

## Seguro de Vida Temporario Anual Renovable

### Condiciones Generales Comunes

#### Artículo 1: Ley de las Partes Contratantes

Las partes contratantes se someten a las disposiciones de la presente póliza y supletoriamente a la Ley de Seguros N° 17.418 y Ley de Entidades de Seguros N° 20.091 en todo cuanto no ha sido expresamente regulado por la presente.

#### Artículo 2: Estructura de esta Póliza

Forman parte integrante de esta póliza los siguientes elementos:

- La Solicitud del Seguro.
- Estas Condiciones Generales Comunes.
- Las Condiciones Generales Específicas de las Coberturas Adicionales.
- Las Condiciones Particulares.
- Los Endosos a la póliza.

Se tendrá como preeminencia normativa el siguiente orden de prelación:

1. Normas de orden público de las Leyes N° 17.418 y N° 20.091.2.
2. Las Condiciones Particulares.
3. Endosos de la Póliza
4. Las Condiciones Generales Específicas de las Coberturas Adicionales.
5. Las Condiciones Generales Comunes.
6. La Solicitud del Seguro.

#### Artículo 3: Definiciones

Los siguientes términos tendrán el significado que se le asigna a continuación, sin perjuicio de otras definiciones contenidas en la póliza:

**Compañía:** PRUDENTIAL SEGUROS S.A.

**Asegurado:** La persona cuya vida se asegura y cuyo nombre y apellido figuran en las Condiciones Particulares.

**Tomador:** La persona que tiene un interés asegurable en la vida del Asegurado y está obligada a pagar las primas de este contrato. El nombre y apellido del Tomador figuran en las Condiciones Particulares.

**Beneficiario:** Aquella/s persona/s cuyo/s nombre/s y apellido/s figura/n en las Condiciones Particulares y que recibirá/n el Beneficio por Fallecimiento correspondiente, de acuerdo con los términos de este contrato.

**Capital Asegurado:** El importe especificado en las Condiciones Particulares como beneficio de la Cobertura Básica de Muerte cubierta por estas Condiciones Generales.

**Fecha de Vencimiento:** es la fecha consignada en las Condiciones Particulares como fecha de vencimiento de la cobertura básica de la póliza.

#### Artículo 4: Riesgo Cubierto

Esta póliza cubre el riesgo de fallecimiento del Asegurado durante la vigencia de la misma, y, en caso de haberse contratado Cláusulas Adicionales, conforme surja de las Condiciones Particulares, se cubrirá el riesgo descrito en cada una de ellas, durante la vigencia de las mismas.

#### **Artículo 5: Riesgos no Cubiertos**

La Aseguradora no cubrirá el fallecimiento del Asegurado cuando el deceso se produjera como consecuencia de:

- a) Suicidio voluntario del Asegurado, salvo que el contrato haya estado vigente ininterrumpidamente al menos por 24 meses completos antes del hecho, contados desde la emisión de la póliza o desde su última rehabilitación. Los aumentos de Capital Asegurado que se hayan concedido en los últimos 24 meses anteriores al fallecimiento del Asegurado no integrarán el Beneficio por Fallecimiento.
- b) Si es provocada deliberadamente por acto ilícito del Tomador del presente seguro y siempre que el Tomador sea beneficiario del mismo; o en caso de accidente si es provocado por dolo o culpa grave del Asegurado.
- c) Participación en duelo o riña –salvo que se tratase de legítima defensa–, intervención en actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, tumulto popular en tanto no resulte del ejercicio del derecho a huelga establecido en el artículo 14 bis de la Constitución Nacional, participación en empresa criminal o por aplicación legítima de la pena de muerte.
- d) Guerra, declarada o no, que no comprenda a la República Argentina; en caso de comprenderla, las obligaciones tanto del Tomador, del Asegurado como las de la Compañía se regirán por las normas que, en tal caso, dicten las autoridades competentes.
- e) Abuso del alcohol y/o drogas.
- f) Consumo de drogas, narcóticos o estimulantes, a menos que mediare prescripción médica.
- g) Someterse a intervenciones médicas o quirúrgicas ilícitas.
- h) Por la práctica o el uso de la navegación aérea, salvo como pasajero en servicio de transporte aéreo regular, o intervención en otras ascensiones aéreas, o aladeltismo.
- i) Por la participación en viajes o prácticas deportivas submarinas o subacuáticas o escalamiento de montaña.
- j) Competir en pruebas de pericia y/o velocidad con vehículos mecánicos o de tracción a sangre o en justas hípicas.
- k) Intervenir en pruebas de prototipos de aviones, automóviles y otros vehículos de propulsión mecánica.
- l) Desempeño paralelo de las profesiones de acróbata, buzo, jockey y domador de potros o fieras y/o la práctica de deportes o actividades de alpinismo, andinismo, esquí acuático o de montaña, espeleología, barranquismo, carreras de aventura, salto base, parkour, trineos de asfalto, puenting, motonáutica, natación a mar abierto o de resistencia, saltos de trampolín o acantilados y manipuleo de explosivos y/o armas o con exposición a radiaciones atómicas.
- m) Acontecimientos catastróficos originados por la energía atómica, consecuencias directas o indirectas de la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva.

Se entiende por:

Guerra: Lucha armada entre dos o más naciones o entre bandos de una misma nación.

Actos de guerrilla: Escaramuza o actos realizados por un sistema de lucha armada, una tropa conformada por pequeños grupos de comando o una organización militar diferente al Ejército.

Rebelión: Delito contra el orden público, penado por la ley ordinaria y por la militar, consistente en el levantamiento público y en cierta hostilidad contra los poderes del Estado, con el fin de derrocarlos.

Sedición: Alzamiento colectivo y violento contra la autoridad, el orden público o la disciplina militar, sin llegar a la gravedad de la rebelión.

Motín: Movimiento desordenado de una muchedumbre, por lo común contra la autoridad constituida.

Terrorismo: Sucesión de actos de violencia ejecutados para infundir terror. Actuación criminal de bandas organizadas, que, reiteradamente y por lo común de modo indiscriminado, pretende crear alarma social con fines políticos.

Tumulto popular: Motín, confusión, alboroto producido por una multitud.

#### **Artículo 6: Inicio y Terminación de las Coberturas - Plazos**

La cobertura otorgada por la presente póliza adquiere fuerza legal desde la cero hora del día de la fecha indicada en las Condiciones Particulares como Fecha de Inicio de Vigencia.

