



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

Informe

Número:

Referencia: ANEXO I - CONDICIONES CONTRACTUALES DE CARÁCTER GENERAL DE SEGUROS DE VIDA COLECTIVO PARA LA MUJER

ANEXO I

V - COL FEM- 1 - CONDICIONES GENERALES COMUNES SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA LA MUJER

Artículo 1º - Disposiciones Fundamentales

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

El contrato se establece bajo el siguiente orden de prelación:

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

Artículo 2º - Riesgo Cubierto: Cobertura Básica de Fallecimiento

El presente seguro cubre el riesgo de fallecimiento de cada Asegurada durante la vigencia del respectivo Certificado Individual.

Artículo 3° - Limitaciones y Exclusiones

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

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

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

Artículo 4° - Reticencia

Esta póliza y los respectivos Certificados Individuales han sido extendidos por la Aseguradora sobre la base de las declaraciones suscriptas por el Tomador en su solicitud y de las declaraciones suscriptas por las Aseguradas en sus solicitudes individuales.

Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Tomador o por las Aseguradas, aún hecha de buena fe, que a juicio de peritos hubiere impedido el contrato o la aceptación de los Certificados Individuales, o hubiere modificado las condiciones de los mismos, si la Aseguradora hubiese sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato y/o los Certificados Individuales.

Cuando la reticencia o falsedad sólo fuere imputable a parte del grupo asegurado, serán nulos únicamente los respectivos Certificados Individuales, excepto que, a juicio de peritos dicha reticencia hubiese impedido la cobertura de la totalidad del grupo asegurado.

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

Transcurridos TRES (3) años desde la celebración del contrato y/o de la emisión del Certificado Individual, lo que sea posterior, la Aseguradora no puede invocar la reticencia, excepto cuando fuere dolosa.

La Aseguradora no invocará como reticencia o falsa declaración la omisión de hechos o circunstancias cuya pregunta no conste expresa y claramente en la solicitud del seguro, en las solicitudes individuales y/o declaraciones personales de salud.

Artículo 5° - Vigencia

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

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

Artículo 6° - Fecha de Entrada en Vigor de cada Certificado Individual de Cobertura

Las asegurables que hubieran solicitado su incorporación a esta póliza quedarán comprendidas en la póliza a partir del día primero del mes siguiente a la aceptación de la respectiva solicitud de cobertura, por parte de la Aseguradora, salvo que se indique otra fecha en el Certificado Individual.

Artículo 7° - Capitales asegurados

La suma asegurada con que está cubierta cada Asegurada es la determinada en el respectivo Certificado Individual.

Artículo 8° - Prima y Premio

Las tasas de prima insertas en las Condiciones Particulares de esta póliza regirán durante el primer año de vigencia del seguro. Dichas tasas de prima podrán ser ajustadas en cada aniversario de la póliza por la Aseguradora, la cual comunicará por escrito al Tomador las nuevas tasas de prima resultantes, con una anticipación mínima de TREINTA (30) días corridos a la fecha de aniversario en que comiencen a regir las mismas.

Las primas individuales a abonar por cada Asegurada resultarán de aplicar la tasa de prima sobre el monto de su Capital Asegurado.

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

Artículo 9° - Pago de los Premios

Opción 1- Pagos efectuados por el Tomador

Los premios deberán ser pagados por intermedio del Tomador a través de los medios de pago autorizados. En caso que las Aseguradas contribuyan al pago del premio, en las Condiciones Particulares se indicará la proporción en que el Tomador y las Aseguradas asumen la obligación de pago.

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

Opción 2- Pago Directo por la Asegurada

Los premios deberán ser pagados por cada Asegurada Individual directamente a la entidad Aseguradora, a través de los medios de pago autorizados.

La periodicidad y vencimientos serán los establecidos en los respectivos Certificados Individuales.

Artículo 10 - Plazo de Gracia

Opción 1- Pagos efectuados por el Tomador

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

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

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

Opción 2- Pago Directo por la Asegurada

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

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

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

Artículo 11 - Falta de Pago de los Premios

Opción 1- Pagos efectuados por el Tomador

La falta de pago del premio en el plazo de gracia genera la rescisión automática de la póliza. El Tomador

adeudará a la Aseguradora el premio correspondiente al período impago (premio vencido más premio del plazo de gracia). Si el tomador hubiera solicitado la rescisión durante el período de gracia, adeudará el premio calculado a prorrata por los días transcurridos desde el vencimiento del premio impago hasta la fecha de envío de tal solicitud.

