia de capitales asegurados y tarifa de primas, que la cantidad de Asegurados alcance por lo menos el mínimo indicado en las Condiciones Particulares de esta póliza.

2) Si en un determinado momento no se reuniera el mínimo antes mencionado, la Compañía se reserva el derecho de reducir las sumas aseguradas o de modificar la tarifa de primas aplicada. La Compañía notificará su decisión por escrito al Tomador con una anticipación mínima de treinta (30) días.

Artículo 6. FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DE CADA SEGURO INDIVIDUAL

- 1) El seguro de las personas asegurables que hubieran solicitado su incorporación a esta póliza hasta la cero (0) hora del día fijado como comienzo de su vigencia, comenzará a regir desde dicha hora y fecha o desde la cero (0) hora del día primero del mes que siga a la fecha de aceptación de las pruebas de asegurabilidad si esta fuese posterior.
- 2) El seguro de las personas asegurables que soliciten su incorporación a esta póliza con posterioridad al momento de su vigencia o su reincorporación, regirá a partir de la cero (0) del día primero del mes que siga a la fecha de aceptación de las pruebas de asegurabilidad.

Artículo 7. CAPITALS INDIVIDUALES

- 1) Cada Asegurado podrá proponer el capital de su seguro, de acuerdo con los importes establecidos en la póliza.
- 2) Todo aumento o disminución del capital asegurado deberá ser solicitado por intermedio del Tomador. El aumento regirá desde la cero (0) hora del día primero del mes que siga a la fecha de aceptación de las pruebas de asegurabilidad correspondientes. La disminución regirá desde la fecha en que la Compañía reciba la respectiva comunicación.
- 3) A partir del día primero del mes siguiente a aquel en que el Asegurado cumpla los sesenta y cinco (65) años de edad, el capital asegurado vigente a esa fecha se reducirá al cincuenta por ciento (50%) sin admitirse posteriores aumentos.

Artículo 8. CÁLCULO DE PRIMAS

El importe de la prima total será igual a la suma de las primas individuales, las que resultarán de aplicar la tarifa de la Compañía correspondiente a la edad alcanzada y al capital asegurado de cada seguro individual.

La Compañía podrá también calcular una prima media para todo el grupo o una prima media por grupo de edades. En ambos casos, la prima media resultará de aplicar la tarifa de la Compañía correspondiente a la edad alcanzada y al capital asegurado de cada seguro individual dividiendo la suma correspondiente por el total de los capitales asegurados del todo el grupo o de cada grupo respectivamente.

Artículo 9. PAGO DE LAS PRIMAS

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

Artículo 10. PLAZO DE GRACIA

- 1) La Compañía concede un plazo de gracia de un mes -no inferior a treinta (30) días- para el pago, sin recargo de intereses, de todas las primas. Durante ese plazo esta póliza continuará en vigor, y si dentro de él se produjera el fallecimiento de uno o más de los Asegurados, la prima correspondiente al seguro de los fallecidos deberá ser pagada por el Tomador junto con la de los asegurados sobrevivientes.
- 2) Para el pago de la primera prima el plazo de gracia se contará desde la fecha de vigencia de esta póliza. Para el pago de las primas siguientes dicho plazo de gracia correrá a partir de la cero (0) hora del día en que

venza cada una.

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

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

Artículo 11. FALTA DE PAGO DE LAS PRIMAS.

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

Artículo 12. CERTIFICADOS INDIVIDUALES

La Compañía proporcionará a cada Asegurado, por intermedio del Tomador, un certificado individual en el que se establecen los derechos y obligaciones de las partes, así como también el monto del respectivo capital asegurado, la fecha de su entrada en vigor y el nombre del beneficiario designado. En caso de producirse un aumento o disminución del capital asegurado, la Compañía otorgará un nuevo certificado que reemplazará a todos los emitidos anteriormente sobre la misma persona.

Artículo 13. RESCISIÓN DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL

1) El seguro de cada Asegurado quedará rescindida o caducará en los

siguientes casos:

a) Por su renuncia a continuar con el seguro;

b) Por dejar de pertenecer al grupo regido por el Tomador;

c) Por rescisión o caducidad de la póliza;

d) A partir del último día del mes en que el Asegurado alcanza la edad máxima de permanencia, prevista en las Condiciones Particulares.

2) Tanto la renuncia a que se refiere el punto a) como el retiro del grupo previsto en el punto b) del inciso precedente, serán comunicadas a la Compañía por intermedio del Tomador y la cobertura quedará rescindida el día primero del mes siguiente al de la fecha en que la Compañía haya recibido la respectiva comunicación.

Se presumirá que un Asegurado ha renunciado a continuar con el seguro, sin admitirse prueba en contrario, cuando al mismo no se le efectúe el descuento correspondiente a la prima de este seguro y no se ingrese a la Compañía dicho importe en la forma y plazo previstos en los Artículos 8 y 9 de estas Condiciones Generales.

3) En cualquier caso de rescisión o caducidad de esta póliza, caducarán simultáneamente todos los certificados individuales cubiertos por ella, salvo las obligaciones pendientes a cargo de la Compañía.