La cobertura básica prevista en esta póliza terminará en la primera fecha en que se verifique alguno de los siguientes eventos:

- a) La Fecha de Vencimiento de la Póliza, salvo que rigiera la renovación automática según las estipulaciones del Artículo 18.
- b) La fecha en que se produzca el fallecimiento del Asegurado, según lo estipulado en el Artículo 11.

- c) La fecha en que el período de gracia -concedido según lo establece el Artículo 9- termine sin que el Tomador regularice su situación deudora.
  - d) La fecha en que el Tomador solicite formalmente la rescisión del contrato, en los términos del Artículo 19.
  - e) Ocurrencia de un siniestro amparado por una Cláusula Adicional de la Póliza que otorgue una cobertura sustitutiva de la cobertura básica de fallecimiento.
  - f) La fecha en la que el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia establecida en las Condiciones Particulares.
- La rescisión de la Póliza operará al término del mes por el cual se hubieran descontado prima. Cuando la periodicidad de pago de la prima no sea mensual, se devolverá la prima no ganada.

**Artículo 7: Prima y Premio**

Se entiende por Prima de la Póliza a aquella suma de dinero calculada al contratarse la póliza, y en oportunidad de renovación de la misma, de acuerdo a la suma asegurada y a la edad del Asegurado.

Se entiende por Premio al importe que corresponde abonar e incluye el monto de la Prima más las tasas, sellados e impuestos que correspondieren; Prima y Premio se indican en las Condiciones Particulares.

El Premio deberá ser pagado por adelantado en el tiempo y forma establecidos en las Condiciones Particulares y a través del medio previsto por la Compañía a tal fin.

Se deja expresamente aclarado que la Compañía no admitirá pagos parciales a cuenta del Premio.

En oportunidad de liquidarse el beneficio por fallecimiento, la Compañía no hará deducción alguna en concepto de fracciones de Premios no vencidos hasta completar la anualidad.

En caso de modificación al capital asegurado y/o incremento automático del mismo, la prima se modificará de conformidad con lo estipulado en los artículos 13 y 14 respectivamente.

**Artículo 8: Discontinuación del Pago de Premios**

Si el Tomador no abonase algún Premio en el tiempo y la forma establecida en esta Póliza, la cobertura que ésta otorga quedará automáticamente cancelada sin necesidad de notificación previa, de acuerdo con lo establecido en el inciso c del Artículo 6, y quedarán para la Compañía los Premios pagados.

**Artículo 9: Plazo de Gracia**

Si el Premio del contrato no fuera abonado en término, el Tomador dispondrá de un plazo de gracia de 30 (treinta) días para regularizar su situación. Durante ese plazo la póliza continuará en vigor. Si durante el período de gracia el Asegurado sufriera una pérdida indemnizable, la Compañía deducirá de las prestaciones a su cargo los Premios vencidos e impagos.

Para el pago del primer Premio o fracción de Premio, el plazo de gracia se contará desde la emisión de la póliza o si fuese posterior desde la fecha en que comienzan sus efectos. Para el pago de los Premios o fracciones de Premios siguientes, dicho plazo de gracia correrá a partir de las 12 (doce) horas del día en que vence cada uno.

Vencido dicho plazo sin que el Tomador haya satisfecho el premio o fracción de premio, la póliza caducará automáticamente, pudiendo el Tomador rehabilitarla en la forma estipulada en el Artículo de 10, computándose los intereses a partir de la fecha de caducidad.

**Artículo 10: Rehabilitación**

Si la póliza hubiera caducado por falta de pago durante el plazo de gracia (Artículo 9), el Tomador puede solicitar su rehabilitación. Si la Compañía aprueba dicha solicitud, el contrato se restituirá a sus términos originarios.

Para que opere la rehabilitación arriba descrita deberán cumplimentarse los siguientes requisitos:

- a) El período transcurrido entre el vencimiento del plazo de gracia y la solicitud de rehabilitación no debe superar los 60 días.

- b) El Tomador debe abonar el importe correspondiente a los Premios vencidos e impagos hasta la fecha de rehabilitación, junto con el interés calculado a la tasa garantizada.

Cumplidos los requisitos mencionados, la póliza quedará rehabilitada a partir del día inmediato siguiente a aquél en que haya sido aprobada la solicitud de rehabilitación.

En caso de que la póliza hubiese caducado por falta de pago durante el plazo de gracia, el plazo de impugnación del contrato quedara suspendido, reanudándose el mismo en caso de rehabilitación.

#### **Artículo 11: Beneficios del Plan. Denuncia del Siniestro. Pago de la indemnización.**

La cobertura básica que se otorga por la contratación del presente seguro consiste en una indemnización pagadera a los beneficiarios designados en caso de producirse el fallecimiento del Asegurado, de acuerdo con los montos, términos y condiciones que se detallan en esta póliza.

Ocurrido el fallecimiento, el o los beneficiarios deberán denunciarlo a la Compañía por escrito y en el formulario de Denuncia del Siniestro dispuesto por la misma.

Asimismo, deberán proporcionar a la Compañía las pruebas mencionadas a continuación:

- Copia legalizada de la partida de defunción.
- Declaración del médico que hubiere asistido al Asegurado o certificado su muerte junto con declaración del beneficiario. Ambas declaraciones se realizarán en formularios provistos por la Compañía.
- Toda actuación sumarial que se hubiere instruido con motivo del hecho determinante de la muerte del Asegurado, salvo que razones procesales lo impidieran.
- Toda información y copia de documentación que razonablemente solicite la Compañía para verificar el fallecimiento del Asegurado y las circunstancias en que se produjo.

La Compañía queda autorizada a realizar las indagaciones que sean necesarias para la verificación del hecho cubierto siempre que las mismas sean razonables.

Los beneficiarios deberán realizar la denuncia dentro de los plazos de prescripción establecidos en el Artículo 23.

La Compañía efectuará el pago que corresponda, en sus oficinas, dentro de los 15 días de recibida la documentación indicada en el párrafo anterior.

#### **Artículo 12: Importe del Beneficio en caso de Fallecimiento**

Si el fallecimiento del Asegurado ocurriese antes de la Fecha de Vencimiento de la póliza mientras ésta se halla en pleno vigor, sus beneficiarios recibirán una indemnización equivalente al Capital Asegurado vigente. El importe del Capital Asegurado contratado se especifica en las Condiciones Particulares.