Opción 2- Pago Directo por la Asegurada

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

Artículo 12 - Cantidad Mínima de Aseguradas y Porcentaje Mínimo de Adhesión

Es condición expresa para que este seguro entre en vigor y mantenga su vigencia en las condiciones pactadas en materia de capitales y primas, que tanto la cantidad de Aseguradas como el porcentaje de adhesión (cantidad de Aseguradas en relación con cantidad de integrantes del grupo) alcancen los mínimos indicados en las Condiciones Particulares.

Si en un determinado momento no se reunieran los requisitos mínimos antes mencionados, la Aseguradora podrá reducir las sumas aseguradas o modificar la tasa de prima aplicada. Asimismo, si se produjere una variación superior al porcentaje establecido en las Condiciones Particulares en la cantidad de Aseguradas y/o sumatoria de capitales asegurados individuales, se podrá realizar un nuevo cálculo de tasa de prima promedio, la que regirá hasta el vencimiento de la anualidad en curso.

Cualquier decisión de modificación deberá ser notificada por escrito al Tomador, con una anticipación mínima de TREINTA (30) días corridos a la fecha de aplicación de la modificación en cuestión.

Artículo 13 - Nómina de Aseguradas

La Aseguradora entregará al Tomador, al momento de emitir la póliza, una nómina completa de las Aseguradas con las respectivas sumas aseguradas y, asimismo, entregará listas de actualización por ingresos, egresos y variaciones de los capitales asegurados a medida que se produzcan. Dicho listado constituirá prueba de la totalidad de las Aseguradas, debiendo el Tomador notificar a la Aseguradora cualquier modificación a la misma.

Artículo 14 - Designación y Cambio de Beneficiarios

Cada Asegurada designará en su Solicitud Individual, en oportunidad de incorporarse al seguro, el o los beneficiarios de la misma.

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

La Aseguradora quedará liberada en caso de pagar el Capital Asegurado a los beneficiarios debidamente designados con anterioridad a la recepción de cualquier comunicación modificatoria de esa designación.

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

Artículo 15 - Denuncia del Siniestro - Liquidación por Fallecimiento

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

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

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

Artículo 16 - Obligaciones del Tomador

Son obligaciones del Tomador:

- a. Comunicar a la Aseguradora el fallecimiento de cualquier Asegurada.
- b. Recepcionar y remitir a la Aseguradora los formularios de Solicitud Individual en tiempo y forma.
- c. Remitir a la Aseguradora, la correspondiente denuncia de siniestro en tiempo y forma; conforme lo establecido en el Artículo 46 de la Ley de Seguros.
- d. Comunicar mensual y regularmente a la Aseguradora, las altas y bajas de las Aseguradas y las bases para efectuar el cálculo de las primas y capitales asegurados, con la siguiente información: fecha de nacimiento, nombre y apellido, número de documento o CUIL y Capital Asegurado.
- e. Hacer saber a la Aseguradora cualquier cambio de denominación o domicilio.
- f. Entregar a la Asegurada el Certificado Individual.
- g. Comunicar a la solicitante el rechazo de su solicitud individual comunicado previamente por la Aseguradora.
- h. Proporcionar a la Aseguradora toda información que ésta le requiera para posibilitar la ejecución del contrato del seguro.
- i. Entregar a las Aseguradas los certificados suplementarios oportunamente emitidos por la Aseguradora con las modificaciones que afecten el alcance de la cobertura brindada.

Artículo 17 - Finalización de las Coberturas Individuales

La cobertura individual de cada Asegurada finalizará en los siguientes casos:

- a. Por renuncia de la Asegurada a continuar con el seguro.
- b. Por fallecimiento de la Asegurada.
- c. Por dejar de pertenecer la Asegurada al grupo regido por el Tomador.
- d. Por caducidad o rescisión de la póliza.
- e. Por falta de pago de premios de acuerdo con lo establecido en el Artículo 11 de estas Condiciones Generales Comunes.
- f. Cuando la Asegurada cumpla la Edad Máxima de Permanencia establecida en las Condiciones Particulares. La continuidad de cobro de prima correspondiente a esa Asegurada, luego del arribo a tal edad máxima, se considerará como prórroga de vigencia hasta finalizado el período de riesgo cubierto amparado por dicha prima.
- g. Por ocurrir un siniestro amparado por una cláusula adicional de la póliza, en caso de haberla contratado, que otorgue una cobertura sustitutiva de la cobertura básica de fallecimiento.

