



Cobertura Muerte Accidental e Incapacidad Permanente, Total o Parcial por Accidente

ANEXO 91

1.- SOBRE LAS PARTES CONTRATANTES

MetLife Seguros S.A., en adelante la Compañía, emite esta Póliza sobre la vida del Asegurado cuyo nombre figura en las Condiciones Particulares. 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.

La Compañía requerirá consentimiento por escrito del Asegurado cuando el Tomador del seguro no sea la persona cuya vida se asegure.

2.- RIESGOS CUBIERTOS

La Compañía se compromete al pago de las prestaciones estipuladas en la presente Póliza, en el caso de que la persona designada en la misma como Asegurado sufra durante la vigencia del seguro algún accidente que fuera la causa originaria de su fallecimiento o Incapacidad Permanente Total o Parcial, siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de los 180 (ciento ochenta) días a contar de la fecha del mismo.

A los efectos de este seguro se entiende por accidente toda lesión corporal que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta, sufrida por el Asegurado independientemente de su voluntad, por la acción repentina y violenta de o con un agente externo.

El seguro cubre todos los accidentes que puedan ocurrir al Asegurado, ya sea en el ejercicio de la profesión declarada, o mientras se halle prestando servicio militar en tiempo de paz, en su vida particular, o mientras esté circulando o viajando en vehículos particulares terrestres o acuáticos, propios o ajenos, conduciéndolos o no, o haciendo uso de cualquier medio habitual de transporte público de personas, ya sea terrestre, fluvial, lacustre, marítimo, o en líneas de transporte aéreo regular.

Se cubren también los accidentes que se produzcan durante la participación en los siguientes entretenimientos y deportes exclusivamente: juegos de salón y la práctica normal y no profesional de atletismo, básquetbol, bochas, bolos, canoaje, caza menor, ciclismo, deporte náutico a vela y/o motor por ríos o lagos, equitación, esgrima, excursiones a montañas o carreteras y senderos, gimnasia, golf, handball, hockey sobre césped, natación patinaje, pelota a paleta, pelota al cesto, pesca (salvo en alta mar), remo, tenis, tiro (en polígonos habilitados), volleyball, water-polo, fútbol, esquí, polo y paseos a caballo.

También se consideran accidentes: la asfixia o intoxicación por vapores o gases, la asfixia por inmersión u obstrucción en el aparato respiratorio que no provenga de enfermedad; la intoxicación o envenenamiento por ingestión de sustancias tóxicas o alimentos en mal estado consumidos en lugares públicos o adquiridos en tal estado; las quemaduras de todo tipo producidas por cualquier agente (salvo las establecidas en la cláusula de Riesgos no Cubiertos); el carbunco, tétanos u otras infecciones microbianas o intoxicaciones cuando sean de origen traumático; rabia, luxaciones articulares y distensiones, dilaceraciones y rupturas musculares, tendinosas y viscerales (excepto lumbagias, várices y hernias) causadas por esfuerzo repentino y evidentes al diagnóstico.

3.- ÁMBITO DE LA COBERTURA

La cobertura se extiende al tránsito y/o permanencia del Asegurado en el extranjero, salvo en países que no mantengan relaciones diplomáticas con la República Argentina.

4.- PERSONAS NO ASEGURABLES



El seguro no ampara a menores de 14 (catorce) años, o mayores de 75 (setenta y cinco) años, ni a los sordos, ciegos, miopes con más de diez dioptrías, mutilados, afectados con invalidez superior al 10% según dictámen, paralíticos, epilépticos, toxicómanos, alienados, o aquellos que, en razón de defectos físicos o enfermedades graves que padezcan o de las secuelas de las que hubieren padecido, constituyan un riesgo de accidente agravado de acuerdo con la cláusula del mismo título.

5.- RIESGOS NO ASEGURADOS

Quedan excluidos de este seguro:

- a) Las consecuencias de las enfermedades de cualquier naturaleza inclusive las originadas por la picadura de insectos, salvo lo especificado en la cláusula 2.
- b) Las lesiones causadas por la acción de los rayos "X" y similares, y de cualquier elemento radiactivo, u originadas en reacciones nucleares; las lesiones imputables a esfuerzo, salvo los casos contemplados en la cláusula 2; de insolación, quemaduras por rayos solares, enfriamiento y demás efectos de las condiciones atmosféricas o ambientales; de psicopatías transitorias o permanentes y de operaciones quirúrgicas o tratamientos; salvo que cualquiera de tales hechos sobrevenga a consecuencia de un accidente cubierto conforme con la cláusula 2 o del tratamiento de las lesiones por él producidas.
- c) Los accidentes que el Asegurado o los Beneficiarios, por acción u omisión provoquen dolosamente o con culpa grave o el Asegurado los sufra en empresa criminal.

No obstante quedan cubiertos los actos realizados para precaver el Siniestro o atenuar sus consecuencias o por un deber de humanidad generalmente aceptado.