#### **Artículo 13: Modificaciones al Capital Asegurado**

Si el Tomador solicita un incremento del Capital Asegurado, la Compañía se reserva el derecho de solicitar evidencias de asegurabilidad satisfactorias a su criterio. El cambio sólo surtirá efecto a partir del mes póliza inmediato siguiente a la fecha en que la Compañía apruebe la solicitud. La Compañía se reserva el derecho de rechazar el aumento solicitado cuando hubiera modificado las condiciones del plan de seguros del que esta póliza es parte integrante, o cuando hubiera discontinuado su comercialización.

Cualquier incremento del Capital Asegurado causará un aumento de la Prima, que será calculado de acuerdo a la edad alcanzada del Asegurado y a la nueva categoría de riesgo asignada.

Asimismo, el plazo estipulado en esta póliza para la impugnación del contrato por reticencia así como el plazo de carencia por suicidio comenzarán a contarse nuevamente para el incremento de Capital Asegurado desde la fecha en que dicho cambio ha surtido efecto.

Si el Tomador solicita una reducción del Capital Asegurado, el cambio tendrá efecto automáticamente a partir del mes póliza inmediato siguiente a aquél en que la Compañía hubiera recibido la solicitud. La Compañía se reserva el derecho de limitar el importe de la reducción

solicitada. Toda disminución del Capital Asegurado implica la correspondiente reducción de todas las coberturas adicionales cuyo nivel de beneficio se encuentre –directa o indirectamente– vinculado con el capital modificado.

En caso de reducción del Capital Asegurado, este nunca podrá ser inferior al mínimo previsto en las Condiciones Particulares.

*La reducción de Capital Asegurado se aplicará contra el o los incrementos de Capital Asegurado más recientes, si los hubiere.*

#### **Artículo 14: Incremento Automático de Capitales Asegurados**

El capital asegurado de la cobertura básica por fallecimiento, y, en caso de haberse contratado Cláusulas Adicionales, conforme surja de las Condiciones Particulares, los capitales asegurados de las coberturas adicionales, como así también la prima, serán ajustados de acuerdo con el Coeficiente de Ajuste de Capitales Asegurados (CAC), en cada aniversario póliza, sin requerirse nuevos requisitos de asegurabilidad.

El Coeficiente de Ajuste de Capitales Asegurados (CAC) a aplicar se compondrá por la tasa de variación diaria derivado del Índice de Ajuste que figura en el Anexo II de estas Condiciones Generales Comunes.

El coeficiente a aplicar en cada ajuste automático surgirá del cociente entre el CAC correspondiente al último día del año póliza y el CAC del día correspondiente al día anterior al inicio del año póliza.

Si en un determinado período, la aplicación del método antes mencionado define un ajuste positivo mayor al “Máximo Ajuste Anual” definido en las Condiciones Particulares”, el coeficiente a aplicar de ajuste para el período en cuestión será dicho “Máximo Ajuste Anual”.

Si en un determinado período, la aplicación del método antes mencionado no define un ajuste positivo, se mantendrán para ese período los capitales asegurados y primas vigentes.

Los impuestos y tasas que pudieran corresponder por los ajustes automáticos estarán a exclusivo cargo del Tomador; el nuevo premio surgirá de aplicar a la prima ajustada las tasas, sellados e impuestos que correspondieren.

Los beneficios previstos en las Condiciones Generales Específicas de la póliza que tengan carácter de anticipo del pago del Beneficio por Fallecimiento serán considerados como un porcentaje del capital asegurado que en definitiva corresponda abonar. Dicho porcentaje será determinado por la proporción que resulte del monto anticipado respecto del capital asegurado vigente a la fecha del evento.

#### **Artículo 15: Designación de Beneficiarios**

La designación del beneficiario o de los beneficiarios es un derecho que le corresponde al Tomador y se hará por escrito, resultando válida aunque la Compañía tome conocimiento de dicha notificación después de producido el evento previsto.

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

En caso de que alguno de los beneficiarios falleciera antes o al mismo tiempo que el Asegurado, la cuota que le hubiera correspondido será distribuida entre los beneficiarios supérstites, en la proporción asignada en el contrato.

Cuando se designe a los hijos, se entiende a los concebidos y los sobrevivientes al tiempo de ocurrir el evento previsto.

Cuando se designe a los herederos, se entiende a los que por ley suceden al Asegurado si no hubiera otorgado testamento; si lo hubiera 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 se haga ineficaz o quede sin efecto, se entiende que designó a los herederos del Asegurado.

#### **Artículo 16: Cambio de Beneficiario**

El Tomador podrá cambiar, en cualquier momento, el beneficiario o los beneficiarios designados. Para que el cambio de beneficiario surta efecto frente a la Compañía, es indispensable que ésta sea notificada por escrito. Cuando la designación sea a título oneroso y ello conste

en la póliza, el cambio obligará a la Compañía sólo si se la notifica del mismo por medios concluyentes que acrediten la conformidad del beneficiario.

La Compañía quedará liberada de sus obligaciones si actuando diligentemente hubiere pagado las indemnizaciones correspondientes a los beneficiarios designados con anterioridad a la recepción de cualquier notificación que modificara esa designación.

En los casos de designación del 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 esa designación beneficiaria.

#### **Artículo 17: Reticencia o Falsa Declaración**

La póliza ha sido extendida por la Compañía sobre las bases de las declaraciones suscriptas por el Asegurado en su solicitud y en los cuestionarios relativos a su salud, los que se consideran parte integrante de este contrato.

Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Asegurado, que a juicio de peritos hubiera impedido el contrato o modificado sus condiciones si la Compañía hubiere sido cerciorada del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato.

En caso de reticencia no dolosa, la Aseguradora, a su exclusivo juicio, puede anular el contrato restituyendo la prima percibida con deducción de los gastos, o reajustarla con la conformidad del asegurado al verdadero estado del riesgo. Asimismo, el reajuste puede ser impuesto a la Aseguradora cuando la nulidad fuere perjudicial para el asegurado, si el contrato fuere reajutable a juicio de peritos y se hubiera celebrado de acuerdo a la práctica comercial de la Aseguradora.

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

No obstante lo dicho precedentemente, la Compañía no podrá impugnar el contrato cuando el mismo haya estado en vigor por más de 3 (tres) años contados desde la Fecha de Inicio de Vigencia de la póliza y mientras el Asegurado se encuentre con vida, excepto en caso de falsa declaración o reticencia dolosa.

La Compañía no invocará como reticencia o falsa declaración la omisión de hechos o circunstancias cuya pregunta o pedido de referencia no conste expresa y claramente en la solicitud.