Tanto la renuncia a que se refiere el punto a), como el retiro del grupo previsto en el punto c), deberán ser comunicados por escrito a la Aseguradora por intermedio del Tomador, dentro de los TREINTA (30) días corridos desde la fecha en la cual se produjeran dichos eventos.

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

En cualquier caso de rescisión o caducidad de esta póliza caducarán simultáneamente todos los Certificados Individuales cubiertos por ella, salvo las obligaciones pendientes a cargo de la Aseguradora.

Artículo 18 - Rescisión de esta Póliza

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

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

Artículo 19 - Duplicado de Póliza y de Certificados

Si en caso de robo, pérdida, destrucción o cualquier otra causa esta póliza dejara de hallarse en poder del

Tomador, o cualquier Certificado Individual en poder de la Asegurada, los interesados podrán obtener un duplicado en sustitución del original. Las modificaciones o suplementos que se incluyan en el duplicado, a pedido del Tomador o de la Asegurada, serán los únicos válidos.

El Tomador y las Aseguradas tienen derecho a que se les entregue copia de las declaraciones efectuadas con motivo de este contrato y de la póliza y/o de los Certificados Individuales sin costo alguno.

Artículo 20 - Impuestos, Tasas y Contribuciones

Los impuestos, tasas y contribuciones de cualquier índole y jurisdicción que se crearen en lo sucesivo, o los aumentos eventuales de los existentes, estarán a cargo del Tomador, o de las Aseguradas, según el caso, salvo cuando la Ley los declare expresamente a cargo exclusivo de la Aseguradora.

Artículo 21 - Facultades del Productor o Agente

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

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

Artículo 22 - Prescripción

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

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

Artículo 23 - Jurisdicción

Toda controversia judicial que se plantee con relación al presente contrato, será dirimida ante los Tribunales ordinarios competentes de la jurisdicción del lugar de emisión de la póliza o del domicilio de la Asegurada en los casos en que la póliza y/o el Certificado Individual hayan sido emitidos en una jurisdicción distinta a la de su domicilio.

Artículo 24 - Domicilio

El domicilio en el que las partes deben efectuar las denuncias y declaraciones previstas en la Ley de Seguros o en

el presente contrato es el último declarado.

(La entidad podrá especificar en este artículo los canales de remisión de información, tales como correos electrónicos, página web, etc, habilitados para efectuar cualquier declaración prevista en la póliza.)

V - COL FEM – 1.1 – CONDICIONES GENERALES ESPECÍFICAS SEGURO DE VIDA PARA GRUPOS DE EMPLEADAS

Artículo 1º - Personas Asegurables

Se consideran "Asegurables" a todas las dependientes permanentes del Tomador que a la fecha de emisión de esta póliza se encontraren en servicio activo y posean la antigüedad mínima ininterrumpida en relación de dependencia estipulada en las Condiciones Particulares.

Se entiende por servicio activo el desempeño normal de las tareas al servicio del Tomador por parte de las dependientes que, en la fecha de emisión de la póliza, figuren en la lista de personal activo, cumplan con la jornada laboral completa y perciban habitualmente los haberes. A tales efectos, se considerará jornada laboral completa el desarrollo de la prestación de servicios mínimos de treinta (30) horas semanales, salvo pacto en contrario.

A los efectos del presente seguro serán asimilados a las dependientes permanentes del Tomador las dueñas únicas y/o socias y/o directoras del Tomador, siempre que se dediquen efectivamente a la empresa en un tiempo no menor a treinta (30) horas semanales. En tal caso, les serán aplicables todas las disposiciones que para ingreso o reingreso de los dependientes se establece en el presente artículo.

Toda asegurable que desee incorporarse a esta póliza deberá solicitarlo por escrito en los formularios de Solicitud Individual que a este efecto proporciona la Aseguradora. La solicitud deberá formularla dentro de un plazo de treinta (30) días corridos, a contar desde la fecha en que sea asegurable.

Las asegurables que soliciten su incorporación a esta póliza después de transcurrido el plazo indicado en el párrafo anterior, como asimismo las que vuelvan a solicitar su incorporación al seguro después de haber rescindido la cobertura, deberán presentar pruebas de asegurabilidad satisfactorias para la Aseguradora a través del cuestionario de salud provisto por la misma y/o requisitos médicos adicionales a cargo de la Aseguradora, en el caso que la misma exija a tales efectos el cumplimiento de pruebas de asegurabilidad.