4) La rescisión del certificado individual será comunicada por la Compañía al Asegurado.

Artículo 14. OPCIÓN DE CONVERSIÓN

Todo Asegurado que deje de pertenecer al grupo regido por el Tomador podrá optar por un Seguro de Vida Individual en las siguientes condiciones:

- a) Que ejerza la opción por escrito dentro del mes siguiente a la fecha de terminación de su empleo;
- b) Podrá optar por cualquiera de los planes usuales en que opera la Compañía (excepto el temporario de menos de 10 años de duración), debiendo cumplimentar los requisitos de asegurabilidad que la Compañía establezca, reservándose ésta el derecho de aceptar o rechazar la solicitud;
- c) La suma asegurada del Seguro de Vida Individual será igual o menor a la que tenía en vigor el Asegurado en esta póliza al momento de cesar en su empleo;
- d) La prima del Seguro de Vida Individual será la que resulte de considerar la edad alcanzada, las evidencias de salud presentadas y la nueva ocupación del Asegurado. Dicha prima deberá ser abonada dentro de los treinta (30) días de la fecha de su vencimiento;
- e) La Compañía otorgará una bonificación al Asegurado que haya ejercido esta opción, la que será determinada en el momento de la contratación del Seguro de Vida Individual.

En caso de rescisión total de esta póliza, no se concederá la opción de conversión, sino a los componentes del grupo con edades inferiores a sesenta (60) años que hubieran estado cubiertos por la póliza por mas de cinco (5) años y cuando la cantidad de los que ejerzan esa opción no sea inferior al cincuenta por ciento (50%) de los que pudieran hacerlo.

Artículo 15. DESIGNACIÓN Y CAMBIO DE BENEFICIARIOS

1) La designación de beneficiario o beneficiarios la hará cada Asegurado

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

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

la consignación. La Compañía quedará liberada de toda obligación en caso de pagar la indemnización sustitutiva a los beneficiarios designados en el certificado individual con anterioridad a la recepción de cualquier comunicación modificatoria de esa designación.

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

Artículo 16. COMPROBACIÓN DE LA EDAD DE LOS ASEGURADOS

Cada Asegurado o sus beneficiarios en cuanto sea razonable, deberán probar mediante documentación fehaciente, la edad declarada en su solicitud individual. Dicha comprobación podrá hacerla el Asegurado en cualquier momento y la Compañía podrá exigirla antes de otorgar cualquier valor u opción acordados por esa póliza, ya sea al Asegurado o al beneficiario.

Si la edad verdadera resultase mayor que la declarada pero no sobrepasa el límite de aceptación del seguro por la Compañía, el capital asegurado por esta póliza se reducirá a la suma que, dada la prima pagada, corresponda proporcionalmente a la prima de la edad verdadera.

Si la edad verdadera resultase menor que la declarada, la Compañía restituirá los excedentes de primas pagadas sin intereses y reajustará las primas futuras.

Cuando se comprobare que a la fecha de contratación del seguro individual, el Asegurado era una persona no asegurable de acuerdo al Artículo 3, será aplicable lo establecido en el inciso 2) del Artículo 1 de

estas Condiciones Generales.

Artículo 17. LIQUIDACIÓN POR FALLECIMIENTO

1) Ocurrido el fallecimiento de un Asegurado durante la vigencia de esta póliza y del certificado respectivo, el Tomador hará a la brevedad la correspondiente comunicación a la Compañía en el formulario que ésta proporciona al efecto, el que irá acompañado de copia de la partida de defunción, de una declaración del médico que haya asistido al Asegurado o certificado de muerte, de cualquier otra documentación razonable que la Compañía considera necesaria y del testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del hecho determinante de la muerte, salvo que razones procesales lo impidieran.

2) Aprobada esa documentación, la Compañía pondrá el importe del capital asegurado a disposición del beneficiario o beneficiarios, dentro del plazo estipulado en el Artículo 49º, 2º párrafo de la Ley N° 17.418, comunicando previamente dicha circunstancia al Tomador.

Artículo 18. INFORMACIONES QUE DEBEN SUMINISTRARSE A LA COMPAÑÍA

El Tomador y los Asegurados en cuanto sea razonable, se comprometen a suministrar todas las informaciones necesarias para el fiel cumplimiento de esta póliza, tales como fechas de nacimiento, fechas de ingreso al empleo, sueldos, pruebas y certificados de defunción o cualquier otra que se relacione con el seguro.

Artículo 19. NÓMINA DE ASEGURADOS

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

Artículo 20. EJECUCIÓN DEL CONTRATO

Las relaciones entre la Compañía y los Asegurados o beneficiarios de éstos se desenvolverán siempre por intermedio del Tomador, salvo en lo referente a la Opción de Conversión previsto en el Artículo 14, que será tratado directamente. En consecuencia, el Tomador efectuará el pago de las primas a la Compañía y cobrará a los Asegurados su parte proporcional asignada. Lo convenido precedentemente no excluye el derecho propio que contra la Compañía tienen los Asegurados y sus respectivos beneficiarios desde que ocurriera alguno de los eventos previstos por esta póliza.