#### **Artículo 18: Renovación Automática**

Habiendo alcanzado esta póliza la Fecha de Vencimiento establecida en las Condiciones Particulares, la misma se renovará automáticamente por períodos sucesivos de igual duración que el período inicial, salvo notificación en contrario del Tomador, el Asegurado o la Compañía, comunicada con una anticipación no menor a los 30 (treinta) días de la Fecha de Vencimiento de la póliza.

La renovación se otorgará sin cumplir nuevos requisitos de asegurabilidad, sujeto a las siguientes condiciones:

- a) El Capital Asegurado al inicio de cada renovación coincidirá con el vigente en el período anterior, salvo que el Tomador solicite su modificación al inicio de la renovación automática y la misma fuera aprobada por la Compañía.
- b) Las primas se calcularán según la edad alcanzada por el Asegurado al inicio de cada renovación y el Capital Asegurado correspondiente.
- c) La nueva Fecha de Vencimiento de la póliza será el mismo día del mismo mes de la Fecha de Vencimiento de la póliza original y el año de vencimiento equivaldrá al año de vencimiento original incrementado por el número de años de renovación del contrato. La Compañía hará constar esta nueva fecha en un endoso.
- d) El plazo de renovación del contrato no podrá llevar su vigencia más allá de la edad límite fijada en las Condiciones Particulares.

#### **Artículo 19: Rescisión de la Póliza**

El Tomador podrá solicitar la rescisión de su Póliza en cualquier momento durante la vigencia de la misma.

A la fecha de solicitud de la rescisión se cancelan todos los derechos y obligaciones de la presente Póliza, excepto la obligación de la Compañía de abonar las fracciones de Premios no ganadas por aquellos Premios vencidos abonados o los beneficios pendientes por aplicación de coberturas adicionales afectadas anteriormente a la fecha de cancelación.

No existen valores de rescates ni valores garantizados.

**Artículo 20: Valuación por Peritos**

En caso de discrepancia entre las partes en cuanto a las consecuencias indemnizables o requisitos para acceder a los beneficios estipulados en la póliza, las mismas lo someterán a decisión de peritos médicos nombrados uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los ocho (8) días de su designación a un tercer facultativo para el caso de divergencia.

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

Si una de las partes omitiese designar médico dentro del 8° (octavo) día de requerido por la otra o si el 3° (tercer) facultativo no fuere electo en el plazo establecido en el primer párrafo, este nombramiento se realizará de conformidad con los artículos 773 y 743 del Código Procesal Civil y Comercial de la Nación.

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 será abonado por las partes en igual proporción.

**Artículo 21: Duplicado de Póliza y Copias**

En caso de robo, pérdida o destrucción de esta póliza, tanto el Tomador como el Asegurado podrán 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 y el Asegurado tienen derecho a que se les entregue, de manera gratuita, copia de las declaraciones efectuadas para la celebración del contrato y copia no negociable de esta póliza.

**Artículo 22: Facultades del Productor o Agente**

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

- a) Recibir solicitudes y pedidos de modificación de contratos de seguro.
- b) Entregar los instrumentos emitidos por la Compañía, referentes a contratos o sus prórrogas.

**Artículo 23: 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 conozca la existencia del beneficio, pero en ningún caso excederá de tres años contados desde el fallecimiento.

**Artículo 24: Impuestos, Tasas y Contribuciones**

Los impuestos, tasas y contribuciones de cualquier índole y jurisdicción que puedan crearse en lo sucesivo o los aumentos eventuales de los existentes estarán a cargo del Tomador, de sus beneficiarios o de sus herederos, según el caso, salvo cuando la Ley estipule expresamente lo contrario.

**Artículo 25: Domicilio**

A todos los efectos de este contrato, el domicilio del Tomador y el del Asegurado serán el último que se haya informado fehacientemente a la Compañía y el de ésta será el de su Casa Central.

Las denuncias, declaraciones y demás actos que las partes deban efectuar de conformidad con la Ley o con el presente contrato se harán en forma expresa y fehaciente en el domicilio de la otra parte.

**Artículo 26: Jurisdicción**

Toda controversia judicial relativa a la presente póliza podrá ser dirimida ante los Tribunales Ordinarios competentes del lugar de su emisión. Para el caso en que la póliza haya sido emitida en una jurisdicción distinta al domicilio del asegurado, éste podrá recurrir a los Tribunales Ordinarios competentes correspondientes a su domicilio.

**Artículo 27: Modificación del Contrato**

Cualquier modificación al contrato deberá ser por escrito y refrendada por los funcionarios autorizados de la Compañía; de lo contrario, carecerá de todo valor.

**Artículo 28: Cesión de Derechos**

Los derechos emergentes de esta póliza son intransferibles salvo consentimiento expreso de las partes intervinientes.

NO VINCULANTE



## INDEMNIZACIÓN ADICIONAL EN CASO DE MUERTE POR ACCIDENTE

### Condiciones Generales Específicas

#### Artículo 1: Riesgo Cubierto

La Compañía concederá el beneficio establecido en estas Condiciones Generales Específicas cuando el Asegurado fallezca como consecuencia de lesiones corporales producidas directa y exclusivamente por causas externas, violentas y fortuitas ajenas a toda otra causa e independientes de la voluntad del Asegurado, siempre que el fallecimiento se produjera dentro de los ciento ochenta (180) días de ocurrido el evento o accidente, durante la vigencia de la cobertura y antes de la Fecha de Finalización de estas Condiciones Generales Específicas que figura en las Condiciones Particulares.

Se excluye expresamente el fallecimiento que sea consecuencia de enfermedades o infecciones de cualquier naturaleza, salvo si estas fueran provocadas por accidente y se manifestaran dentro de los ciento ochenta (180) días del evento o accidente.

#### Artículo 2: Beneficio. Pago del Beneficio.

El Capital Asegurado a los efectos de los beneficios a percibir por estas Condiciones Generales Específicas figurará en las Condiciones Particulares. El mismo nunca podrá ser superior al Capital Asegurado de la Cobertura Básica.

Modificaciones posteriores en el Capital Asegurado de la Cobertura Básica provocarán automáticamente modificaciones de igual proporción en el Capital Asegurado de la cobertura aquí establecida, salvo expreso pedido en contrario por parte del Tomador. El nuevo Capital Asegurado no será nunca superior a la máxima establecida al momento de la modificación.

La Compañía abonará a los beneficiarios designados, el Capital Asegurado dentro de los quince (15) días contados desde la fecha en que la Compañía hubiera recibido notificación del siniestro y todas las pruebas mencionadas en el Artículo 5.