- d) Los accidentes causados por vértigos, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que ocurran por estado de enajenación mental, salvo cuando tales trastornos sean consecuencia de un accidente cubierto conforme a la cláusula 2; o por estado de ebriedad o por estar el Asegurado bajo la influencia de estupefacientes o alcaloides.
- e) Los accidentes que ocurran mientras el Asegurado tome parte en carreras, ejercicios o juegos atléticos de acrobacia o que tengan por objeto pruebas de carácter excepcional, o mientras participe en viajes o excursiones a regiones o zonas inexploradas.
- f) Los accidentes derivados de la navegación aérea no realizada en líneas aéreas regulares o de transporte de carácter público autorizado.
- g) Los accidentes derivados del uso de motocicletas y vehículos similares, o de la práctica de deportes que no sean los enumerados en la cláusula 2, o en condiciones distintas a las enunciadas en la misma.

6.- RIESGOS EXCLUÍDOS

- a) Guerra declarada o no, que no corresponda a la República Argentina; en caso de comprenderla, las obligaciones del Tomador, como las de la Compañía, se regirán por las normas que, en tal caso, dictaren las autoridades competentes.
- b) Los accidentes causados por hechos de guerrilla, rebelión, terrorismo, motín o tumulto popular, huelga o lock-out, cuando el Asegurado participe como elemento activo.
- c) Suicidio o tentativa de suicidio voluntario.

Los siniestros acaecidos en el lugar y en ocasión de producirse los acontecimientos enumerados en ésta cláusula serán evaluados por la Compañía de acuerdo con lo dispuesto en el artículo N°10 a fin de determinar si han sido consecuencia de los mismos.

7.- BENEFICIOS

a) Indemnización por fallecimiento:

En caso de que el accidente cause la pérdida de la vida del Asegurado, la Compañía abonará a sus Beneficiarios el importe de la Suma Asegurada. Sin embargo, la Compañía reducirá la prestación prevista en los porcentajes tomados en conjunto, que hubiere previamente abonado en concepto de Incapacidad Permanente Total o Parcial por éste u otros accidentes ocurridos durante el mismo período anual de Vigencia de la Póliza.

b) Incapacidad Total y Permanente:

Si a consecuencia del accidente el Asegurado manifestase una Incapacidad Permanente determinada, con prescindencia de la profesión u ocupación del Asegurado, y la misma hubiese continuado ininterrumpidamente por el término de 12 (doce) meses consecutivos, y fuese Total, la Compañía pagará al Asegurado el importe del Beneficio que corresponda por este concepto.

El importe del Beneficio correspondiente por Incapacidad Total y Permanente estará dado por la Suma Asegurada que figura en las Condiciones Particulares, reducida en el importe de toda otra indemnización abonada por éste u otro accidente en concepto de Incapacidades Parciales o Desmembramientos ocurridos durante el mismo período anual de Vigencia de la Póliza.”

c) Incapacidad Parcial y Permanente o Desmembramiento:

Si el accidente provocare una Incapacidad Permanente determinada con prescindencia de la profesión u ocupación del Asegurado, la Compañía pagará una suma igual al porcentaje que corresponda aplicar sobre la Suma Asegurada estipulada en las Condiciones Particulares, de acuerdo con la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida y según se indica a continuación:

Ambas manos, ambos pies o ambos ojos	100% de la Suma Asegurada
Una mano y un pie y la vista de un ojo	100% de la Suma Asegurada
Una mano o pie y la vista de un ojo	100% de la Suma Asegurada
La audición de los dos oídos	100% de la Suma Asegurada
El habla	100% de la Suma Asegurada
Una mano o un pie	50% de la Suma Asegurada
La visión de un ojo	50% de la Suma Asegurada

La lesión referida más arriba se define como un daño de carácter definitivo, que implique un 100% de pérdida física o capacidad funcional del miembro u órgano de que se trate.

Por la pérdida de varios miembros u órganos, se sumarán los porcentajes correspondientes a cada miembro u órgano perdido. Bajo ninguna circunstancia se

indemnizará por más del 100% de la Suma Asegurada especificada en las Condiciones Particulares de la presente Póliza.

Las incapacidades derivadas de accidentes sucesivos ocurridos durante un mismo período anual de la Vigencia de la Póliza y cubiertos por la misma serán tomados en conjunto a fin de fijar el grado de incapacidad a indemnizar por el último accidente.

En caso de haber tenido lugar la prestación de la Suma Total Asegurada por Incapacidad Permanente, que consta en las Condiciones Particulares, ya sea por haber tenido lugar una Incapacidad Total o una suma de Incapacidades Parciales, a raíz de uno o varios accidentes cubiertos por la Póliza y ocurridos durante su vigencia, se tendrá por agotada la cobertura brindada por este contrato, ganando la Compañía la totalidad de la prima.

