



Condiciones generales, específicas y particulares
Seguro de Vida Individual

CONDICIONES GENERALES, ESPECIFICAS Y PARTICULARES DE VIDA INDIVIDUAL

ANEXO A

Cláusulas y/o Anexos que forman parte de esta póliza

Anexo A; Anexo I; CP-2312-VI; CG-2312-VI; CG-2312-CI; CA-60-MxA; CA-70-ITPxA; CA-80-EG; CGE-90-IASA.

EN CASO DE SINIESTRO: por favor comuníquese al 0810-345-0178 o vía correo electrónico a atencionalasegurado@supervielleseguros.com

Conste que la emisión de cualquier suplemento sobre esta póliza no implica inhabilitación de cobertura si la misma se halla suspendida por falta de pago en término, a la fecha de emisión del suplemento.

MEDIOS DE PAGO

Advertencia: Medios de Pago (Artículo 1º de la Resolución ME N° 429/00 (modificado por la Resolución ME N° 407/01))

Los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros son los siguientes:

- a) Entidades especializadas en cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION.
- b) Entidades financieras sometidas al régimen de la Ley N° 21.526.
- c) Tarjetas de crédito, débito o compras emitidas en el marco de la Ley N° 25.065.
- d) Medios electrónicos de cobro habilitados previamente por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION a cada entidad de seguros, los que deberán funcionar en sus domicilios, puntos de venta o cobranza.

En este caso, el pago deberá ser realizado mediante alguna de las siguientes formas: efectivo en moneda de curso legal, cheque cancelatorio Ley N° 25.345 o cheque no a la orden librado por el asegurado o tomador a favor de la entidad aseguradora.

Los productores asesores de seguros Ley N° 22.400 deberán ingresar el producido de la cobranza de premios a través de los medios detallados en el Artículo 1º de la presente resolución.

Supervielle Seguros pone a disposición de sus clientes la Línea Ética, un servicio de información confidencial e independiente, para comunicar todo hecho o situación irregular que afecte los intereses del Grupo Supervielle, cumplimentando asimismo los lineamientos de la Resolución N° 38.477 de la SSN. Los medios de contacto son: 0800-777-7813 y/o www.eticagruposupervielle.kpmg.com.ar

ANEXO I EXCLUSIONES

CG-2012-VI CONDICIONES GENERALES

Art. 11 - RIESGOS NO CUBIERTOS:

Esta póliza no cubre los siguientes riesgos:

- a) 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.
- b) Participación en duelo o riña -salvo que se tratase de legítima defensa-, intervención activa en actos de guerra civil, guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, vandalismo, 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.
- c) Abuso de drogas, narcóticos o alcohol.
- d) Suicidio voluntario, salvo que la póliza haya estado en vigor ininterrumpidamente al menos por 24 meses completos antes del hecho, contados desde la emisión de la póliza o desde su última rehabilitación.
- d) Práctica o uso de la aviación o actividades aéreas, excepto cuando el Asegurado viaje como pasajero en servicios aéreos regulares.

e) Participación en certámenes, competencias, carreras y/o desafíos o sus actos preparatorios o entrenamientos de velocidad.

CA-60-MxA
CLÁUSULA ADICIONAL
INDEMNIZACION ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL

3.- RIESGOS NO CUBIERTOS

Además de 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 Intervenciones quirúrgicas que no sean consecuencia de un accidente.

Práctica o uso de motonetas o motocicletas.

CA-70-ITPxA
CLÁUSULA ADICIONAL
INVALIDEZ TOTAL Y PARMANENTE POR ACCIDENTAL

3. RIESGOS NO CUBIERTOS

Además de 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 Intervenciones quirúrgicas que no sean consecuencia de un accidente.

Práctica o uso de motonetas o motocicletas.

Tentativa de suicidio del Asegurado

CA-80-EG
CLÁUSULA ADICIONAL
INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR ENFERMEDADES GRAVES

2. ENFERMEDADES CUBIERTAS (Sólo se listarán las enfermedades contratadas)

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.

By Pass Coronario: Se excluyen expresamente:

- a) Angioplastia de balón
- b) Técnica intraarterial basada en catéteres.
- c) Procedimientos con láser.
- d) Técnica que no requiera la apertura quirúrgica del tórax.