#### Artículo 3: Carácter del Beneficio

El beneficio previsto en estas Condiciones Generales Específicas es adicional e independiente de todo otro beneficio otorgado por la póliza. Cualquier indemnización que reciba el beneficiario en virtud de este beneficio no afectará a las demás coberturas de la Póliza.

#### Artículo 4: Riesgos no cubiertos

Adicionalmente a los riesgos no cubiertos previstos en las Condiciones Generales Comunes, quedan expresamente exceptuados del riesgo que asume la Compañía los accidentes producidos como consecuencia de:

- Inhalación de gases o envenenamientos de cualquier naturaleza.
- Fenómenos sísmicos, huracanes, ciclones, tornados.
- Intervenciones quirúrgicas que no sean consecuencia de un accidente.
- Actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por ninguna necesidad profesional, salvo en caso de tentativa de salvamento de vidas o bienes.

#### Artículo 5: Denuncia y Comprobación del Accidente

Son cargas del Beneficiario o del Tomador:

- Denunciar el fallecimiento dentro de los quince (15) días de la fecha en que haya ocurrido, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia, bajo pena de perder todos los derechos a la percepción de la indemnización correspondiente.
- Suministrar las pruebas necesarias respecto de la fecha y causa del accidente, así como respecto de la forma y el lugar en que ocurrió, sin perjuicio del derecho de la Compañía de obtener tales pruebas por sus propios medios.
- Facilitar cualquier verificación o aclaración, sin perjuicio del derecho de la Compañía de obtenerlas por sus propios medios.
- Adoptar todas las medidas posibles para reducir las consecuencias del accidente.

La Compañía se reserva el derecho de exhumar el cadáver y practicar la autopsia con asistencia de un facultativo designado por ella, en cuyo caso quedan a su cargo los gastos en que se deba incurrir. Los beneficiarios deberán prestar su consentimiento para obtener todas las autorizaciones necesarias a este fin.

#### **Artículo 6: Inicio y Terminación de la Cobertura**

La cobertura que concede estas Condiciones Generales Específicas 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 eventos:

- a) A partir del momento en que se hubiese pagado el 100% del beneficio correspondiente a la cobertura establecida en estas Condiciones Generales Específicas.
- b) Por cualquiera de las causas de terminación de la cobertura básica establecida en las Condiciones Generales Comunes.
- c) La fecha en la que el Asegurado cumpla la edad máxima de permanencia establecida en las Condiciones Particulares para estas Condiciones Generales Específicas. La continuidad de cobro de prima correspondiente a ese Asegurado, luego del arribo a tal edad máxima, se considerará como prórroga de vigencia hasta finalizado el período de riesgo cubierto amparado por dicha prima.
- d) Por solicitud expresa del Asegurado de la cancelación de la cobertura establecida en estas Condiciones Generales Específicas.

En los casos a), c), y d) el costo de la cobertura implicada dejará de integrar la prima y el premio total a pagar.

NO VINCULANTE

## INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE

### Condiciones Generales Específicas

#### Artículo 1: Riesgo Cubierto

La Compañía concederá el beneficio que acuerdan estas Condiciones Generales Específicas al Asegurado cuyo estado de incapacidad total y permanente, como consecuencia de accidente, no le permita desempeñar por cuenta propia o en relación de dependencia cualquier actividad remunerativa, siempre que tal estado haya continuado ininterrumpidamente durante el plazo de espera de 90 (noventa) días y siempre que la primera manifestación de la invalidez se experimente dentro de los ciento ochenta (180) días del suceso. Además, la invalidez deberá haberse iniciado durante la vigencia de la cobertura y antes de la Fecha de Finalización de estas Condiciones Generales Específicas que figura en las Condiciones Particulares.

A los efectos de estas Condiciones Generales Específicas, se considera accidente a toda lesión corporal producida directa y exclusivamente por causas externas, violentas y fortuitas, ajenas a toda otra causa e independientes de la voluntad del Asegurado quedando exceptuadas las enfermedades e infecciones.

Asimismo, se entenderá por fecha de inicio de la invalidez a la fecha del hecho generador.

Se excluyen expresamente los casos que afectan 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 Artículo 5, siempre que sean razonablemente demostrativos del estado de invalidez total y permanente.

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

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

#### Artículo 2: Beneficio. Pago del Beneficio.

Una vez recibida la documentación probatoria detallada en el Artículo 5, y luego de comprobada la invalidez del Asegurado, en función de lo estipulado en el Artículo 6, la Compañía acuerda abonar al Asegurado, dentro del plazo de 15 días, el Capital Asegurado por Fallecimiento cuyo importe figura en las Condiciones Particulares. Comprobada la invalidez del Asegurado, se devolverán las primas abonadas por el Asegurado, durante el período transcurrido entre la denuncia del siniestro y la aprobación del mismo por parte de la Compañía.

#### Artículo 3: Carácter del Beneficio

El beneficio otorgado por las presentes Condiciones Generales Específicas, resulta sustitutivo del beneficio por Fallecimiento otorgado por la Cobertura Básica. En tal sentido, con el pago previsto por esta cobertura se cancelan todos los derechos emergentes de la póliza.

#### Artículo 4: Riesgos no cubiertos

Adicionalmente a los riesgos no cubiertos previstos en las Condiciones Generales Comunes, quedan expresamente exceptuados del riesgo que asume la Compañía la invalidez producida como consecuencia de:

- Inhalación de gases o envenenamientos de cualquier naturaleza.
- Fenómenos sísmicos, huracanes, ciclones, tornados.

- c) Intervenciones quirúrgicas que no sean consecuencia de un accidente.
- d) Actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por ninguna necesidad profesional, salvo en caso de tentativa de salvamento de vidas o bienes.

#### **Artículo 5: Denuncia y Comprobación de la Invalidez**

Son cargas del Asegurado o Tomador:

- a) Denunciar la existencia de la incapacidad dentro de los 30 días de tomar conocimiento, salvo caso fortuito, de fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.
- b) Presentar todas las constancias médicas y/o testimoniales de su comienzo y causas, sin perjuicio del derecho de la Compañía de obtener tales constancias por sus propios medios.
- c) Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta dos exámenes médicos por facultativos designados por la Compañía y con gastos a cargo de ésta.
- d) Permitir todas las indagaciones que la Compañía requiera, tales como consultar antecedentes de atención médica, historias clínicas, análisis médicos, diagnósticos, entrevistas con los profesionales médicos asistentes del Asegurado, y cuanta otra resulte necesaria para verificar el siniestro.
- d) Pagar las primas que hubiesen vencido durante el período de comprobación, sin perjuicio de su reintegro una vez acordados los beneficios conforme Artículo 2.