8.- DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

El Tomador tiene derecho de nombrar a los Beneficiarios según el caso. El Beneficiario es la persona que habrá de recibir el Beneficio del seguro de accidentes pagadero al fallecimiento del Asegurado.

La designación de los Beneficiarios se hará por escrito, al completar la solicitud del seguro o en cualquier otro momento posterior y será válida aunque se notifique a la Compañía después de producido el evento previsto.

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

Si un Beneficiario hubiese fallecido antes o al mismo tiempo que el Asegurado, su asignación en el seguro acrecerá la de los demás Beneficiarios, si los hubiese, en la proporción de sus propias asignaciones.

Cuando se designe a los herederos, se entiende a los que por ley suceden al Asegurado, si no hubiera otorgado testamento. Si lo hubiese 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 Tomador no designe Beneficiarios o por cualquier causa la designación resulte ineficaz o quede sin efecto, se entiende que designó a los herederos del Asegurado.

9.- CAMBIO DE BENEFICIARIO

El Tomador podrá cambiar, en cualquier momento, el o los Beneficiarios, salvo que la designación sea a título oneroso.

Atento al 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 o por las cuestiones que se susciten con motivo de ella.

El cambio de Beneficiarios se hará por escrito sin formalidad determinada y será válida aunque se notifique a la Compañía después del fallecimiento del Asegurado.

La Compañía quedará liberada en el caso de pagar la indemnización correspondiente a los Beneficiarios designados con anterioridad a la recepción de cualquier comunicación modificatoria de esa designación.

10.- COMPROBACIÓN DEL ACCIDENTE

Los Beneficiarios deberán informar a esta Compañía sobre el acaecimiento del Siniestro objeto de la cobertura, dentro de un plazo de 15 (quince) días corridos de haberse conocido.

Cualquier demora, salvo acreditación de caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia, hará perder el derecho a los beneficios. Asimismo, deberán suministrar a la Compañía las pruebas necesarias para la comprobación de la causa del accidente y la forma en que se produjo.

El Asegurado, en tanto le sea posible, intentará impedir o reducir las consecuencias del Siniestro. Desde el momento de hacerse aparentes las lesiones, el accidentado deberá someterse, a su cargo, a un tratamiento médico racional y seguir las indicaciones del facultativo que lo asiste, haciendo llegar a la Compañía los certificados médicos que informen sobre el estado y evolución de las lesiones del Asegurado.

En caso de fallecimiento, la Compañía se reserva el derecho de exigir la autopsia o la exhumación del cadáver para establecer las causas del mismo, debiendo los Beneficiarios prestar su conformidad y su concurso para la obtención de las correspondientes autorizaciones para realizarlas.

Se perderá todo derecho a indemnización si cualquier información fuera simulada o fraudulenta, sin perjuicio de las acciones legales que correspondan.

11.- VALUACIÓN POR PERITOS

Si no hubiera acuerdo entre las partes sobre la apreciación de las consecuencias del accidente, las mismas serán analizadas por dos médicos, designados uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los 8 (ocho) días de su designación a un tercer facultativo para el caso de divergencia.

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

Si una de las partes omitiese designar médico dentro del octavo día de requerido por la otra o si el tercer facultativo no fuese electo en el plazo estipulado en el primer párrafo, la parte más diligente, previa intimación a la otra, procederá a su designación. Los honorarios y los 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.

12.- AGRAVACIÓN O MODIFICACIÓN DEL RIESGO

El Tomador deberá comunicar a la Compañía, cuando se produzca cualquier cambio o desempeño paralelo, de profesión, ocupación o actividad del Asegurado que agrave el riesgo asumido por la Compañía, como así también, cualquier modificación en su estado físico o mental, como ser:

- a) La práctica profesional o no, de deportes particularmente peligrosos, por ejemplo: acrobacia, boxeo, caza mayor, caza o exploración subacuática, doma de potros o de otros animales no domesticados y de fieras, y otras actividades de análogas características.
- b) La dedicación profesional a armado de torres, buceo, sustitución de actores o actrices en calidad de doble, conducción de personal como guía de montaña, jockey, manipuleo de explosivos, tareas en fábricas, como usinas o laboratorios con exposición a radiaciones atómicas, u otras profesiones, ocupaciones o actividades de análogas características.
- c) La ocurrencia de cualquier otro hecho que genere una agravación respecto del riesgo inicialmente asumido por la Compañía.
- d) Fijación de residencia fuera del país.

La Compañía dentro de los 30 (treinta) días de recibida la comunicación del Tomador, podrá rescindir el seguro, mediante el pago de la porción de prima no corrida que corresponda, si los cambios de profesión, ocupación o actividad del Asegurado agravaran el riesgo de modo tal que, de haber existido al momento de la contratación, la Compañía no hubiera emitido la Póliza.