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.

Esclerosis: No se aceptan el diagnóstico de certeza por un primer episodio.

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.

Accidente Cerebro Vascular (ACV): 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.

Distrofia: El informe de cualquier biopsia muscular o electromiografía no constituirá por sí mismo un diagnóstico aceptable por la Compañía.

CP-2311-VT
CONDICIONES PARTICULARES VIDA COLECTIVO
CG-2312-VI

Art. 3 - VIGENCIA DE LA PÓLIZA - RENOVACIÓN AUTOMÁTICA:

Esta póliza se renovará automáticamente a la fecha de finalización del período de vigencia estipulado en el frente de póliza.

Si a la fecha de finalización del período de vigencia correspondiente, el Asegurado superase la edad límite que estuviese establecida en las Condiciones Particulares, la póliza no será renovada.

Edad máxima de permanencia: 65 años.

CGE-90-IASA
INCREMENTO AUTOMÁTICO DE SUMAS ASEGURADAS

Máximo Incremento Anual: 50%

CG-2312-VI
CONDICIONES GENERALES COMUNES
SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL RENOVABLE

Compañía: SUPERVIELLE COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

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

Tomador: La persona tomadora de la póliza y está obligada a pagar las primas de este contrato y cuyo nombre y apellido figuran en las Condiciones Particulares.

Art. 1 - PREMINENCIA NORMATIVA:

La Compañía emite esta póliza a solicitud del Asegurado con el objeto de cubrir la vida del Asegurado. Se tendrá como preeminencia normativa el siguiente orden de prelación:

- a. Normas de orden público de las Leyes No 17.418 Y No 20.091;
- b. Condiciones Particulares;
- c. Cláusulas Adicionales;
- d. Condiciones Generales Específicas;
- e. Condiciones Generales Comunes.

Art. 2 - RETICENCIA O FALSA DECLARACION:

Esta póliza ha sido extendida por la Compañía sobre la base de las declaraciones suscriptas por el Asegurado en su solicitud y en los cuestionarios relativos a su salud.

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

La Compañía no invocará, como reticencia o falsa declaración, la omisión de hechos o circunstancias cuya pregunta no conste expresa y claramente en la solicitud y en los cuestionarios relativos a su salud. Transcurridos tres años desde la celebración del contrato, la Compañía no invocará la reticencia, excepto cuando fuere dolosa.

Art. 3 - VIGENCIA DE LA PÓLIZA - RENOVACIÓN AUTOMÁTICA:

La cobertura de esta póliza comienza a las cero horas del día de Inicio de Vigencia que figura en las Condiciones Particulares.

En las Condiciones Particulares de la póliza podrá disponerse la renovación automática de la cobertura, la cual podrá estipularse hasta una edad límite, que en caso de estipularse estará establecida en las Condiciones Particulares.

En tal caso, a la fecha de finalización del período de vigencia correspondiente, la Compañía procederá a su renovación en forma automática, sin exigir requisitos de asegurabilidad adicionales, por un período igual al originalmente pactado. La Compañía ajustará el nivel de primas de acuerdo con la edad alcanzada por el Asegurado al momento de la renovación.

Si a la fecha de finalización del período de vigencia correspondiente, el Asegurado superase la edad límite que estuviese establecida en las Condiciones Particulares, la póliza no será renovada. En caso de no establecerse edad límite en las Condiciones Particulares, se asume que no habrá límite por edad para las sucesivas renovaciones automáticas.

En caso de que el Asegurado decidiera no renovar la cobertura, deberá comunicarlo por escrito a la Compañía, con al menos 60 días de anticipación a la fecha de la renovación.

Art. 4 - EDAD Y SUMA ASEGURADA:

La Suma Asegurada a abonar por el fallecimiento del Asegurado figura en las Condiciones Particulares. La edad del Asegurado a los efectos del seguro, es la edad al último cumpleaños a la fecha de Inicio de la Vigencia de la Póliza.

Art. 5 - DENUNCIA DEL SINIESTRO:

El o los beneficiarios deberán denunciar a la Compañía por escrito en formulario de Denuncia del Siniestro dispuesto por la misma.