Aquellas que a la iniciación del seguro no se encontraren en servicio activo, se considerarán asegurables después de que haya transcurrido el plazo definido en las Condiciones Particulares, desde la fecha de reincorporación al servicio activo, y siempre que cumplan con las restantes condiciones para ser asegurables.

Toda Solicitud Individual recibida por el Tomador deberá ser remitida por este a la Aseguradora dentro del plazo de tres (3) días hábiles de recibida la misma.

La Aseguradora se reserva el derecho de resolver en cada caso si la solicitante es asegurable y podrá rechazar su

solicitud.

Se determina un plazo de treinta (30) días corridos desde la recepción de la Solicitud Individual por parte de la Aseguradora, para que ésta se expida sobre la aceptación de la asegurable. En caso de silencio por parte de la misma la solicitud individual se considerará aceptada.

El Tomador deberá suministrar junto con la información requerida en el artículo 19° inciso d) de las Condiciones Generales Comunes, el sueldo y la fecha de ingreso laboral de la Asegurada.

Artículo 2° - Finalización de las Coberturas Individuales

La cobertura individual de cada Asegurada finalizará en los siguientes casos:

- a. Por renuncia de la Asegurada a continuar con el seguro.
- b. Por fallecimiento de la Asegurada.
- c. Por finalización de la relación laboral con el Tomador por cualquier causa.
- d. Por caducidad o rescisión de la póliza.
- e. Por falta de pago de primas de acuerdo con lo establecido en el artículo 14° de las Condiciones Generales Comunes.
- f. Cuando la Asegurada cumpla la Edad Máxima de Permanencia establecida en las Condiciones Particulares. La continuidad de cobro de prima correspondiente a esa Asegurada, luego del arribo a tal edad máxima, se considerará como prórroga de vigencia hasta finalizado el período de riesgo cubierto amparado por dicha prima.
- g. Por ocurrir un siniestro amparado por una cláusula adicional de la póliza, en caso de haberla contratado, que otorgue una cobertura sustitutiva de la cobertura básica de fallecimiento.

Tanto la renuncia a que se refiere el punto a), como la finalización de la relación laboral prevista en el punto c), deberán ser comunicadas por escrito a la Aseguradora por intermedio del Tomador dentro de los treinta (30) días corridos desde la fecha en la cual se produjeron dichos eventos.

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

En cualquier caso de rescisión o caducidad de esta póliza caducarán simultáneamente todos los Certificados Individuales cubiertos por ella, salvo las obligaciones pendientes a cargo de la Aseguradora.

V - COL FEM – 1.2 – CONDICIONES GENERALES ESPECÍFICAS SEGURO DE VIDA PARA GRUPOS ABIERTOS

Artículo 1° - Personas Asegurables

Se consideran “Asegurables”, a todas las mujeres, cuya relación con el Tomador resulte preexistente a su incorporación a este seguro, que se encuentren relacionadas entre sí por un interés distinto al de contratar el presente seguro.

Toda asegurable que desee incorporarse a esta póliza deberá solicitarlo por escrito en los formularios de Solicitud Individual que a este efecto proporciona la Aseguradora. La solicitud deberá formularla dentro del plazo de (30) días corridos, a contar desde la fecha en que sea asegurable.

Las asegurables que soliciten su incorporación a esta póliza después de transcurrido el plazo indicado en el párrafo anterior, como asimismo las que vuelvan a solicitar su incorporación al seguro después de haber rescindido la cobertura, deberán presentar pruebas de asegurabilidad satisfactorias para la Aseguradora a través del cuestionario de salud provisto por la misma y/o requisitos médicos adicionales a cargo de la Aseguradora, en el caso que la misma exija a tales efectos el cumplimiento de pruebas de asegurabilidad.

Toda Solicitud Individual recibida por el Tomador deberá ser remitida por este a la Aseguradora dentro del plazo de tres (3) días hábiles de recibida la misma.

La Aseguradora se reserva el derecho de resolver en cada caso si la solicitante es asegurable y podrá rechazar su solicitud.

Se determina un plazo de treinta (30) días corridos desde la recepción de la Solicitud Individual por parte de la Aseguradora, para que ésta se expida sobre la aceptación de la asegurable. En caso de silencio por parte de la misma la solicitud individual se considerará aceptada.