13.- PLURALIDAD DE SEGUROS

Si se realizara más de un seguro de Accidentes Personales con distintos aseguradores cubriendo la misma persona por el mismo riesgo o parte de él, deberá comunicarse sin dilación tal circunstancia a cada Aseguradora con indicación de la suma y Riesgo Asegurado. No hay obligación de notificar los riesgos de Accidentes Personales que se cubren accesoriamente en otros ramos de seguros ni los seguros específicos de aeronavegación.

14.- PRIMAS

Las primas deberán ser pagadas en las oficinas de la Compañía o en sus agencias oficiales o en los bancos o en el domicilio de los corresponsales debidamente autorizados para ello o a las personas autorizadas por la Compañía para tal fin. Se requiere que el pago se efectúe por adelantado, para que la cobertura entre en vigencia.

En caso de solicitarse, la Compañía emitirá un recibo oficial debidamente firmado, pudiendo la firma, ser fascimilar. El Tomador de la póliza, puede convenir con la Compañía el pago de la prima en fracciones de año por adelantado.

15.- PLAZO DE GRACIA

En caso de no abonarse la prima en la fecha indicada en la facturación, el Tomador contará con un Plazo de Gracia de 30 (treinta) días corridos, contados a partir del momento en que la deuda resulta exigible.

Esta Póliza se mantendrá vigente durante el Plazo de Gracia, pero si el Asegurado sufriera durante el transcurso del mismo un Siniestro indemnizable por ésta, la Compañía deducirá de las prestaciones a su cargo las fracciones de prima impagas.

16.- CADUCIDAD POR INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES

Conforme con lo dispuesto por la Ley de Seguros, el incumplimiento de las obligaciones y cargas impuestas al Asegurado por la Ley de Seguros y por el presente contrato, produce la caducidad de los derechos del Asegurado.

17.- RESCISIÓN UNILATERAL

Cualquiera de las partes tiene derecho a rescindir el presente contrato sin expresar causa. Cuando el Asegurador ejerza este derecho, dará un preaviso no menor de quince días. Cuando lo ejerza el Asegurado, la rescisión se producirá desde la fecha en que notifique fehacientemente esa decisión.

18.- REHABILITACIÓN DE LA PÓLIZA

No obstante haya tenido lugar la cancelación de la cobertura como consecuencia de no haberse efectivizado el pago de alguna prima durante el período de gracia, el Tomador podrá solicitar el reestablecimiento de la Póliza.

La Póliza será rehabilitada a partir de la fecha en la cuál la Compañía proceda a dar por aprobada la solicitud. En consecuencia, METLIFE sólo responderá por los siniestros a consecuencia de accidentes producidos con posterioridad a la fecha de rehabilitación.

19.- RENOVACIÓN AUTOMÁTICA

Las pólizas serán emitidas con vigencia anual. Transcurrido este período, la Compañía procederá a renovar la Póliza en forma automática hasta el aniversario Póliza inmediatamente posterior a la fecha en la que el Asegurado alcance la edad de 75 (setenta y cinco) años, salvo expresa manifestación, por parte del Tomador, de su voluntad de no continuar con la cobertura o de existir alguna de las causas de terminación de la cobertura especificadas en la cláusula veinte de la presente.

20.- TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

Esta cobertura terminará en la primera de las siguientes fechas:

- a) Aquella en la que habiendo tenido lugar el vencimiento de Vigencia de la Póliza, el Tomador manifestara su intención de cancelar la cobertura.
- b) Aquella en que según la cláusula de Renovación Automática, no proceda la renovación, por haber alcanzado el Asegurado la edad de 75 (setenta y cinco) años. No obstante y a solicitud del Tomador, MetLife a su consideración podrá otorgar la extensión de la cobertura, mediante comunicación fehaciente de tal resolución.
- c) Aquella en que el Asegurado y/o los Beneficiarios hayan percibido el 100% de la Suma Asegurada, integrando para la determinación de este porcentaje todo Beneficio recibido a consecuencia de la efectivización de cualquiera de las coberturas otorgadas por esta Póliza.
- d) Aquella en que tenga lugar la finalización del Período de Gracia concedido para efectuar el pago de primas, sin que el Tomador hubiese regularizado su situación deudora.
- e) Aquella en la que por incumplimiento de las obligaciones impuestas al Asegurado y/o Tomador, la Póliza se torne en estado de caducidad.
- f) Aquella en que alguna de las partes ejerza la opción de rescisión unilateral de la Póliza.

21.- DUPLICADO DE PÓLIZA Y COPIA

En caso de robo, pérdida o destrucción de esta Póliza, el Tomador podrá obtener un duplicado en sustitución de la Póliza original. Una vez emitido el duplicado, el original pierde todo valor. Las modificaciones efectuadas después de emitido el duplicado serán las únicas válidas.

El Tomador tiene derecho a que se le entregue copia de las declaraciones efectuadas para la celebración del contrato y copia no negociable de la Póliza. Serán por cuenta del Tomador, en ambos casos, los gastos correspondientes.