Asimismo se deberá proporcionar a la Compañía las siguientes pruebas: copia legalizada de la partida de defunción, declaración del médico que hubiese asistido al Asegurado o certificado su muerte.

También se aportará testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiese instruido con motivo del hecho determinante del fallecimiento del Asegurado, salvo que razones procesales lo impidieran.

Asimismo, se proporcionará a la Compañía cualquier información que solicite para verificar el fallecimiento del Asegurado y se le permitirá realizar las indagaciones que sean necesarias a tal fin.

Los beneficiarios deberán realizar la denuncia dentro de los plazos de prescripción establecidos en el artículo de PRESCRIPCIÓN.

Art. 6 - PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN:

La Compañía efectuará el pago que corresponda, en sus oficinas, dentro de los 15 días de recibida las pruebas estipuladas en el artículo DENUNCIA DEL SINIESTRO.

Art. 7 - PRIMA Y PREMIO:

La Prima depende de la suma asegurada y la edad del Asegurado. El Premio a abonar corresponde a la Prima más las tasas, sellados e impuestos que correspondieren; Prima y Premio figuran en las Condiciones Particulares.

Los premios deberán ser pagados por adelantado de acuerdo con lo establecido en este artículo.

Si se pagaren fraccionados en períodos menores de un año, con el recargo correspondiente, la Compañía no deducirá de la suma asegurada ninguna fracción o fracciones de premios no vencidos que en el momento de liquidarse la póliza por fallecimiento del Asegurado faltaren para completar el Premio del año de seguro en curso.

Art. 8 - PLAZO DE GRACIA:

La Compañía concede un plazo de gracia de un mes (no inferior a treinta días) para el pago, sin recargo de intereses, de todos los premios. Durante ese plazo esta póliza continuará en vigor, y si dentro de él se produjera el fallecimiento del Asegurado, se deducirá de la suma a abonarse por tal causa el premio o fracción de premio impago vencido.

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 cero (0) horas del día en que vence cada uno.

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

Art. 9 - REHABILITACIÓN:

El Asegurado podrá obtener dentro de los 180 días de caducada la póliza la rehabilitación de la misma abonando todas los premios impagos vencidos hasta la fecha de la rehabilitación, con sus intereses de mora calculados con la tasa técnica del plan y los gastos que se originen.

La rehabilitación de la póliza tendrá por objeto restituir el contrato a sus términos originarios y la póliza quedará rehabilitada a partir del día que la Compañía reciba el pago establecido en el párrafo anterior.

Art. 10 - ÁMBITO DE LA COBERTURA:

El Asegurado está cubierto por esta póliza sin restricciones en cuanto a residencia y viajes que pueda realizar, dentro o fuera del país.

Art. 11 - RIESGOS NO CUBIERTOS:

Esta póliza no cubre los siguientes riesgos:

a) 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.

b) Participación en duelo o riña -salvo que se tratase de legítima defensa-, intervención activa en actos de guerra civil, guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, vandalismo, 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.

c) Abuso de drogas, narcóticos o alcohol.

d) Suicidio voluntario, salvo que la póliza haya estado en vigor ininterrumpidamente al menos por 24 meses completos antes del hecho, contados desde la emisión de la póliza o desde su última rehabilitación.

d) Práctica o uso de la aviación o actividades aéreas, excepto cuando el Asegurado viaje como pasajero en servicios aéreos regulares.

e) Participación en certámenes, competencias, carreras y/o desafíos o sus actos preparatorios o entrenamientos de velocidad.

Art. 12 - DESIGNACIÓN Y CAMBIO DE BENEFICIARIOS:

El Asegurado cuenta con el derecho de designar el o los Beneficiarios al completar la solicitud del seguro. En caso de haber designado a varias personas como beneficiarios sin indicación de la cuota parte, se entiende que el beneficio será distribuido 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.

En el caso de que el Asegurado no hubiese designado Beneficiarios o que por cualquier causa la designación se haga ineficaz o quede sin efecto, se tomará como designados a los herederos del Asegurado.

En cualquier momento previo a la liquidación del siniestro, el Asegurado podrá modificar la designación de beneficiarios realizada, mediante documentación escrita, salvo que la designación inicial hubiese sido a título oneroso.

Debido 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.