Artículo 2° - Finalización de las Coberturas Individuales

La cobertura individual de cada Asegurada finalizará en los siguientes casos:

- a. Por renuncia de la Asegurada a continuar con el seguro.
- b. Por fallecimiento de la Asegurada.
- c. Por dejar de pertenecer la Asegurada al grupo regido por el Tomador.
- d. Por caducidad o rescisión de la póliza.
- e. Por falta de pago de primas de acuerdo con lo establecido en el artículo 14° de las Condiciones Generales Comunes.
- f. Cuando la Asegurada cumpla la Edad Máxima de Permanencia establecida en las Condiciones Particulares. La continuidad de cobro de prima correspondiente a esa Asegurada, luego del arribo a tal edad máxima, se considerará como prórroga de vigencia hasta finalizado el período de riesgo cubierto amparado por dicha prima.
- g. Por ocurrir un siniestro amparado por una cláusula adicional de la póliza, en caso de haberla contratado, que otorgue una cobertura sustitutiva de la cobertura básica de fallecimiento.

Tanto la renuncia a que se refiere el punto a), como el retiro del grupo previsto en el punto c), deberán ser

comunicadas por escrito a la Aseguradora por intermedio del Tomador dentro de los treinta (30) días corridos desde la fecha en la cual se produjeron dichos eventos.

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

En cualquier caso de rescisión o caducidad de esta póliza caducarán simultáneamente todos los Certificados Individuales cubiertos por ella, salvo las obligaciones pendientes a cargo de la Aseguradora.

2.1 – CLÁUSULA ADICIONAL DE CARENCIA

La presente cláusula procederá siempre y cuando figure su inclusión en las Condiciones Particulares y Certificado Individual de Incorporación diferenciándose para cada una de las cláusulas contratadas según corresponda.

La Aseguradora no pagará la indemnización cuando el evento indemnizable de una Asegurada se produjere dentro del período de carencia indicado en el Certificado Individual, durante el cual la Asegurada está obligada al pago de las primas a contar desde la fecha de vigencia inicial de dicho Certificado.

El período de carencia no será aplicable en caso de accidente. Se entenderá por “accidente” a todo hecho externo, violento, fortuito e independiente de la voluntad de la Asegurada.

El período de carencia deberá cumplirse cada vez que la Asegurada ingrese al seguro, independientemente de que dicha Asegurada lo hubiese cumplido en un ingreso anterior. Asimismo, dicho período se aplicará respecto de cualquier incremento de Capital Asegurado que tenga lugar, excepto en el caso de incrementos masivos para todo el grupo asegurado.

Nota: La carencia prevista en esta Cláusula no podrá aplicarse cuando la Aseguradora solicite requisitos de asegurabilidad, ni podrá ser aplicada conjuntamente con la Cláusula Adicional de Carencia por Enfermedades Preexistentes para Fallecimiento, Sepelio e Invalidez.

V - COL FEM – 2.2 - CLÁUSULA ADICIONAL DE CARENCIA POR ENFERMEDADES PREEXISTENTES PARA FALLECIMIENTO, SEPELIO E INVALIDEZ

La presente cláusula procederá siempre y cuando figure su inclusión en las Condiciones Particulares y Certificado Individual de Incorporación diferenciándose para cada una de las cláusulas contratadas según corresponda.

La Aseguradora no pagará la indemnización cuando el fallecimiento o invalidez de una Asegurada se produjere como consecuencia de una enfermedad preexistente.

Por enfermedad preexistente se entiende a toda enfermedad que padeciera la Asegurada durante los primeros meses de vigencia del Certificado Individual, diagnosticada con anterioridad a su incorporación al seguro, y que fuera la causa directa del fallecimiento o invalidez.

El plazo de carencia para enfermedades preexistentes será el establecido en el Certificado Individual, no pudiendo exceder los DOCE (12) meses, período en el cual corresponderá el pago de primas, a contar desde la fecha de vigencia inicial de dicho Certificado.

El período de carencia por enfermedades preexistentes deberá cumplirse cada vez que la Asegurada ingrese al seguro, independientemente de que dicha Asegurada lo hubiese cumplido en un ingreso anterior. Asimismo, dicho período se aplicará respecto de cualquier incremento de Capital Asegurado que tenga lugar, excepto en el caso de incrementos masivos para todo el grupo asegurado.