22.- IMPUESTOS, TASAS Y CONTRIBUCIONES

Los impuestos, tasas y contribuciones de cualquier índole y jurisdicción que pudieran crearse en lo sucesivo o los aumentos eventuales de los existentes, estarán a cargo del Tomador, de los Beneficiarios o de los herederos, según el caso, salvo cuando la ley los declare expresamente a cargo exclusivo de la Compañía.

23.- 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 (Nro. 17.418), es el de la Compañía y los últimos declarados por el Tomador y el Asegurado según el caso.

24.- PRESCRIPCIÓN

Las acciones fundadas en la Póliza prescriben al año de ser exigible la obligación correspondiente. Para el Beneficiario el plazo de prescripción se computa desde que conoce la existencia del Beneficio, pero en ningún caso excederá de tres años contados desde la fecha de ocurrencia del Siniestro.

25.- JURISDICCIÓN

Toda controversia que se plantee con relación al presente contrato, será dirimida ante los Tribunales Ordinarios competentes del Lugar de Emisión de la Póliza.

26.- MONEDA DEL CONTRATO

Se deja expresa constancia que es voluntad de las partes efectuar los pagos emergentes de las obligaciones pactadas en el presente contrato, en la moneda prevista que figura en las Condiciones Particulares.

Si la moneda prevista no fuese la de curso legal en la República Argentina y como consecuencia de cualquier disposición en materia de cambios emanada del Banco Central de la República Argentina u otro organismo competente, fuera imposible la obtención de las divisas en el mercado, o si por cualquier otra circunstancia, los pagos no se efectuasen en la moneda pactada, los mismos, en forma alternativa podrán realizarse de la siguiente forma:

1. Utilizando como pauta de conversión la cotización de un título público emitido por el Gobierno Nacional Argentino que cotice en la moneda del contrato en la Bolsa de Comercio de Buenos Aires o, en su defecto, en alguno de los mercados internacionales de mayor volumen de movimientos. La elección del título público y del mercado será facultad del Tomador o sus Beneficiarios y deberá contar con la aprobación de la Compañía.

2. Si no existieran títulos públicos emitidos por el Gobierno Nacional Argentino que cotizaran en la moneda del contrato, se efectuarán los pagos en moneda de curso legal en la República Argentina, de acuerdo con su cotización en la moneda del contrato del día hábil inmediato anterior al del pago, tipo comprador en el Mercado de Nueva York. Si allí no cotizara, se tomará la cotización en alguno de los mercados internacionales de mayor volumen de movimientos, a elección del Tomador o sus Beneficiarios con la aprobación de la Compañía.

ACLARACION IMPORTANTE: Como consecuencia de la entrada en vigencia de la Resolución SSN N° 37.270/12, se elimina a los discapacitados de la definición de personas no asegurables incluida en el artículo titulado "Personas No Asegurables" de Condiciones Generales.



Cobertura Adicional

Fractura de huesos, Dislocaciones y quemaduras

ANEXO 28

CLÁUSULA ADICIONAL DE FRACTURA DE HUESOS, DISLOCACIONES, QUEMADURAS

1.- RIESGOS CUBIERTOS

El Asegurador se compromete al pago de las indemnizaciones estipuladas en la presente Cláusula, en el caso de que la persona designada como Asegurado sufra durante el período de vigencia del seguro algún Accidente que fuere la causa originaria de alguno de los riesgos cubiertos que se detallan a continuación, siempre que sus consecuencias se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar desde la fecha del mismo.

Los riesgos amparados son: Fractura de Huesos, Dislocaciones (que requieran intervención quirúrgica) y Quemaduras que sufriese el Asegurado. Con relación a cada riesgo cubierto, el Asegurador indemnizará al Asegurado y/o Beneficiario los siguientes porcentajes máximos de la Suma Asegurada:

Fractura de Huesos

- Cráneo 2,00%
- Cadera, Pelvis 1,50 %
- Pierna, Tobillo, Talón, Muslo 1,20%
- Brazo, Hombro, Muñeca 1,00%
- Rótula, Clavícula, Omóplato 0,50%
- Otros: Dedos de Mano, Dedos del Pie 0,10%
- Cuello, Torso 0,75%

Dislocaciones

- Espina dorsal 1,50%
- Cadera 1,00 %
- Rodilla, hombro, muñeca, tobillo 0,50%
- Otros 0,15%

Quemaduras

- 2do y 3er grado y más del 15% del cuerpo 1,50%
- 2do y 3er grado y más del 4% del cuerpo 0,75 %

Si como consecuencia de un mismo accidente se produjera más de uno de los riesgos cubiertos, las indemnizaciones a cargo del Asegurador se sumarán. En tal caso, la indemnización máxima a cargo del Asegurador no podrá superar el importe equivalente al 3,5% de la Suma Asegurada indicada en la Solicitud Individual del Seguro.