Art. 13 - AGRAVACION DEL RIESGO:

El Asegurado deberá comunicar a la Compañía, antes de producirse, cualquier cambio o desempeño paralelo de profesión, ocupación o actividad, circunstancia que se regirá por el artículo 133 de la Ley de Seguros:

“Los cambios de profesión o de actividad del asegurado autorizan la rescisión cuando agravan el riesgo de modo tal que de existir a la celebración, la Compañía no habría concluido el contrato. Si de haber

existido ese cambio al tiempo de la celebración la Compañía hubiera concluido el contrato por una prima mayor, la suma asegurada se reducirá en proporción a la prima pagada.”

Art. 14 - DUPLICADO DE POLIZA - COPIAS:

En cualquier momento mientras se encuentre en vigencia la póliza el que tiene derecho a la posesión de la misma puede solicitar por escrito, le sea extendido un duplicado en sustitución de la original, sin costo.

El Asegurado tiene derecho a que se le entregue copia de las declaraciones efectuadas para la celebración del contrato y copia no negociable de la póliza.

Art. 15 - IMPUESTOS, TASAS Y CONTRIBUCIONES:

Los impuestos, las tasas y/o cualquier otra contribución, existentes o que se crearen en el futuro, así como también el aumento de los mismos, serán a cargo del Asegurado, de sus beneficiarios o de sus herederos, según el caso, salvo cuando la Ley expresamente los declarase a cargo exclusivo de la Compañía y no puedan por ello ser transferidos.

Art. 16 - 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 es el consignado en las Condiciones Particulares o el que posteriormente se declare. Mientras la Compañía no reciba aviso por escrito de cualquier cambio de domicilio del Asegurado, considerará como tal el último que le haya sido comunicado por escrito fehacientemente.

Art. 17 - JURISDICCION:

Toda controversia judicial que se plantee con relación al presente contrato será dirimida ante los tribunales ordinarios competentes de la jurisdicción del lugar de emisión de la póliza. 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.

Art. 18 - RESCISIÓN DE LA PÓLIZA:

El Tomador, podrá solicitar la rescisión de la 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 primas 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.

Art. 19 - TERMINACION DE LA COBERTURA

Asimismo, la póliza finalizará en la primera de las siguientes fechas:

Aquella en que ocurra el fallecimiento del Asegurado en cuyo caso los Beneficiarios designados recibirán la indemnización que corresponda.

Aquella en la que finaliza el Plazo de Gracia sin que el Tomador haya abonado los premios vencidos, de acuerdo con lo establecido en el artículo “Plazo de Gracia”.

Aquella en la que el Asegurado alcanza la fecha de Finalización de Vigencia sin derecho a renovación de acuerdo con lo establecido en el artículo de “Vigencia de la Póliza - Renovación Automática”.

Aquella en la que el Tomador solicita la rescisión de la póliza en forma fehaciente, de acuerdo con lo establecido en el artículo “Rescisión de la Póliza”.

Cuando la póliza otorgue beneficios adicionales sustitutivos del beneficio por fallecimiento, a partir de la fecha en que se hagan efectivos los beneficios por el total de la suma asegurada.

Art. 20 - 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.

Art. 21 - VALUACIÓN POR PERITOS Y ARBITRAJE:

En caso de discrepancia entre las partes en cuanto a las consecuencias indemnizables o requisitos para acceder a los beneficios estipulados en la póliza se aplicará lo establecido a continuación:

Si no hubiere acuerdo entre las partes, las consecuencias indemnizables serán determinadas por dos médicos designados uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los 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 días y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de 15 días.

Si una de las partes omitiese designar médico dentro del octavo día de requerido por la otra, o si el tercer facultativo no fuere electo en el plazo establecido en el apartado anterior, la parte más diligente podrá requerir su nombramiento a la Secretaría de Estado de Salud Pública de la Nación.

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

CG-2312-CI CLÁUSULA DE INTERPRETACIÓN

A los efectos de la presente póliza, déjense expresamente convenidas las siguientes reglas de interpretación, asignándose a los vocablos utilizados los significados y equivalencias que se consignan:

1) Hechos de guerra internacional: Se entienden por tales los hechos dañosos originados en un estado de guerra (declarado o no) con otro u otros países, con la intervención de fuerzas organizadas militarmente (regulares o irregulares y participen o no civiles).