Artículo 21. DENUNCIA DE OTROS SEGUROS TEMPORARIOS EN GRUPO RENOVABLE ANUALMENTE.

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

Artículo 22. RESIDENCIA Y VIAJES - RIESGOS NO CUBIERTOS

- 1) El Asegurado está cubierto por esta póliza sin restricciones en cuanto a residencia y viajes que pueda realizar, dentro o fuera del país.
- 2) Los riesgos no cubiertos se indican en el Anexo I.

Artículo 23. AGRAVACION DEL RIESGO

Cada Asegurado deberá comunicar a la Compañía, antes de producirse, cualquier cambio o desempeño paralelo de profesión, ocupación o actividad, que agrave el riesgo asumido por la Compañía mediante esta póliza, entendiéndose por tales:

- a) La práctica de deportes particularmente peligrosos, como ser: acrobacia, andinismo, boxeo profesional, caza mayor, caza o exploración subacuática, doma de potros o de otros animales no domésticos y de fieras, u otras actividades de análogas características, así como las mencionadas en los incisos g), h), y) i) y j) del Anexo I – Riesgos no cubiertos de las Condiciones Generales.
- b) La dedicación profesional a acrobatismo, armado de torres, buceo, sustitución de actores o actrices en calidad de doble, doma de potros u otros animales, doma de fieras, conducción de personas como guía de montaña, jockey, manipuleo de explosivos y/o armas, préstamos onerosos en calidad de prestamista, tareas en fábricas, usinas o laboratorios con exposición a radiaciones atómicas, u otras profesiones, ocupaciones o actividades de análogas características.

La Compañía, dentro de los treinta (30) días de recibida la comunicación del Asegurado, podrá rescindir el respectivo seguro individual si los

cambios de profesión, ocupación o actividad del Asegurado agravaren el riesgo de modo tal que de existir en el momento de la contratación, la Compañía no hubiera aceptado el seguro individual. En el caso de que lo hubiera aceptado por una prima mayor, la suma asegurada se reducirá en proporción a la prima pagada.

Artículo 24. RESCISIÓN DE ESTA PÓLIZA

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

Artículo 25. CESIONES

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

Artículo 26. DUPLICADO DE POLIZA Y DE CERTIFICADOS - COPIAS

1) En caso de robo, pérdida o destrucción de la póliza o de cualquier certificado individual, el Tomador o el Asegurado, respectivamente, podrán obtener su sustitución por duplicado. Las modificaciones o suplementos que se incluyan en el duplicado, a pedido del Tomador o del Asegurado, según el caso, serán los únicos válidos.

2) El Tomador o los Asegurados tienen derecho a que se les entregue copia de sus declaraciones efectuadas con motivo de este contrato y copia no negociable de la póliza o del correspondiente certificado individual.

3) Serán por cuenta de los solicitantes los gastos que origine la extensión de duplicados y copias.

Artículo 27. IMPUESTOS, TASAS Y CONTRIBUCIONES

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

Artículo 28. FACULTADES DEL PRODUCTOR O AGENTE

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

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

Artículo 29. DOMICILIO

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

Artículo 30. PRESCRIPCIÓN

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

Artículo 31. JURISDICCIÓN

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

CLÁUSULA 101 - INCREMENTO AUTOMÁTICO ANUAL DE CAPITAL ASEGURADOS

(La presente cláusula sólo tendrá valor si se le indica expresamente en el Certificado Individual y/o en las Condiciones Particulares)

De acuerdo a las condiciones establecidas en el presente Endoso, el capital asegurado del Seguro Temporal en Grupo Renovable Anualmente y de las Coberturas Adicionales (conjuntamente denominados "los capitales asegurados"), serán incrementados anualmente en forma automática en cada aniversario de vigencia de la póliza (el "Incremento"). A los efectos de calcular el Incremento se utilizará el valor de la movilidad prevista en

el artículo 32 de la Ley 24.241 para actualización de las remuneraciones previsionales que perciben los beneficiarios que comprenden el Sistema Integrado Previsional Argentino (SIPA), que será elaborado, aprobado y publicado por la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES), en cada semestre inmediatos anteriores al 1 de febrero y 1 de agosto de cada año.

El Incremento se realizará en base al porcentaje que resulte de la acumulación de los valores de movilidad publicados por la ANSES, correspondientes a los 2 (dos) semestres anteriores al plazo de 2 (dos) meses previos al aniversario de vigencia de la póliza.

A tal fin, BBVA Consolidar Seguros S.A. (en adelante "la Compañía") calculará el incremento aplicando el porcentaje que resulte del mecanismo descrito en el párrafo anterior, a los capitales asegurados en forma automática, en el aniversario de vigencia de la póliza. En caso que en un determinado aniversario de vigencia de la póliza la aplicación del método antes mencionado no determine un Incremento, se mantendrán los capitales asegurados y la prima vigentes en el período inmediato anterior.