2.- PERSONAS ASEGURABLES

Se consideran asegurables a la Fecha de Emisión del seguro aquellas personas físicas entre 18 (dieciocho) y 84 (ochenta y cuatro) años de edad que cumplieren los requisitos de salud dispuestos por la Compañía. De tratarse de un grupo, el mismo deberá estar constituido con un fin común distinto al de contratar el seguro.

3.- PERSONAS NO ASEGURABLES

El seguro no ampara a los sordos, ciegos, miopes con más de diez dioptrías, mutilados, epilépticos, toxicómanos, alienados o aquellas que, en razón de defectos físicos o enfermedades graves que padezcan o de las secuelas de las que hubieran padecido, constituyan un riesgo de accidente agravado.

4.- CARÁCTER DEL BENEFICIO

Cualquier indemnización que reciba el Asegurado en virtud de esta cláusula, es adicional e independiente de la que corresponda por la cobertura básica, la cual se mantendrá en vigor, en tanto el Contratante continúe realizando, en caso que así corresponda, el pago de las primas inherentes a la misma.

La Compañía realizará el pago del Beneficio correspondiente dentro de los 15 (quince) días de notificado el Siniestro o de acompañada, si procediera, la información complementaria del Artículo 46, párrafos segundo y tercero, de la Ley N° 17.418.

5.- RIESGOS NO ASEGURABLES

Quedan excluidos de la presente cláusula los casos que sean consecuencia inmediata o mediata de:

- i) Acción de los rayos "x" y similares, y de cualquier elemento radioactivo u originadas en reacciones nucleares; lesiones imputables a esfuerzo.
- ii) Insolación; quemaduras por rayos solares, enfriamiento y demás efectos de las condiciones atmosféricas o ambientales.
- iii) Psicopatías transitorias o permanentes y operaciones quirúrgicas o tratamientos, salvo que cualquiera de tales hechos sobrevenga como consecuencia inmediata de un Accidente o del tratamiento de las lesiones por él producidas.
- iv) Accidentes que el Asegurado y/o Beneficiario provoque –por acción u omisión- dolosamente o con culpa grave o el Asegurado sufra en empresa criminal.
- v) Suicidio; pactos o acuerdos de suicidio.
- vi) Accidentes causados por vértigos, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que ocurran por estado de enajenación mental,
- vii) Estado de ebriedad o por estar el Asegurado bajo la influencia de estupefacientes o alcaloides.
- viii) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado tome parte en carreras, ejercicios o juegos atléticos de acrobacia o que tengan por objeto pruebas

de carácter excepcional, o mientras participe en viajes o excursiones a legiones o zonas inexploradas.

- ix) Accidentes derivados de la navegación aérea no realizada en líneas de transporte aéreo regular.
- x) Accidentes derivados del uso de motocicletas y vehículos similares, o de la práctica de deportes que no estén previamente justificados por ninguna necesidad profesional
- xi) Lesiones autoinfligidas, aún cuando sean cometidas en estado de enajenación mental.
- xii) Accidentes causados por hechos de guerra civil internacional.
- xiii) Accidentes causados por hechos de guerrilla, rebelión, terrorismo, motín o tumulto popular, huelga o lock out, cuando el Asegurado participe como elemento activo.
- xiv) Accidentes causados por fenómenos sísmicos, inundaciones u otros fenómenos naturales de carácter catastrófico.
- xv) Rotura de Huesos producida como consecuencia inmediata o mediata de osteoporosis.
- xvi) Accidentes ocurridos durante la práctica y/o entrenamiento de deportes de alto riesgo

6.- DENUNCIA DEL ACCIDENTE. PROCEDIMIENTO. CARGAS DEL ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO

El Asegurado y/o el Beneficiario –según corresponda- comunicara por escrito al Asegurador el Accidente dentro del plazo de 3 (tres) días de ocurrido, bajo pena de perder el derecho a ser indemnizado, salvo que acredite caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.

Desde el momento de la denuncia de un Siniestro cubierto por la presente Cláusula el Asegurado deberá someterse, a su cargo, a un tratamiento médico racional y seguir las indicaciones del facultativo que lo asiste; también deberá enviarse al Asegurador un certificado del médico que atiende al Asegurado expresando las causas y naturaleza de las lesiones que éste presente, sus consecuencias conocidas o presuntas y la constancia de que se encuentra sometido a un tratamiento racional.

El Asegurado deberá remitir al Asegurador cada 15 (quince) días certificaciones médicas que informen sobre la evolución de su estado de salud y actualicen el pronóstico de curación.

El Asegurado deberá someterse al examen de los médicos del Asegurador cada vez que éste lo solicite.

El Asegurado y/o el Beneficiario también está obligado a suministrar al Asegurador la información y/o prueba instrumental que éste le solicite a fin de poder verificar el Siniestro y la extensión de la prestación a su cargo, como así también a permitirle al Asegurador efectuar las indagaciones necesarias a tales fines.