2) Hechos de guerra civil: Se entienden por tales los hechos dañosos originados en un estado de lucha armada entre habitantes del país o entre ellos y fuerzas regulares, caracterizado por la organización militar de los contendientes (participen o no civiles), cualquiera fuese su extensión geográfica, intensidad o duración y que tienda a derribar los poderes constituidos u obtener la secesión de una parte del territorio de la Nación.

3) Hechos de rebelión: Se entienden por tales los hechos dañosos originados en un alzamiento armado de fuerzas organizadas militarmente (regulares o irregulares y participen o no civiles) contra el Gobierno Nacional constituido, que conlleven resistencia y desconocimiento de las órdenes impartidas por la jerarquía superior de la que dependen y que pretendan imponer sus propias normas. Se entienden equivalentes a los de rebelión, otros hechos que encuadren en los caracteres descriptos, como ser: revolución, sublevación, usurpación del poder, insurrección, insubordinación, conspiración.

4) Hechos de sedición o motín: Se entienden por tales los hechos dañosos originados en el accionar de grupos (armados o no) que se alzan contra las autoridades constituidas del lugar, sin rebelarse contra el Gobierno Nacional o que se atribuyen los derechos del pueblo, tratando de arrancar alguna concesión favorable a su pretensión. Se entienden equivalentes a los de sedición otros hechos que encuadren en los caracteres descriptos, como ser: asonada, conjuración.

5) Hechos de tumulto popular: Se entienden por tales los hechos dañosos originados a raíz de una reunión multitudinaria (organizada o no) de personas, en la que uno o más de sus participantes intervienen en desmanes o tropelías, en general sin armas, pese a que algunos las emplearen. Se entienden equivalentes a los hechos de tumulto popular otros hechos que encuadren en los caracteres descriptos, como ser: alboroto, alteración del orden público, desórdenes, disturbios, revuelta, conmoción.

6) Hechos de vandalismo: Se entienden por tales los hechos dañosos originados por el accionar destructivo de turbas que actúan irracional y desordenadamente.

7) Hechos de guerrilla: Se entienden por tales los hechos dañosos originados a raíz de las acciones de hostigamiento o agresión de grupos armados irregulares (civiles o militarizados), contra cualquier autoridad o fuerza pública o sectores de la población. Se entienden equivalente a los hechos de guerrilla los hechos de subversión.

8) Hechos de terrorismo: Se entienden por tales los hechos dañosos originados en el accionar de una organización siquiera rudimentaria que, mediante la violencia en las personas o en las cosas, provoca alarma, atemoriza o intimida a las autoridades constituidas o a la población o a sectores de ésta o a determinadas actividades. No se consideran hechos de terrorismo aquellos aislados y esporádicos de simple malevolencia que no denotan algún rudimento de organización.

9) Hechos de huelga: Se entienden por tales los hechos dañosos originados a raíz de la abstención concertada de concurrir al lugar de trabajo o de trabajar, dispuesta por entidades gremiales de

trabajadores (reconocidas o no oficialmente) o por núcleos de trabajadores al margen de aquéllas. No se tomará en cuenta la finalidad gremial o extragremial que motivó la huelga, así como tampoco su calificación de legal o ilegal.

CA-60-MxA
CLÁUSULA ADICIONAL
INDEMNIZACION ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL

1.- RIESGOS CUBIERTOS

En el caso en que el Asegurado sufiere, antes de la Fecha de Finalización de esta Cláusula Adicional que figura en las Condiciones Particulares, un accidente indemnizable, que fuera la causa de su fallecimiento, la Compañía pagará la Suma Asegurada establecida por este concepto en las Condiciones Particulares.

A los efectos de esta Cláusula Adicional, se considera accidente indemnizable 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. Modificaciones posteriores en la Suma Asegurada de la Cobertura Básica provocarán automáticamente modificaciones de igual proporción en la Suma Asegurada de la cobertura aquí establecida, salvo expreso pedido en contrario por parte del Tomador.

2.- CARACTER DEL BENEFICIO

Cualquier indemnización que reciba el o los Beneficiarios/s en virtud de esta Cláusula Adicional es adicional e independiente de la que corresponda por la cobertura básica.