Asimismo, en ningún caso los incrementos de los capitales asegurados superarán la Suma Asegurada Máxima indicada en las Condiciones Particulares.

La Prima de Tarifa Individual de la póliza se incrementará en la misma forma establecida en el presente Endoso para el Incremento de los capitales asegurados, a todos los efectos (en adelante denominada la "nueva prima").

La Compañía comunicará por escrito al Asegurado, con por lo menos 45

días de anticipación a la fecha de su entrada en vigencia, los valores del Incremento y de la nueva prima.

El Contratante de la póliza podrá dejar sin efecto el Incremento propuesto, notificando fehacientemente a la Compañía de tal decisión con una antelación no menor a 30 días a la fecha prevista para el correspondiente Incremento. En tal caso, no se realizará dicho Incremento, ni se practicarán nuevos Incrementos en el futuro, quedando este Endoso automáticamente cancelado, manteniéndose los capitales asegurados y la prima vigentes hasta esa fecha. Si luego el Asegurado quisiera reinstalar el presente endoso de Incremento automático, deberá solicitarlo a la Compañía por escrito con una antelación no menor a 30 días a la fecha del próximo aniversario póliza. La Compañía se reserva el derecho de exigir evidencias de asegurabilidad satisfactorias sobre el Asegurado, y en su caso, rechazar o modificar la prima de los eventuales endosos de acuerdo a los incrementos que se efectúen de allí en adelante.

Para el caso de haber contratado la Cláusula Adicional "Indemnización Anticipada en caso de Enfermedad Terminal", a partir de la fecha de ocurrencia del siniestro que de lugar al pago parcial de la indemnización por fallecimiento, no se realizará incremento alguno de la suma asegurada remanente, ni se aplicará Incremento en el resto de las Cláusulas (Adicionales) contratadas. Asimismo no se practicarán Incrementos en las renovaciones de pólizas futuras, quedando como suma asegurada el monto determinado a la fecha de siniestro.

En ningún caso se entenderá que la aplicación del presente Endoso constituye una actualización monetaria, indexación por precios, variación de costos o repotenciación de deudas

ANEXO 120 - CLÁUSULA DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE LIQUIDACIÓN DEL CAPITAL ASEGURADO

(El presente anexo sólo tendrá valor si se le indica expresamente en el Certificado Individual y/o en las Condiciones Particulares)

1º) RIESGOS CUBIERTOS.

La Compañía concederá el beneficio que acuerda esta Cláusula cuando el Asegurado cuyo estado de invalidez total y permanente, como consecuencia de enfermedad o accidente, no le permita desempeñar por cuenta propia o en relación de dependencia cualquier actividad remunerativa, siempre que tal estado haya continuado ininterrumpidamente por tres (3) meses como mínimo y se hubiera iniciado durante la vigencia de su seguro y antes de cumplir sesenta y cinco (65) años de edad. Se excluyen expresamente los casos que afecten al Asegurado en forma parcial o temporal.

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

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

- a) la pérdida de la vista de ambos ojos de manera total e irrecuperable por tratamiento médico y/o quirúrgico;
- b) la amputación o inhabilitación completa de ambas manos o de ambos pies, o de una mano y 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.

La Compañía, comprobada la invalidez, abonará al Asegurado una indemnización igual al capital asegurado por muerte, dentro del plazo estipulado en el Artículo 49º, 2º Párrafo de la Ley 17.418.

3º) CARÁCTER DEL BENEFICIO.

El beneficio acordado por invalidez es sustitutivo del capital asegurado que debiere liquidarse en caso de muerte del Asegurado, de modo que, con el pago a que se refiere el punto anterior, la Compañía queda liberada de cualquier otra obligación con respecto a dicho Asegurado.

4º) RIESGOS NO CUBIERTOS.

Los riesgos no cubiertos se indican en el Anexo I.

5º) COMPROBACIÓN DE LA INVALIDEZ.

Corresponde al Asegurado o a su representante:

a) Denunciar la existencia de la invalidez;

b) Presentar las constancias médicas y/o testimoniales de su comienzo y causas;

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

6º) PLAZO DE PRUEBA.

La Compañía dentro de los quince (15) días de recibida la denuncia y/o las constancias a que se refiere el punto anterior, contados desde la fecha que sea posterior, deberá hacer saber al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. Si las comprobaciones a que se refiere el punto 5º) no resultaran concluyentes en cuanto al carácter total y permanente de la invalidez, la Compañía podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor de tres (3) meses, a fin de confirmar el diagnóstico. La no contestación, por parte de la Compañía dentro del plazo establecido, significará automáticamente el reconocimiento del beneficio reclamado.

7º) VALUACIÓN POR PERITOS.

Si en la apreciación de la invalidez del Asegurado surgieran divergencias entre su médico y el designado por la Compañía, ambos procederán de inmediato a nombrar 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 ocho días de su designación, a un tercer facultativo para el caso de divergencia.

Los médicos designados por las partes deberán presentar su informe dentro 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 omitiese designar médico dentro del octavo día de requerido por la otra, o si el tercer facultativo no fuese electo en el plazo establecido en el párrafo anterior, la parte más diligente previa intimación

a la otra, procederá a su designación.