El incumplimiento por parte del Asegurado y/o del Beneficiario –según corresponda- de las cargas impuestas en los párrafos anteriores producirá la caducidad automática de los derechos indemnizatorios que otorga la presente Cláusula.

7.- VALUACIÓN POR PERITOS

Si no hubiere acuerdo entre las partes sobre la apreciación de las consecuencias del accidente, las mismas serán analizadas por dos médicos, designados uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los ocho (8) días de su designación a un tercer facultativo para el caso de divergencia

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

dentro del plazo de 15 (quince) días.

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

Los honorarios y los 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.

7.- INICIO Y TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

La cobertura establecida por esta Cláusula inicia su vigencia en la fecha señalada en el Certificado Individual. Se renovará anualmente en forma automática junto con la cobertura básica, siempre y cuando no se produzca la rescisión del contrato ni la terminación de la cobertura por alguna de las razones mencionadas en los párrafos siguientes.

La cobertura prevista en esta Cláusula Adicional rige desde la hora 0 (cero) del día primero del mes que siga a la fecha de aceptación de las pruebas de asegurabilidad, y cesará en la primera de las siguientes fechas:

- a) Por renuncia del Asegurado a continuar con el seguro.
- b) Por dejar de pertenecer el Asegurado al grupo regido por el Contratante, en caso de existir una contratación grupal.
- c) A partir de que el Asegurado haya percibido, por la aplicación de esta cláusula, el tres y medio por ciento (3,5 %) de la Suma Asegurada que figura en el Certificado Individual por este concepto.
- d) Por rescisión o caducidad de la póliza por cualquier causa.
- e) A partir del primer vencimiento de prima posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla 75 (setenta y cinco) años de edad.

Tanto la renuncia a la que se refiere el punto a) como el retiro del grupo previsto en el punto b) del párrafo anterior, serán comunicadas a la Compañía por intermedio del Contratante. En dichos casos el seguro quedará rescindido a la hora 24 (veinticuatro) del último día del mes en que se haya producido la renuncia del Asegurado o el mismo haya dejado de pertenecer al grupo regido por el Contratante, si éste existiese.

Se presumirá que el 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.

8.- DETERMINACIÓN DE LA COBERTURA

Esta Cobertura Adicional queda sometida a las condiciones y estipulaciones de la Póliza en cuanto no sean modificadas o derogadas expresamente por las de la presente Cláusula.

ACLARACION IMPORTANTE: Como consecuencia de la entrada en vigencia de la Resolución SSN N° 37.270/12, se elimina a los discapacitados de la definición de personas no asegurables incluida en el artículo titulado "Personas No Asegurables" de Condiciones Generales.



Cobertura

Renta Diaria por Internación por Accidente

ANEXO 97

1.- RIESGOS CUBIERTOS

En caso de que el Asegurado sufriese algún accidente que causare su internación en algún Establecimiento Asistencial de las características enunciadas en el artículo segundo, la Compañía abonará al Asegurado una Renta Diaria por el importe contratado con esta Aseguradora, por cada día de internación. A los efectos de la indemnización, el importe de Renta Diaria contratado, se halla detallado en las Condiciones Particulares de la Póliza de la cual esta cláusula forma parte integrante.

Se considera consecuencia de accidente, toda internación motivada por las lesiones que sufriera el Asegurado directa y exclusivamente por causas externas, violentas y fortuitas, ajenas a toda otra causa e independientes de su voluntad, descartándose todo tipo de enfermedad e infecciones y, en tanto la internación se suscite dentro de las 72 (setenta y dos) horas de producido dicho accidente.

La Renta Diaria será abonada desde el primer día completo de internación del Asegurado en un Establecimiento Asistencial y hasta un máximo de 365 (trescientos sesenta y cinco) días, en tanto la internación tenga lugar por un período mínimo de tres días completos y consecutivos.

La Renta Diaria será del doble del importe consignado en las Condiciones Particulares, si el Asegurado se hallase internado en Sala de Terapia Intensiva.

2.- ELECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL

La elección del Establecimiento Asistencial (Sanatorio, Hospital, Clínica, Instituto, Policlínico, etc.) queda librada a la voluntad del Asegurado con la única restricción de que el mismo se halle legalmente autorizado, posea servicio de enfermeros las 24 (veinticuatro) horas del día y se halle equipado para efectuar cirugía mayor.

3.- CARÁCTER DEL BENEFICIO

Cualquier indemnización que reciba el Asegurado en virtud de esta cláusula, es adicional e independiente de la que corresponda por la cobertura Básica, la cual se mantendrá en vigencia, en tanto que el Asegurado continúe realizando, en caso de que así corresponda, el pago de las Primas inherentes a la misma.