#### **Artículo 6: Plazo de Prueba**

La Compañía dentro de los quince (15) días de recibidas y verificadas la denuncia y las constancias satisfactorias a que se refiere el apartado anterior, deberá hacer saber al Tomador la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. Si las comprobaciones realizadas no resultaran concluyentes en cuanto al carácter total y permanente de la invalidez, La Compañía podrá ampliar el plazo de prueba por un término que no podrá ser mayor a 6 (seis) meses contados desde la fecha de denuncia, 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.

Durante el plazo de prueba, se deberá continuar con el pago de los premios; en caso de que las pruebas resultasen concluyentes en cuanto al carácter total y permanente de la incapacidad, la Compañía hará la devolución de las primas conforme Artículo 2.

#### **Artículo 7: Inicio y Terminación de la Cobertura**

La cobertura que concede estas Condiciones Generales Específicas 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 eventos:

- a) A partir del momento en que se hubiese pagado el 100% del beneficio correspondiente a la cobertura establecida en estas Condiciones Generales Específicas.
  - b) Por cualquiera de las causas de terminación de la cobertura básica establecida en las Condiciones Generales Comunes.
  - c) La fecha en la que el Asegurado cumpla la edad máxima de permanencia establecida en las Condiciones Particulares para estas Condiciones Generales Específicas. La continuidad de cobro de prima correspondiente a ese Asegurado, luego del arribo a tal edad máxima, se considerará como prórroga de vigencia hasta finalizado el período de riesgo cubierto amparado por dicha prima.
  - d) Por solicitud expresa del Asegurado de la cancelación de la cobertura establecida en estas Condiciones Generales Específicas.
- En los casos a), c), y d) el costo de la cobertura implicada dejará de integrar la prima y el premio total a pagar.

**ADELANTO DEL BENEFICIO ANTE EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD GRAVE****Condiciones Generales Específicas****Artículo 1: Riesgo Cubierto**

La Compañía concederá el beneficio acordado por estas Condiciones Generales Específicas cuando al Asegurado se le diagnostique alguna de las enfermedades graves definidas en el Artículo siguiente, siempre que el diagnóstico hubiese sido emitido por primera vez con posterioridad a la fecha de inicio de vigencia de estas Condiciones Generales Específicas, indicada en las Condiciones Particulares.

**Artículo 2: Enfermedades Cubiertas**

**Cáncer:** Se entiende por esta enfermedad a la presencia de un tumor maligno caracterizado por el crecimiento y expansión incontrolados de células malignas, con invasión y destrucción del tejido normal. El cáncer debe ser diagnosticado y confirmado como maligno por un profesional especializado, patólogo, a través de análisis histológicos. Se incluyen: leucemia, linfoma maligno, enfermedad de Hodgkin, enfermedades malignas de médula ósea y cáncer de piel metastásico.

Se excluyen expresamente:

- a) Tumores benignos.
- b) “Carcinoma in situ”, displasia cervical, cáncer de cérvix CIN I, II y III y las situaciones de premalignidad y/o cánceres no invasivos.
- c) Cáncer de próstata temprano intraglandular diferenciado, sin contacto ni invasión de cápsula ni de uretra, focal o multifocal.
- d) Melanoma de piel menor a un milímetro sin ulceración y sin invasión de dermis reticular.
- e) Hiperqueratosis o carcinomas de células basales de piel.
- f) Carcinomas de células escamosas de piel salvo que exista metástasis.
- g) Carcinoma ductal “in situ” de mama.
- h) Sarcoma de Kaposi.

**Infarto de Miocardio:** Se entiende por esta enfermedad la primera ocurrencia de un infarto de miocardio definido como la muerte o necrosis de una parte del músculo cardíaco, como consecuencia de una interrupción brusca del aporte sanguíneo al miocardio. El diagnóstico deberá ser inequívoco y basado en todas y cada una de las siguientes condiciones:

- a) Historia de dolor torácico típico, indicativo de Cardiopatía Isquémica y
- b) Cambios nuevos detectados por Electrocardiograma, que confirmen el infarto y
- c) Aumento de las enzimas cardíacas por encima de los valores standard de laboratorio y
- d) Asistencia médica estando internado en un establecimiento legalmente autorizado, que opere bajo la supervisión permanente de un médico acreditado como tal durante las veinticuatro (24) horas del día.

Se excluyen expresamente los microinfartos con solo una elevación mínima de Troponina-T y sin anomalía diagnóstica en el trazo del Electrocardiograma o signos clínicos, y la angina de pecho.

**Estenosis o bloqueo de una o más arterias coronarias:** Se entiende por esta enfermedad la estenosis o bloqueo de una o más arterias coronarias que requiera para su corrección -con injertos arteriales o venosos- de una cirugía a tórax abierto. El diagnóstico debe ser efectuado por coronariografía y la indicación quirúrgica debe ser considerada médicamente necesaria por un cardiólogo.

Se excluyen expresamente:

- a) Angioplastia
- b) Técnica intraarterial basada en catéteres.
- c) Procedimientos con láser.
- d) Operaciones de válvulas.

- e) operaciones por tumoración intracardíaca
- f) alteración congénita
- g) Técnica que no requiera la apertura quirúrgica del tórax.

**Infarto o Hemorragia Cerebral:** Se entiende por esta enfermedad a un accidente cerebrovascular que produzca la necrosis del tejido cerebral como resultado de una interrupción brusca del suministro sanguíneo adecuado al área involucrada, ya sea por trombosis, embolia o hemorragia masiva intracerebral o dentro del espacio subaracnoideo, que cause deficiencia neurológica permanente y que en opinión de un especialista neurólogo genere una secuela que será definitiva. La evaluación del especialista mencionado no deberá ser practicada antes de los 60 días de iniciado el cuadro descripto. El diagnóstico debe estar confirmado por cambios nuevos detectados por medio de tomografía axial computarizada o resonancia magnética nuclear.

Se excluyen expresamente:

- a) Accidente isquémico transitorio.
- b) Infarto de tejido cerebral o hemorragia intracraneal como resultado de traumatismo externo o de enfermedades intracraneanas ocupantes e infecciones.

**Insuficiencia Renal Crónica:** Estadío final de una enfermedad renal manifestado por una falla crónica e irreversible de la función de ambos riñones, que haga necesario que el Asegurado se someta a un programa de diálisis peritoneal periódica, hemodiálisis periódica con una frecuencia no menor a 2 (dos) veces por semana y que tenga indicado un trasplante renal.