Nota: La carencia por enfermedades preexistentes no podrá aplicarse cuando la Aseguradora solicite requisitos de asegurabilidad, ni podrá ser aplicada conjuntamente con la Cláusula Adicional de Carencia.

V - COL FEM – 3.1 – CLÁUSULA ADICIONAL DE OPCIÓN PARA JUBILADAS Y/O RETIRADAS (Aplicable a los Seguros de Vida Colectivo para Grupos de Empleadas) (Prolongación de la Cobertura)

La Asegurada Titular que en el futuro se jubile y/o retire, siempre que haya estado asegurada en el grupo por el término mínimo anterior a la jubilación y/o retiro estipulado en las Condiciones Particulares, podrá continuar en el seguro manteniendo las coberturas definidas en el Certificado Individual, si lo solicita por lo menos con TREINTA (30) días de anticipación al último día que vaya a prestar servicios para el Tomador, sin exigirse para ello el cumplimiento de nuevos requisitos de asegurabilidad.

Dicha continuidad en las coberturas sólo procederá hasta la fecha en que la Asegurada cumpla la edad máxima de permanencia estipulada en Condiciones Particulares para cada una de las coberturas contratadas, la cual no podrá superar los OCHENTA (80) años.

El Capital Asegurado de cada una de las coberturas contratadas resultará de aplicar el porcentaje que obra en Condiciones Particulares sobre el Capital Asegurado al momento de la jubilación y/o retiro, sin derecho a un posterior aumento.

Las primas correspondientes a cada Asegurada, se determinarán a partir de la tasa de prima media calculada teniendo en cuenta tanto a las Aseguradas activas como pasivas sin discriminación por rangos de edades heterogéneas.

V - COL FEM – 3.2 – CLÁUSULA ADICIONAL DE OPCIÓN PARA JUBILADAS Y/O RETIRADAS (Aplicable a los Seguros de Vida Colectivo para Grupos de Empleadas) (Conversión a un Seguro de Vida Individual)

La Asegurada Titular que en el futuro se jubile y/o retire, siempre que haya estado asegurada en el grupo por el término mínimo anterior a la jubilación y/o retiro estipulado en las Condiciones Particulares, podrá convertir su cobertura a un Seguro Individual que la Aseguradora posea autorizado, si lo solicita por lo menos con TREINTA (30) días de anticipación al último día que vaya a prestar servicios para el Tomador, sin exigirse para ello el cumplimiento de nuevos requisitos de asegurabilidad.

El Capital Asegurado resultará de aplicar el porcentaje que obra en Condiciones Particulares sobre el Capital Asegurado al momento de la jubilación y/o retiro, sin derecho a un posterior aumento.

V - COL FEM – 4 – CLÁUSULA ADICIONAL – SEPELIO – REINTEGRO DE GASTOS – BENEFICIO ADICIONAL

Artículo 1° - Riesgo Cubierto

La Aseguradora concederá el beneficio que acuerda la presente cláusula cuando la Asegurada fallezca durante la vigencia de la presente cláusula en el Certificado Individual.

Artículo 2° - Riesgos no Cubiertos

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

Artículo 3° - Beneficio

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

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

El capital individual asegurado será uniforme para todas las integrantes del grupo.

Los capitales individuales asegurados podrán ser modificados por la Aseguradora durante la vigencia de la póliza, si el precio del servicio de sepelio pactado varía en razón de mayores costos de los elementos que lo componen, previa notificación a las Aseguradas, con una anticipación de TREINTA (30) días, de los nuevos capitales asegurados y aceptación por parte de las mismas y/o el Tomador.

Artículo 4° - Carácter del Beneficio

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

Artículo 5° - Comprobación de la Cobertura

Corresponde al Tomador, Parientes, Personas allegadas o Herederos Legales, según corresponda:

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

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

Artículo 6° - Finalización de la Cobertura

La cobertura que esta cláusula otorga terminará en la fecha en que se verifique alguno de los eventos previstos en el Artículo 17 de las Condiciones Generales Comunes o en los siguientes casos:

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

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

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

V - COL FEM – 5 – CLÁUSULA ADICIONAL – MUERTE ACCIDENTAL – COBERTURA ADICIONAL

Artículo 1º - Riesgo Cubierto

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

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

Artículo 2º - Riesgos no Cubiertos

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

Artículo 3º - Beneficio

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

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

Artículo 4º - Carácter del Beneficio

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

Artículo 5º - Comprobación del Accidente

Corresponde al Beneficiario o Tomador:

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

Artículo 6º - Valuación por Peritos

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

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

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

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

Artículo 7º - Finalización de la Cobertura

La cobertura que esta cláusula otorga terminará en la fecha en que se verifique alguno de los eventos previstos en el Artículo 17 de las Condiciones Generales Comunes o en los siguientes casos:

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

c. Al caducar o rescindirse la presente cláusula adicional.