Los honorarios y gastos de los médicos de las partes estarán a su respectivo cargo, y los del tercer médico serán pagados por la parte cuyas pretensiones se alejen más del dictamen definitivo, salvo el caso de equidistancia, en que se pagarán por mitades entre las partes.

8º) 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 certificado individual por cualquier causa.
- b) A partir de la fecha en que el Asegurado cumpla sesenta y cinco (65) años de edad.

ANEXO 200 - CLÁUSULA DE ACCIDENTE - INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR ACCIDENTE

(El presente anexo sólo tendrá valor si se le indica expresamente en el Certificado Individual y/o en las Condiciones Particulares)

1º) RIESGO CUBIERTO.

La Compañía concederá el beneficio que acuerda esta Cláusula cuando el Asegurado fallezca, o sufra alguna pérdida de un órgano o miembro, prevista en el punto 2º de la presente Cláusula, como consecuencia de lesiones corporales producidas directa y exclusivamente por causas externas, violentas y fortuitas, ajenas a toda otra causa e independientes

de su voluntad, siempre que el fallecimiento o la pérdida de un órgano o miembro se produzca dentro de los ciento ochenta (180) días del suceso o accidente y que éste ocurra durante la vigencia de su seguro y antes que haya cumplido sesenta y cinco (65) años de edad.

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

2º) BENEFICIO.

La Compañía, comprobado el accidente, abonará al Asegurado o al beneficiario instituido, dentro del plazo estipulado en el Artículo 49º, 2º párrafo de la Ley N° 17.418, el porcentaje del capital asegurado que corresponda de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida, según se establece en la escala siguiente:

INDEMNIZACIÓN TOTAL

- Pérdida de la vida	100%
- Pérdida de ambas manos o de ambos pies o de la vista de ambos ojos, o de una mano y de un pie o de una mano y de la vista de un ojo, o de un pie y de la vista de un ojo	100%
- Estado absoluto e incurable de alienación mental, que no permita al Asegurado ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida	100%
- Fractura incurable de la columna vertebral que determine la invalidez total y permanente	100%

INDEMNIZACIÓN PARCIAL

a) Cabeza

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

Miembros superiores

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

c) Miembros inferiores

- Pérdida total de una pierna	55%
- Pérdida total de un pie	40%
- Fractura no consolidada de un muslo (seudoartrosis total)	35%

- Fractura no consolidada de una pierna (seudoartrosis total)	30%
- Fractura no consolidada de una rótula	30%
- Fractura no consolidada de un pie (seudoartrosis total)	20%
- Anquilosis de la cadera en posición no funcional	40%
- Anquilosis de la cadera en posición funcional	20%
- Anquilosis de la rodilla en posición no funcional	30%
- Anquilosis de la rodilla en posición funcional	15%
- Anquilosis del empeine (garganta del pie) en posición no funcional	15%
- Anquilosis del empeine (garganta del pie) en posición funcional	8%
- Acortamiento de un miembro inferior de por lo menos 5cm.	15%
- Acortamiento de un miembro inferior de por lo menos 3cm.	8%
- Pérdida total del dedo gordo de un pie	8%
- Pérdida total de otro dedo del pie	4%

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

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

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada cuando se ha producido, por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponda por pérdida del dedo entero si la falange fuera del pulgar y a la tercera parte, por cada falange de cualquier otro dedo. Si la reducción de la respectiva capacidad funcional deriva de pseudoartrósis, la indemnización no podrá exceder del setenta por ciento (70%) de la que corresponda por la pérdida total de la falange.

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

En el caso de varias pérdidas en uno o más accidentes, la Compañía abonará la indemnización que corresponda a la suma de los respectivos porcentajes. Cuando esa suma sea del 80% 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 agravan y, durante el transcurso de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha del accidente, ocasionaran otra u otras pérdidas o la muerte, la Compañía pagará cualquier diferencia que pudiera corresponder, sin excederse el máximo de la cobertura.

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

3º) CARÁCTER DEL BENEFICIO.

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

4º) RIESGOS NO CUBIERTOS.

Los riesgos no cubiertos se indican en el Anexo I.

5º) COMPROBACIÓN DEL ACCIDENTE.

Corresponde al Asegurado o al beneficiario instruido:

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

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

6º) VALUACIÓN POR PERITOS.

Si en la apreciación de la invalidez del Asegurado surgieran divergencias entre su médico y el designado por la Compañía, ambos procederán de inmediato a nombrar 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 ocho días de su designación, a un tercer facultativo para el caso de divergencia.

Los médicos designados por las partes deberán presentar su informe

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

Los honorarios y gastos de los médicos de las partes estarán a su respectivo cargo, y los del tercer médico serán pagados por la parte cuyas pretensiones se alejen más del dictamen definitivo, salvo el caso de equidistancia, en que se pagarán por mitades entre las partes.

7º) TERMINACIÓN DE LA COBERTURA.