Se excluye expresamente:

- a) Enfermedad renal unilateral.
- b) Falla renal reversible o temporal que se resuelva luego de un tratamiento y presuponga recuperación de la función renal.

### **Artículo 3: Beneficio. Pago del Beneficio.**

El Capital Asegurado a los efectos de los beneficios a percibir por estas Condiciones Generales Específicas figurará en las Condiciones Particulares. El mismo nunca podrá ser superior al 50% del Capital Asegurado de la Cobertura Básica.

Modificaciones posteriores en el Capital Asegurado de la Cobertura Básica provocarán automáticamente modificaciones de igual proporción en el Capital Asegurado de la cobertura aquí establecida, salvo expreso pedido en contrario por parte del Tomador. El nuevo Capital Asegurado no será nunca superior a la máxima establecida al momento de la modificación.

Una vez recibida la documentación probatoria detallada en el Artículo 6, y luego de comprobado el diagnóstico en función de lo estipulado en el Artículo 7, la Compañía acuerda abonar al Asegurado, dentro del plazo de 15 días, el Capital Asegurado correspondiente a estas Condiciones Generales Específicas.

### **Artículo 4: Carácter del Beneficio**

El beneficio acordado por estas Condiciones Generales Específicas es sustitutivo del Capital Asegurado que debiere liquidarse en caso de muerte del Asegurado y, en consecuencia, la Compañía deducirá de la indemnización a pagar por la Cobertura Básica de la póliza la suma adelantada por la presente cobertura, reduciéndose al mismo tiempo el importe a abonar del Premio de acuerdo al nuevo Capital Asegurado.

### **Artículo 5: Riesgos no cubiertos**

Adicionalmente a los riesgos no cubiertos previstos en las Condiciones Generales Comunes, quedan expresamente exceptuados del riesgo que asume la Compañía, las enfermedades graves cuando las mismas se produjeran directa o indirectamente como consecuencia de:

- a) Herida o enfermedad infligida intencionalmente a sí mismo.
- b) En todos los casos, producto de intervenciones médicas o tratamientos con drogas o materiales que se encuentren en procesos de experimentación, cualquiera sea su etapa de desarrollo.

- c) Anomalías congénitas y patológicas derivadas o resultantes de las mismas.
- d) Cualquier diagnóstico efectuado por algún integrante del Grupo Familiar Directo del Asegurado, entendiéndose como Grupo Familiar Directo a sus abuelos, padres, hermanos, hijos, independientemente del hecho que tal persona fuere un Médico o profesional de Salud.

#### **Artículo 6: Denuncia y Comprobación del Diagnóstico**

Para que la denuncia del siniestro sea considerada como válida, se requiere la presentación de un informe escrito con el diagnóstico del médico especialista que asistió al Asegurado, acompañado con documentación respaldatoria del diagnóstico, estudios clínicos, radiológicos, histológicos y/o de laboratorio. Tal documentación deberá ser presentada en las oficinas de la Compañía dentro de los treinta (30) días de la fecha de determinación del diagnóstico definitivo, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.

La Compañía se reserva el derecho de solicitar hasta dos (2) exámenes médicos adicionales a su cargo, realizados por un médico de su elección.

#### **Artículo 7: Plazo de Prueba**

La Compañía dentro de los quince (15) días de recibidas y verificadas la denuncia y las constancias satisfactorias a que se refiere el apartado anterior, deberá hacer saber al Tomador la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. Si las comprobaciones realizadas no resultaran concluyentes en cuanto al diagnóstico de la enfermedad grave comprendida dentro de los riesgos cubiertos, la Compañía podrá ampliar el plazo de prueba por un término que no podrá ser mayor a 3 (tres) meses contados desde la fecha de denuncia, 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.

#### **Artículo 8: Inicio y Terminación de la Cobertura**

La cobertura que concede estas Condiciones Generales Específicas 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 eventos:

- a) A partir del momento en que se hubiese pagado el 100% del beneficio correspondiente a la cobertura establecida en estas Condiciones Generales Específicas por cualquiera de las enfermedades cubiertas.
- b) Por cualquiera de las causas de terminación de la cobertura básica establecida en las Condiciones Generales Comunes.
- c) La fecha en la que el Asegurado cumpla la edad máxima de permanencia establecida en las Condiciones Particulares para estas Condiciones Generales Específicas. La continuidad de cobro de prima correspondiente a ese Asegurado, luego del arribo a tal edad máxima, se considerará como prórroga de vigencia hasta finalizado el período de riesgo cubierto amparado por dicha prima.
- d) Por solicitud expresa del Asegurado de la cancelación de la cobertura establecida en estas Condiciones Generales Específicas.

En los casos a), c), y d) el costo de la cobertura implicada dejará de integrar la prima y el premio total a pagar.

## ANEXO I: RIESGOS NO CUBIERTOS

### Condiciones Generales Comunes

#### “Riesgos no Cubiertos”

“La Aseguradora no cubrirá el fallecimiento del Asegurado cuando el deceso se produjera como consecuencia de:

- n) Suicidio voluntario del Asegurado, salvo que el contrato haya estado vigente ininterrumpidamente al menos por 24 meses completos antes del hecho, contados desde la emisión de la póliza o desde su última rehabilitación. Los aumentos de Capital Asegurado que se hayan concedido en los últimos 24 meses anteriores al fallecimiento del Asegurado no integrarán el Beneficio por Fallecimiento.
- o) Si es provocada deliberadamente por acto ilícito del Tomador del presente seguro y siempre que el Tomador sea beneficiario del mismo; o en caso de accidente si es provocado por dolo o culpa grave del Asegurado.
- p) Participación en duelo o riña –salvo que se tratase de legítima defensa–, intervención en actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, tumulto popular en tanto no resulte del ejercicio del derecho a huelga establecido en el artículo 14 bis de la Constitución Nacional, participación en empresa criminal o por aplicación legítima de la pena de muerte.
- q) Guerra, declarada o no, que no comprenda a la República Argentina; en caso de comprenderla, las obligaciones tanto del Tomador, del Asegurado como las de la Compañía se regirán por las normas que, en tal caso, dicten las autoridades competentes.
- r) Abuso del alcohol y/o drogas.
- s) Consumo de drogas, narcóticos o estimulantes, a menos que mediare prescripción médica.
- t) Someterse a intervenciones médicas o quirúrgicas ilícitas.
- u) Por la práctica o el uso de la navegación aérea, salvo como pasajero en servicio de transporte aéreo regular, o intervención en otras ascensiones aéreas, o aladeltismo.
- v) Por la participación en viajes o prácticas deportivas submarinas o subacuáticas o escalamiento de montaña.
- w) Competir en pruebas de pericia y/o velocidad con vehículos mecánicos o de tracción a sangre o en justas hípicas.
- x) Intervenir en pruebas de prototipos de aviones, automóviles y otros vehículos de propulsión mecánica.
- y) Desempeño paralelo de las profesiones de acróbata, buzo, jockey y domador de potros o fieras y/o la práctica de deportes o actividades de alpinismo, andinismo, esquí acuático o de montaña, espeleología, barranquismo, carreras de aventura, salto base, parkour, trineos de asfalto, puenting, motonáutica, natación a mar abierto o de resistencia, saltos de trampolín o acantilados y manipuleo de explosivos y/o armas o con exposición a radiaciones atómicas.
- z) Acontecimientos catastróficos originados por la energía atómica, consecuencias directas o indirectas de la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva.