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

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

V - COL FEM – 6.1 – CLÁUSULA ADICIONAL – INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE: LIQUIDACIÓN DEL CAPITAL ASEGURADO –BENEFICIO SUSTITUTIVO

Artículo 1º - Riesgo Cubierto

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

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

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

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

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

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

Artículo 2º - Riesgos no Cubiertos

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

Artículo 3° - Beneficio

La Aseguradora, comprobada la invalidez, abonará a la Asegurada una indemnización igual al Capital Asegurado definido en el Certificado Individual, dentro del plazo estipulado en el Artículo 49 segundo párrafo de la Ley de Seguros.

Artículo 4° - Carácter del Beneficio

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

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

Artículo 5° - Comprobación de la Invalidez

Corresponde al Tomador, Asegurada o su representante:

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

Artículo 6° - Plazo de Prueba

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

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

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

Artículo 7º - Valuación por Peritos

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

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

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

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

Artículo 8º - Finalización de la Cobertura

La cobertura que esta cláusula otorga terminará en la fecha en que se verifique alguno de los eventos previstos en el Artículo 17 de las Condiciones Generales Comunes o en los siguientes casos:

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

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

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

NOTA: Las causales definidas taxativamente en Condiciones Particulares eximirán de comprobación para determinar la invalidez total y permanente.

V - COL FEM – 6.2 – CLÁUSULA ADICIONAL – INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE: LIQUIDACIÓN DEL CAPITAL ASEGURADO – BENEFICIO SUSTITUTIVO

Artículo 1º - Riesgo Cubierto

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

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

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

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

Artículo 2º - Riesgos no Cubiertos

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

Artículo 3º - Beneficio

La Aseguradora, comprobada la invalidez, abonará a la Asegurada una indemnización igual al Capital Asegurado definido en el Certificado Individual, dentro del plazo estipulado en el Artículo 49 segundo párrafo de la Ley de Seguros.

Artículo 4º - Carácter del Beneficio

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

Si el monto abonado por invalidez resultara inferior a la suma asegurada por muerte, dicha liberación será parcial

por un importe igual al capital liquidado por invalidez permanente.

Artículo 5° - Comprobación de la Invalidez

Corresponde al Tomador, Asegurada o su representante:

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

Artículo 6° - Plazo de Prueba

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

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

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

Artículo 7° - Valuación por Peritos

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

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

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

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

Artículo 8° - Finalización de la Cobertura

La cobertura que esta cláusula otorga terminará en la fecha en que se verifique alguno de los eventos previstos en el Artículo 17 de las Condiciones Generales Comunes o en los siguientes casos:

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

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

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

V - COL FEM – 7.1 – CLÁUSULA ADICIONAL – INVALIDEZ TEMPORARIA – COBERTURA RETROACTIVA CON PAGO EN CUOTAS – BENEFICIO ADICIONAL

Artículo 1° - Riesgo Cubierto

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

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

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

del siniestro.

- En caso de accidente, a partir de la fecha de ocurrencia del mismo.

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

Artículo 2º - Riesgos no Cubiertos

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

Artículo 3º - Beneficio

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

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

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

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

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

Artículo 4º - Carácter del Beneficio

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

Artículo 5º - Comprobación de la Invalidez

Corresponde al Tomador, Asegurada o su representante:

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

Artículo 6° - Plazo de Prueba

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

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

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

Artículo 7° - Valuación por Peritos

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

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

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

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

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

No obstante haberse reconocido la invalidez de la Asegurada al acordarse el beneficio correspondiente, este sólo

continuará mientras subsista ese estado y la Aseguradora podrá exigir en cualquier momento, pero no más de una vez por mes, las pruebas que estime necesarias respecto de la persistencia de la invalidez, incluso UN (1) examen médico por uno de sus facultativos con gastos a su cargo.