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

- a) a partir del momento en que el Asegurado haya percibido, por aplicación de esta Cláusula, indemnizaciones equivalentes al capital asegurado;
- b) al caducar la póliza y/o el certificado individual por cualquier causa;
- c) al producirse la invalidez total y permanente del Asegurado;
- d) a partir de la fecha en que el Asegurado cumpla los sesenta y cinco (65) años de edad.

ANEXO 250 - PAGO PARCIAL ANTICIPADO DE LA INDEMNIZACIÓN POR FALLECIMIENTO EN CASO DE ENFERMEDAD TERMINAL

(El presente anexo sólo tendrá valor si se le indica expresamente en el Certificado Individual y/o en las Condiciones Particulares)

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

Art. 1º - Riesgo Cubierto.

La Compañía concederá el beneficio que acuerda esta cláusula cuando el Asegurado haya sido diagnosticado como enfermo terminal, siempre y cuando la enfermedad Terminal se hubiere iniciado durante la vigencia de esta cláusula adicional y hasta el último día del mes en que el Asegurado cumpla sesenta y cuatro (64) años de edad.

Art. 2º - Beneficio

Comprobado el estado de enfermo terminal, la Compañía abonará al Asegurado una porción de la indemnización prevista en caso de fallecimiento del Asegurado, conforme lo estipulado en el Art. 49, párrafo 2º de la Ley 17.418: "En los seguros de personas el pago se hará dentro de los 15 días de notificado el siniestro o de acompañada, si procediera, la información complementaria del Art. 46, párrafos 2º y 3º.

El beneficio máximo previsto en esta cláusula adicional será hasta el 50% del capital asegurado por muerte sin superar la suma asegurada indicada en el certificado individual y/o en las condiciones particulares.

Este beneficio será aplicable solamente a aquellas enfermedades terminales diagnosticadas por primera vez después de la vigencia inicial

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

Art. 3° - Carácter del Beneficio

El presente beneficio, tiene como finalidad el pago parcial anticipado de la indemnización prevista en caso de muerte del Asegurado. El monto indemnizado en virtud de esta Cláusula, será deducido de la suma asegurada a pagarse al fallecimiento del Asegurado.

Art. 4° - Riesgos no cubiertos.

Los Riesgos No cubiertos se indican en el ANEXO I.

Art. 5° - Comprobación de la Enfermedad Terminal.

Corresponde al Asegurado o su representante:

- a) Denunciar la existencia de enfermedad terminal.
- b) Proveer las pruebas satisfactorias a la Compañía de su Enfermedad Terminal y que la expectativa de vida del Asegurado sea de doce (12) meses o menos desde el día de la presentación de la solicitud de beneficio. Estas pruebas deberán incluir las constancias médicas necesarias realizadas por un profesional médico autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión. El médico que extienda tal certificación no podrá ser el mismo Asegurado, ni su esposa ni un miembro cercano de su familia, ni una persona que conviva con él. Asimismo se requerirá que el Asegurado recurra para el tratamiento de su enfermedad Terminal, a un establecimiento asistencial (Sanatorio, Hospital, Clínica, Instituto, Policlínico, etc.) que se halle

habilitado legalmente para funcionar por el organismo de control sanitario correspondiente, Municipal, Provincial, Nacional, y autorizado por éste, a dar asistencia y tratamiento clínico al tipo de enfermedad padecida por el asegurado.

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

Art. 6° - Plazo de prueba

La Compañía dentro de los quince (15) días de recibida la denuncia y/o constancias a que se refiere el punto anterior, contados desde la fecha que sea posterior, deberá saber al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. Si las comprobaciones a que se refiere el Art. 5) no resultarán concluyentes en cuanto al carácter de la enfermedad, la Compañía podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor de treinta (30) días, a fin de confirmar el diagnóstico.

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

Art. 7° - Valuación por peritos.

Si no hubiere acuerdo entre las partes, la existencia o persistencia, carácter y grado de la enfermedad serán determinados por dos médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los quince (15) días de su designación, a un tercer facultativo para el caso de divergencia.

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

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

Los honorarios y gastos de los médicos de las partes estarán a su respectivo cargo, y los del tercer médico serán pagados por la parte cuyas pretensiones se alejen más del dictamen definitivo, salvo el caso de equidistancia, en que se pagarán por mitades entre las partes.

Art. 8° - Terminación de la cobertura.

La cobertura prevista en esta Cláusula, cesará en las siguientes circunstancias:

- a) A partir del momento en que el Asegurado haya percibido la totalidad del beneficio que concede esta cláusula.
- b) Al caducar la póliza y/o certificado individual por cualquier causa.
- c) A partir del último día del mes en que el Asegurado cumpla sesenta y cuatro (64) años de edad.

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

(El presente anexo sólo tendrá valor si se le indica expresamente en el Certificado Individual y/o en las Condiciones Particulares)

Art. 1° - Ampliación de la cobertura.

La Compañía concederá además del beneficio que acuerda la Cláusula

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

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

Esta cobertura no será ofrecida o contratada, si el cónyuge forma parte del grupo asegurado por esta póliza en calidad de titular.