Se entiende por:

**Guerra:** Lucha armada entre dos o más naciones o entre bandos de una misma nación.

**Actos de guerrilla:** Escaramuza o actos realizados por un sistema de lucha armada, una tropa conformada por pequeños grupos de comando o una organización militar diferente al Ejército.

**Rebelión:** Delito contra el orden público, penado por la ley ordinaria y por la militar, consistente en el levantamiento público y en cierta hostilidad contra los poderes del Estado, con el fin de derrocarlos.

**Sedición:** Alzamiento colectivo y violento contra la autoridad, el orden público o la disciplina militar, sin llegar a la gravedad de la rebelión.

**Motín:** Movimiento desordenado de una muchedumbre, por lo común contra la autoridad constituida.

**Terrorismo:** Sucesión de actos de violencia ejecutados para infundir terror. Actuación criminal de bandas organizadas, que, reiteradamente y por lo común de modo indiscriminado, pretende crear alarma social con fines políticos.

**Tumulto popular:** Motín, confusión, alboroto producido por una multitud.”



## Condiciones Generales Específicas

### INDEMNIZACIÓN ADICIONAL EN CASO DE MUERTE POR ACCIDENTE

#### Riesgos no cubiertos

“Adicionalmente a los riesgos no cubiertos previstos en las Condiciones Generales Comunes, quedan expresamente exceptuados del riesgo que asume la Compañía los accidentes producidos como consecuencia de:

- a) Inhalación de gases o envenenamientos de cualquier naturaleza.
- b) Fenómenos sísmicos, huracanes, ciclones, tornados.
- c) Intervenciones quirúrgicas que no sean consecuencia de un accidente.
- d) Actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por ninguna necesidad profesional, salvo en caso de tentativa de salvamento de vidas o bienes.”

NO VINCULANTE

## Condiciones Generales Específicas

### INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE

#### **Riesgos no cubiertos**

Adicionalmente a los riesgos no cubiertos previstos en las Condiciones Generales Comunes, quedan expresamente exceptuados del riesgo que asume la Compañía la invalidez producida como consecuencia de:

- a) Inhalación de gases o envenenamientos de cualquier naturaleza.
- b) Fenómenos sísmicos, huracanes, ciclones, tornados.
- c) Intervenciones quirúrgicas que no sean consecuencia de un accidente.
- d) Actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por ninguna necesidad profesional, salvo en caso de tentativa de salvamento de vidas o bienes.

NO VINCULANTE

## Condiciones Generales Específicas

### ADELANTO DEL BENEFICIO ANTE EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD GRAVE

#### Artículo 2: Enfermedades Cubiertas

##### “Cáncer:

Se excluyen expresamente:

- a) Tumores benignos.
- b) “Carcinoma in situ”, displasia cervical, cáncer de cérvix CIN I, II y III y las situaciones de premalignidad y/o cánceres no invasivos.
- c) Cáncer de próstata temprano intraglandular diferenciado, sin contacto ni invasión de cápsula ni de uretra, focal o multifocal.
- d) Melanoma de piel menor a un milímetro sin ulceración y sin invasión de dermis reticular.
- e) Hiperqueratosis o carcinomas de células basales de piel.
- f) Carcinomas de células escamosas de piel salvo que exista metástasis.
- g) Carcinoma ductal “in situ” de mama.
- h) Sarcoma de Kaposi.

##### Infarto de Miocardio:

Se excluyen expresamente los microinfartos con solo una elevación mínima de Troponina-T y sin anomalía diagnóstica en el trazo del Electrocardiograma o signos clínicos, y la angina de pecho.

##### Estenosis o bloqueo de una o más arterias coronarias:

Se excluyen expresamente:

- a) Angioplastia
- b) Técnica intraarterial basada en catéteres.
- c) Procedimientos con láser.
- d) Operaciones de válvulas.
- e) operaciones por tumoración intracardiaca
- f) alteración congénita
- g) Técnica que no requiera la apertura quirúrgica del tórax.

##### Infarto o Hemorragia Cerebral:

Se excluyen expresamente:

- a) Accidente isquémico transitorio.
- b) Infarto de tejido cerebral o hemorragia intracraneal como resultado de traumatismo externo o de enfermedades intracraneales ocupantes e infecciones.

##### Insuficiencia Renal Crónica:

Se excluye expresamente:

- a) Enfermedad renal unilateral.
- b) Falla renal reversible o temporal que se resuelva luego de un tratamiento y presuponga recuperación de la función renal.”

#### Artículo 5: Riesgos no cubiertos

“Adicionalmente a los riesgos no cubiertos previstos en las Condiciones Generales Comunes, quedan expresamente exceptuados del riesgo que asume la Compañía, las enfermedades graves cuando las mismas se produjeran directa o indirectamente como consecuencia de:

- e) Herida o enfermedad infligida intencionalmente a sí mismo.
- f) En todos los casos, producto de intervenciones médicas o tratamientos con drogas o materiales que se encuentren en procesos de experimentación, cualquiera sea su etapa de desarrollo.
- g) Anomalías congénitas y patológicas derivadas o resultantes de las mismas.
- h) Cualquier diagnóstico efectuado por algún integrante del Grupo Familiar Directo del Asegurado, entendiéndose como Grupo Familiar Directo a sus abuelos, padres, hermanos, hijos, independientemente del hecho que tal persona fuere un Médico o profesional de Salud.”

NO VINCULANTE