La Compañía efectuará la liquidación del beneficio correspondiente, en un pago único, dentro de los 15 días de recibida, la documentación probatoria del siniestro.

3.- RIESGOS NO CUBIERTOS

Además de 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

Intervenciones quirúrgicas que no sean consecuencia de un accidente.
Práctica o uso de motonetas o motocicletas.

4.- COMPROBACION DEL ACCIDENTE

Para tener derecho a cualquier indemnización prevista en esta Cláusula Adicional, se requiere que: el accidente sea denunciado a la Compañía dentro de los quince (15) días de la fecha en que haya ocurrido, salvo caso fortuito o fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia; el fallecimiento se produzca dentro de los ciento ochenta (180) días del accidente; que se suministren a la Compañía las pruebas necesarias para la comprobación de la causa del accidente y la forma en que se produjo, reservándose la Compañía el derecho y la oportunidad de exhumar el cadáver y practicar la autopsia con asistencia de un facultativo designado por ella, previa conformidad del o los beneficiarios en la medida de que les sea posible.

5.- INICIO Y FIN DE LA COBERTURA

La cobertura que concede esta Cláusula Adicional 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 esta Cláusula Adicional.
- b) Por cualquiera de las causas de terminación de la cobertura básica establecida en estas Condiciones Generales Comunes.
- c) A fin de la Fecha de Finalización de esta Cláusula Adicional que figura en las Condiciones Particulares.
- d) Por solicitud expresa del Tomador de la cancelación de la cobertura establecida en esta Cláusula Adicional. La solicitud de cancelación deberá ser presentada por escrito en las oficinas de la Compañía. En los casos a), c) y d) el costo de la cobertura implicada dejará de integrar la prima y el premio total a pagar y se devolverá la prima no ganada, de corresponder.

CA-70-ITPxA
CLÁUSULA ADICIONAL
INVALIDEZ TOTAL Y PARMANENTE POR ACCIDENTAL

1. RIESGOS CUBIERTOS

La Compañía concederá el beneficio que acuerda esta Cláusula Adicional cuando el Asegurado se encuentre afectado por un estado de incapacidad total y permanente producto de un accidente indemnizable, siempre que tal estado haya continuado ininterrumpidamente durante el plazo de prueba establecido en el art. "Plazo de Prueba" y se hubiera iniciado durante la vigencia de la cobertura y antes de la Fecha de Finalización que figura en las Condiciones Particulares. Se excluyen expresamente los casos que afecten al Asegurado en forma parcial o temporal.

A los efectos de esta Cláusula Adicional, se considera accidente indemnizable 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 como fecha de inicio de la invalidez a la fecha del hecho generador.

Se entiende por invalidez total y permanente la ocurrencia de uno o más de los siguientes eventos:

- a) la pérdida de la vista de ambos ojos de manera total e irre recuperable por tratamiento médico y/o quirúrgico.
- b) 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 de un pie.
- c) la parálisis general.
- d) la imposibilidad total y permanente de trabajar en cualquier actividad / profesión remunerada y la imposibilidad de satisfacer necesidades fisiológicas esenciales de la vida por sí mismo.

2. BENEFICIO

La Compañía, una vez recibida la documentación probatoria detallada en el Apartado "Comprobación de la Invalidez", y luego de comprobada la invalidez del Asegurado, en función de lo estipulado en el Apartado "Plazo de Prueba" , acuerda abonar dentro del plazo de 15 días al Asegurado el Capital Asegurado por Fallecimiento, cuyo importe figura en 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.

3. RIESGOS NO CUBIERTOS

Además de 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

Intervenciones quirúrgicas que no sean consecuencia de un accidente.

Práctica o uso de motonetas o motocicletas.

Tentativa de suicidio del Asegurado.

4. CARACTER DEL BENEFICIO

El beneficio de Invalidez Total y Permanente otorgado por la presente Cláusula Adicional, resulta sustitutivo del beneficio por Fallecimiento otorgado por la Cobertura Básica. En tal sentido, con el pago previsto por esta Cláusula Adicional se cancelan todos los derechos emergentes de la póliza.