Art. 2° - Beneficio.

La Compañía, denunciado el fallecimiento por accidente del Asegurado que se encuentra alcanzado por la cobertura de la Cláusula Indemnización Adicional en Caso de Muertes por Accidente en la forma establecida en el Art. 1° de la presente cláusula, abonará al beneficiario instituido un importe igual al 50% del capital asegurado por muerte, conforme lo estipulado en el Art. 49, párrafo 2° de la Ley 17.418: " En los seguros de personas el pago se hará dentro de los 15 días de notificado el siniestro o de acompañada, si procediera, la información complementaria del Art. 46, párrafos 2° y 3°"

Art. 3° - Carácter del Beneficio.

La presente cláusula es una ampliación de la cobertura que acuerda la Cláusula Indemnización Adicional en Caso de Muertes por Accidente,

cuando como consecuencia del mismo accidente se hubiera producido, el fallecimiento simultáneo del Asegurado y de su cónyuge legítimo y siempre que el asegurado estuviera alcanzado en todos los términos por la cobertura de la mencionada cláusula.

Los beneficiarios de la presente Cláusula serán los mismos de la Cláusula Adicional por Accidente.

Queda también establecido que para toda aquella situación no prevista en la presente Cláusula, esta cobertura adicional se regirá por las Condiciones Generales de la Póliza.

Art. 4° - Designación de Beneficiarios:

Los beneficiarios de la presente Cláusula podrán ser los mismos de la Cláusula Adicional por Accidente. Excepto que dicho beneficiario sea el cónyuge, en cuyo caso el Titular deberá designar otro distinto para la contratación de esta cobertura.

Art. 5° - Riesgos No Cubiertos.

Los Riesgos No Cubiertos se indican en el ANEXO I.

Art. 6° - Terminación de la Cobertura.

La cobertura prevista para esta Cláusula, cesará en las siguientes circunstancias:

- A partir del momento en que el beneficiario haya percibido la totalidad del beneficio que concede esta Cláusula.
- Al caducar la póliza y/o certificado individual por cualquier causa, a excepción del fallecimiento por accidente del asegurado principal, cubierto

por la cláusula de muerte accidental, ya que el siniestro para esta cláusula se configura con el fallecimiento a causa del mismo accidente del cónyuge, conforme los términos expresados en el Art. 1°.

- Al caducar la cláusula de muerte accidental por cualquier causa.
- A partir del momento en que hayan transcurrido los 30 días desde el primer fallecimiento, sin que ocurra el deceso del cónyuge o el asegurado principal, según corresponda.
- A partir del último día del mes en que el Asegurado alcance la edad de sesenta y cinco (65) años (no aplica para el cónyuge).
- Cuando se rompa el vínculo matrimonial.

ANEXO 290 - BENEFICIO ADICIONAL POR HIJO PÓSTUMO

(El presente anexo sólo tendrá valor si se le indica expresamente en el Certificado Individual y/o en las Condiciones Particulares)

Art. 1° - Riesgo Cubierto.

La Compañía abonará a la viuda del Asegurado un beneficio adicional, equivalente al 25% del capital asegurado por muerte sin superar la suma asegurada indicada en el certificado individual y/o en las condiciones particulares, si dentro del plazo de doscientos setenta (270) días contados a partir de la fecha del fallecimiento del Asegurado, naciera un hijo póstumo de éste y siendo la única beneficiaria de esta Cláusula Adicional, independientemente de los beneficiarios designados para la cobertura principal.

Art. 2° - Carácter del Beneficio.

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

Art. 3° - Riesgos No Cubiertos.

Los Riesgos No Cubiertos se indican en el ANEXO I.

Art. 4° - Denuncia de Siniestro

La viuda del Asegurado deberá demostrar fehacientemente a la Compañía su carácter de cónyuge legítimo, como así también que el nacimiento del hijo póstumo del Asegurado se ha producido dentro del plazo indicado en el Art. 1 de la presente Cláusula Adicional.

A los efectos deberá presentar acta de matrimonio y partida de nacimiento del hijo póstumo.

La Compañía abonará el beneficio conforme lo estipulado en el Art. 49, párrafo 2° de la Ley 17.418: "En los seguros de personas el pago se hará dentro de los 15 días de notificado el siniestro o de acompañada, si procediera, la información complementaria del Art. 46, párrafos 2° y 3°"

Art. 5° - Terminación de la Cobertura:

La cobertura prevista para esta Cláusula, cesará en las siguientes circunstancias:

- A partir del momento en que el beneficiario haya percibido la totalidad del beneficio que concede esta Cláusula.
- Al caducar la póliza y/o certificado individual por cualquier causa, a excepción del fallecimiento del asegurado, ya que el siniestro para está

cláusula se configura con el nacimiento del hijo una vez ocurrido el deceso del asegurado principal, conforme los términos expresados en el Art. 1°
- A partir del último día del mes en que el Asegurado alcance la edad de sesenta y cinco (65).