Quedan excluidas del presente Beneficio, las internaciones consecuencia de situaciones preexistentes a la fecha de contratación de la cobertura, como así también las internaciones consecuencia de la práctica de cirugía plástica.

4.- RIESGOS NO CUBIERTOS

Sin excepción de los riesgos expresamente excluidos por los artículos quinto y sexto de las Condiciones Generales de la cobertura Básica de la Póliza, quedan además, expresamente exceptuados del riesgo que asume esta Aseguradora, los accidentes producidos 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 justas hípicas.
- b) Intervención en la prueba de prototipos de aviones, automóviles u otros vehículos de propulsión mecánica.
- c) Participación en viajes o prácticas deportivas submarinas o subacuáticas, o escalamiento de montañas, o práctica de paracaidismo o aladeltismo.
- d) Actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por ninguna necesidad profesional, salvo en caso de tentativa de salvamento de vidas o bienes.
- e) Acontecimientos catastróficos originados en la energía nuclear, fenómenos sísmicos e inhalación de gases o envenenamiento de cualquier naturaleza.
- f) Participación en duelo o riña, salvo que se tratase de legítima defensa.
- g) Tentativa de suicidio voluntario.

- h) Abuso de alcohol, drogas o narcóticos o alteraciones mentales.
- i) En los seguros sobre la vida de un tercero, las lesiones provocadas deliberadamente por un acto ilícito del Tomador.

5.- COMPROBACIÓN DEL ACCIDENTE

El Asegurado deberá informar a esta Aseguradora, sobre la internación objeto de cobertura de la presente cláusula, dentro de un plazo de 30 (treinta) días corridos de haberse efectuado.

Cualquier demora de dicha información, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia, hará perder al Asegurado el derecho a los Beneficios que le corresponderían por los días anteriores a la fecha de recepción de esa información por la Compañía.

Se deberán suministrar a la Compañía todas las pruebas necesarias para la comprobación de la causa del accidente y la forma en que se produjo, reservándose la Compañía el derecho de revisar al Asegurado por facultativos designados por ella durante su internación o aún en su domicilio particular, o citarlos al consultorio de aquellos, para comprobar la procedencia de la reclamación de Beneficios. Asimismo, podrá solicitar información a los médicos que hayan asistido al Asegurado. El Asegurado perderá todo derecho a indemnización si cualquier información fuera simulada o fraudulenta, sin perjuicio de las acciones legales que correspondan.

6.- INICIO Y TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

La cobertura establecida por esta cláusula inicia su vigencia en la fecha señalada en las Condiciones Particulares a tal efecto y termina en la primera fecha en que se verifique alguno de los siguientes casos:

- a) Cuando la Póliza dejase de hallarse en plena vigencia por falta de pago de primas o por incumplimiento de las obligaciones impuestas al Tomador y/o Asegurado de la Póliza.
- b) A partir de que el Asegurado haya percibido, por aplicación de esta cláusula, un equivalente al 100% de la Suma Asegurada por este concepto.
- c) Cuando la Póliza otorgue el Beneficio de incapacidad total y permanente, a partir de la fecha en que el Asegurado quedare comprendido en sus Beneficios.
- d) Cuando la Póliza resultare rescindida por cualquier motivo.
- e) A partir de que el Asegurado alcance los 75 (setenta y cinco) años de edad.

En los casos c) y e) se procederá a reducir la prima por la parte correspondiente a esta cobertura en proporción directa al plazo que resta hasta el vencimiento de la Póliza.

7.- CESIONES

Los derechos emergentes de esta Póliza pueden ser transferidos a favor del Establecimiento Asistencial en el cual el Asegurado se halla internado, debiendo dichas transferencias ser previamente aprobadas por el Asegurador. Toda otra cesión o transferencia se considerará nula y sin efecto.

8.- DETERMINACIÓN DE LA COBERTURA

Esta cobertura Adicional queda sometida a las condiciones y estipulaciones de la Póliza en cuanto no sean modificadas o derogadas expresamente por las de la presente cláusula.



Cláusula de Incremento Automático Anual de Sumas Aseguradas

ANEXO 89

Cláusula de Incremento Automático Anual de Sumas Aseguradas

De acuerdo a las condiciones establecidas seguidamente, el capital asegurado de esta Póliza será incrementado anualmente en forma automática en cada renovación de Vigencia de la Póliza.

La compañía calculará el Incremento aplicando un factor de 1,20 a los capitales asegurados de la Póliza.

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

La compañía calculará el Incremento aplicando un factor de 1,20 a los capitales asegurados de la Póliza, hasta alcanzar un Capital Asegurado máximo de 1.000.000 pesos.

El Contratante de la Póliza podrá dejar sin efecto el Incremento propuesto, notificando fehacientemente a la Compañía Aseguradora de tal decisión con una antelación no menor a 30 (treinta) 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 Aseguradora por escrito con una antelación no menor a 30 (treinta) días a la fecha de la próxima renovación.

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.