5.- COMPROBACION DE LA INCAPACIDAD

Corresponde al Tomador, al Asegurado o a su representante:

- 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 si culpa o negligencia.
- b) Presentar las constancias médicas y/o testimoniales de su comienzo y causas.
- c) Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta dos exámenes médicos por facultativos designados por la Compañía con gastos a cargo de ésta.
- d) Pagar las primas que hubiesen vencido durante el período de comprobación, sin perjuicio de su reintegro una vez acordados los beneficios.

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.

7.- INICIO Y FIN DE LA COBERTURA

La cobertura que concede esta Cláusula Adicional 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 haya pagado el 100% del beneficio correspondiente a la cobertura establecida en esta Cláusula Adicional.
- b) Por cualquiera de las causas de terminación de la cobertura básica establecida en las Condiciones Generales Comunes.
- c) A fin de la Fecha de Finalización de esta Cláusula Adicional que figura en las Condiciones Particulares.
- d) Por solicitud expresa del Asegurado de la cancelación de la cobertura establecida en esta Cláusula Adicional. La solicitud de cancelación deberá ser presentada por escrito en las oficinas de la Compañía. En los casos a), c) y d) el costo de la cobertura implicada dejará de integrar la prima y el premio total a pagar.

CA-80-EG

CLÁUSULA ADICIONAL

INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR ENFERMEDADES GRAVES

1.- RIESGOS CUBIERTOS

En el caso en que el Asegurado sufre, antes de la Fecha de Finalización de esta Cláusula Adicional que figura en las Condiciones Particulares, el padecimiento de una de las enfermedades establecidas en el artículo "Enfermedades Cubiertas", la Compañía pagará la Suma Asegurada correspondiente a la enfermedad cubierta cuyo importe figura en las Condiciones Particulares.

Este beneficio será aplicable solamente a aquellas enfermedades diagnosticadas por primera vez después de la fecha de comienzo de vigencia de esta Cláusula Adicional. Ningún beneficio se abonará si la enfermedad en cuestión ha sido diagnosticada o si se ha recibido tratamiento por dicha enfermedad antes de la fecha mencionada.

2. ENFERMEDADES CUBIERTAS (Sólo se listarán las enfermedades contratadas)

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.

By Pass Coronario: 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 de balón
- b) Técnica intraarterial basada en catéteres.
- c) Procedimientos con láser.
- d) Técnica que no requiera la apertura quirúrgica del tórax.

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.

Esclerosis: Corresponde a una enfermedad lentamente progresiva del sistema nervioso central, caracterizado por áreas de desmielinización (pérdida de la mielina que rodea a los nervios en el cerebro y en la medula espinal), produciendo una gran variedad de síntomas y signos neurológicos como parestesias, debilidad o torpeza en alguna o varias de las extremidades, trastornos visuales, trastornos en la marcha etc., a menudo con periodos de remisión y exacerbación.

El diagnóstico debe ser efectuado por profesional médico con especialización en neurología, con base en la historia clínica, el examen físico del paciente y examen del líquido cefaloraquídeo. Debe declararse como diagnóstico confirmado y mostrar cambios por resonancia magnética pertinentes, manifestar parálisis completa o parcial, parestesias y/o neuritis óptica. Además debe caracterizarse por episodios de exacerbación y remisión. No se aceptan el diagnóstico de certeza por un primer episodio.

Insuficiencia Renal Crónica: Estadio 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.

Accidente Cerebro Vascular (ACV): 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 intracraneales ocupantes e infecciones.

Parálisis: Pérdida completa y permanente del uso y movimiento de por lo menos dos miembros, brazos y/o piernas, debido a parálisis. Un médico especializado deberá realizar el diagnóstico y determinar que la pérdida del uso y movimiento de los miembros es permanente. Para obtener por esta enfermedad el beneficio que acuerda la presente Cláusula, la parálisis deberá ser continua y permanente por lo menos por doce (12) meses consecutivos desde el inicio de la parálisis. La cobertura comenzará a regir pasados los primeros doce (12) meses de parálisis por lo que el Asegurado deberá continuar con el pago de las extraprimas correspondientes. Se requiere evidencia documentada del accidente o enfermedad que causó la parálisis.