ANEXO 310 - COBERTURA DE TRASPLANTES

(El presente anexo sólo tendrá valor si se le indica expresamente en el Certificado Individual y/o en las Condiciones Particulares)

Art. 1° - Definición del Riesgo Cubierto.

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

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

Y siempre que la necesidad de efectuar el trasplante de órganos humanos se haya prescrito en la forma establecida en la presente Cláusula, ciento veinte (120) días a partir de la fecha de inicio de vigencia de la presente cláusula adicional y hasta el último día del mes en que el Asegurado alcance la edad de sesenta y cinco (65) años de edad.

La presente Cláusula Adicional debe estar en vigencia ininterrumpidamente durante el período de carencia de ciento veinte (120) días, el que deberá cumplirse cada vez que se ingrese al seguro, siempre que dicha cláusula adicional haya estado interrumpido en su vigencia por un período mayor a 6 meses.

Art. 2° - Beneficio.

La Compañía, comprobada la necesidad de efectuar el trasplante de órganos, abonará al Asegurado, dentro del plazo estipulado en el Artículo 49, 2° párrafo de la Ley No 17.418, la suma asegurada indicada en el certificado individual y/o en las condiciones particulares, según sea el trasplante que deba efectuarse.

Art. 3° - Carácter del Beneficio.

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

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

Art. 4° Definiciones.

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

- 1) Que la patología que afecte al órgano a transplantar sea de carácter irreversible y total.
- 2) Que el trasplante de órgano sea el único recurso terapéutico para la recuperación de su función.

Art. 5° - Forma y plazo para la solicitud de la Póliza.

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

Art. 6° - Investigaciones y Revisación de los Asegurados.

La compañía podrá hacer revisar al asegurado por facultativos designados por ella durante su internación o en su domicilio particular, o citarlo al consultorio de aquella para comprobar la precedencia de la reclamación de los beneficios, hasta un máximo de 2 (dos) veces. El gasto que demanden estas revelaciones, será a cargo de la compañía. Asimismo, podrá investigar en los Institutos Asistenciales y solicitar información a los médicos que hayan asistido al Asegurado.

En general, podrá adoptar todas las medidas tendientes a comprobar y controlar las informaciones recibidas así como esclarecer presuntos errores, simulaciones o fraudes.

Art. 7° - Valuación por Peritos.

Si no hubiere acuerdo entre las partes, la existencia o persistencia, carácter

y grado de la enfermedad serán determinadas por dos (2) médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los ocho días de su designación, a un tercer facultativo para el caso de divergencia.

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

Si una de las partes omitiera designar médico dentro del octavo día de requerido por la otra, o si el tercer facultativo no fuera electo en el plazo establecido en el párrafo anterior, la parte más diligente previa intimación a la otra, procederá a su designación. Los honorarios y gastos de los médicos de las partes estarán a su respectivo cargo, y los del tercero serán pagados por la parte cuyas pretensiones se alejen más del dictamen definitivo, salvo el caso de equidistancia en que se pagará por mitades entre las partes.

Art. 8° - Denuncias y Declaraciones.

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

2) El Asegurado se compromete a suministrar a la Compañía, en cuanto sea razonable, todas las informaciones necesarias para el fiel cumplimiento de esta Cláusula.

3) El Asegurado pierde el derecho a ser indemnizado si deja de cumplir

maliciosamente con el suministro de información necesaria o emplea comprobantes falsos.

Art. 9° - Plazo de Prueba.

La Compañía, dentro de los quince (15) días de recibida la denuncia y/o las constancias a que se refiere el artículo anterior, contados desde la fecha que sea posterior, deberá hacer saber al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio.

Si las comprobaciones a que se refiere el artículo 8° no resultaran concluyentes en cuanto al carácter de la enfermedad, la Compañía podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor de treinta (30) días, a fin de confirmar el diagnóstico. La no-contestación por parte de la Compañía dentro del plazo establecido, significará automáticamente el reconocimiento del beneficio reclamado.

Art. 10° - Riesgos NO Cubiertos.

Los Riesgos No Cubiertos se indican en el ANEXO I.

Art. 11° - Cesiones.

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

Art. 12° Terminación de la Cobertura.

La cobertura prevista en esta Cláusula, cesará en las siguientes

circunstancias:

- a) al caducar la póliza y/o el certificado individual por cualquier causa;
- b) a partir del último día del mes en que el Asegurado alcance la edad de sesenta y cinco (65) años.
- c) cuando el Asegurado se haya efectuado un trasplante de acuerdo con lo establecido en la presente Cláusula.

Ante la terminación de la cobertura dejarán de abonarse las extraprimas correspondientes a esta Cláusula.



BBVA

Seguros

Más información:

 www.bbvaseguros.com.ar

 0-800-999-4100

 +54 9 3700 9923

¡Seguinos en las redes!

 [bbvaseguros_ar](https://www.instagram.com/bbvaseguros_ar)  [BBVASegurosArg](https://www.facebook.com/BBVASegurosArg)

Aseguradora: BBVA Seguros Argentina S.A. CUIT: 30-50006423-0
Av. Córdoba 111, piso 22, C.A.B.A.