En caso de fallecimiento del Asegurado durante dicho período corresponderá el pago del capital amparado por muerte; pero si existieran pruebas suficientes de la parálisis, se abonará además el capital asegurado que corresponda por esta Cláusula.

Distrofia: Enfermedad hereditaria caracterizada por la pérdida progresiva de los músculos. Un médico debe realizar el diagnóstico, basado principalmente en los síntomas clínicos y en la historia genética del paciente (genético/historia familiar o estudio cromosómico). El informe de cualquier biopsia muscular o electromiografía no constituirá por sí mismo un diagnóstico aceptable por la Compañía.

3.- CARACTER DEL BENEFICIO

Cualquier indemnización que reciba el o los Beneficiarios/s en virtud de esta Cláusula Adicional es adicional e independiente de la que corresponda por la cobertura básica.

La Compañía efectuará la liquidación del beneficio correspondiente, en un pago único, dentro de los 15 días de recibida, la documentación probatoria.

4.- COMPROBACION DE LA ENFERMEDAD

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.

5. - PLAZO DE PRUEBA

La Compañía, dentro de los quince (15) días de recibida la denuncia y/o las constancias satisfactorias a que se refiere el artículo anterior, deberá hacer saber al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. Si las comprobaciones a que se refiere el Artículo "Comprobación de la Enfermedad" no resultaren concluyentes en cuanto al diagnóstico de la enfermedad comprendida dentro de los riesgos cubiertos, la Compañía podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor de 3 (tres) meses, a fin de confirmar el diagnóstico.

La falta de contestación por parte de la Compañía dentro del plazo establecido significará automáticamente el reconocimiento del beneficio reclamado.

Si al momento de concretarse el pago el Asegurado hubiese fallecido, la Compañía abonará la indemnización a los beneficiarios establecidos.

6.- INICIO Y FIN DE LA COBERTURA

La cobertura que concede esta Cláusula Adicional 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 esta Cláusula Adicional.
- b) Por cualquiera de las causas de terminación de la cobertura básica establecida en estas Condiciones Generales Comunes.
- c) A fin de la Fecha de Finalización de esta Cláusula Adicional que figura en las Condiciones Particulares.
- d) Por solicitud expresa del Tomador de la cancelación de la cobertura establecida en esta Cláusula Adicional. La solicitud de cancelación deberá ser presentada por escrito en las oficinas de la Compañía. En los casos a), c) y d) el costo de la cobertura implicada dejará de integrar la prima y el premio total a pagar y se devolverá la prima no ganada, de corresponder.

CGE-90-IASA CONDICIONES GENERALES ESPECÍFICAS INCREMENTO AUTOMÁTICO DE SUMAS ASEGURADAS

De acuerdo con los términos y condiciones establecidas en las presentes condiciones, la Suma Asegurada de la cobertura básica, y las Sumas Aseguradas de las coberturas adicionales, como así también la prima, serán ajustados de acuerdo con el Coeficiente de Incremento de Sumas Aseguradas (CISA), en cada aniversario póliza.

El Coeficiente de Incremento de Sumas Aseguradas (CISA) a aplicar se compondrá por la tasa de variación derivado de la Unidad de Valor Adquisitivo (UVA).

A partir de la vigencia de estas Condiciones Generales Específicas, el coeficiente a aplicar en cada incremento automático surgirá del cociente entre el valor de la UVA correspondiente al primer día del año póliza que se renueva con 60 días de desfase y el valor de la UVA del día correspondiente al primer día del año anterior con 60 días de desfase.

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

Si en un determinado período, la aplicación del método antes mencionado no define un incremento, se mantendrán para ese período las sumas aseguradas 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.

El Tomador de la póliza podrá en cualquier momento dejar sin efecto las presentes Condiciones Generales Específicas de Incremento Automático, notificando por escrito a la Compañía de tal decisión con una antelación no menor a 30 días de la fecha prevista para el próximo ajuste. En tal caso, no se realizará dicho incremento ni se practicarán nuevos incrementos en el futuro, quedando estas Condiciones Generales Específicas automáticamente canceladas, manteniéndose las sumas aseguradas y las primas vigentes a dicha fecha. Una vez canceladas las Condiciones Generales Específicas de Incremento Automático de Sumas Aseguradas, la misma no podrá ser reinstalada.

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