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

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

Artículo 9º - Finalización de la Cobertura

La cobertura que esta cláusula otorga terminará en la fecha en que se verifique alguno de los eventos previstos en el Artículo 17 de las Condiciones Generales Comunes o en los siguientes casos:

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

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

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

V - COL FEM – 7.2 – CLÁUSULA ADICIONAL – INVALIDEZ TEMPORARIA POR ACCIDENTE – COBERTURA RETROACTIVA CON PAGO PERIÓDICO EN CUOTAS – BENEFICIO ADICIONAL

Artículo 1º - Riesgo Cubierto

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

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

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

Artículo 2º - Riesgos no Cubiertos

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

Artículo 3º - Beneficio

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

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

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

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

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

Artículo 4º - Carácter del Beneficio

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

cualquiera de ellos.

Artículo 5° - Comprobación de la Invalidez

Corresponde al Tomador, Asegurada o su representante:

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

Artículo 6° - Plazo de Prueba

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

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

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

Artículo 7° - Valuación por Peritos

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

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

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

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

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

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

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

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

Artículo 9º - Finalización de la Cobertura

La cobertura que esta cláusula otorga terminará en la fecha en que se verifique alguno de los eventos previstos en el Artículo 17 de las Condiciones Generales Comunes o en los siguientes casos:

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

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

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

**V - COL FEM – 8 – CLÁUSULA ADICIONAL – DIAGNÓSTICO DE CÁNCER – BENEFICIO
ADICIONAL**

Artículo 1º - Riesgo Cubierto

La Aseguradora concederá a la Asegurada el beneficio que acuerda la presente cláusula cuando a la misma le haya sido diagnosticado alguno de los Cánceres detallados en Condiciones Particulares, siempre que esto ocurra durante la vigencia de la presente cláusula en el Certificado Individual.

Se entenderá por Cáncer a la presencia de un tumor maligno caracterizado por el crecimiento y expansión incontrolables de células malignas, con invasión y destrucción del tejido normal.

Artículo 2º - Riesgos no Cubiertos

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

Artículo 3º - Beneficio

La Aseguradora, comprobado el diagnóstico de cáncer, abonará a la Asegurada el beneficio estipulado en el Certificado Individual.

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

Artículo 4º - Carácter del Beneficio

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

Artículo 5º - Comprobación del Diagnóstico de Cáncer

Corresponde al Tomador, Asegurada o su representante:

- a. Denunciar cualquier diagnóstico de cáncer conforme el plazo definido en Condiciones Particulares y Certificado Individual, el cual nunca será inferior a los TRES (3) días, contados desde la ocurrencia del

mismo, o desde que el denunciante conozca la existencia del beneficio, lo que fuera posterior, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.

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

c. Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta DOS (2) exámenes médicos por facultativos designados por la Aseguradora y con gastos a cargo de ésta.

Artículo 6° - Plazo de Prueba

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

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

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

Artículo 7° - Valuación por Peritos

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

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

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

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

Artículo 8° - Finalización de la Cobertura

La cobertura que esta cláusula otorga terminará en la fecha en que se verifique alguno de los eventos previstos en el Artículo 17 de las Condiciones Generales Comunes o en los siguientes casos:

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

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

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

V - COL FEM – 9 – CLÁUSULA ADICIONAL – RENTA DIARIA POR TRABAJO DE PARTO – COBERTURA RETROACTIVA – BENEFICIO ADICIONAL

Artículo 1º - Riesgos Cubiertos

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

Artículo 2º - Riesgos no Cubiertos

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

Artículo 3º - Beneficio

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

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

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

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

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

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

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

El monto a abonar corresponderá al Capital Asegurado de esta cobertura vigente al primer día de internación. Todo incremento en el Capital Asegurado efectuado con posterioridad a dicha fecha será considerado nulo a los efectos del otorgamiento de este beneficio.

Artículo 4º - Carácter del Beneficio

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

Artículo 5º - Establecimiento Asistencial

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

Artículo 6º - Comprobación de la Internación

Corresponde al Tomador, Asegurada o su representante:

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

b. Presentar las constancias médicas y/o testimoniales de sus causas.

Artículo 7º - Plazo de Prueba

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

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

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

Artículo 8º - Valuación por Peritos

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

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

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

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

Artículo 9º - Finalización de la Cobertura

La cobertura que esta cláusula otorga terminará en la fecha en que se verifique alguno de los eventos previstos en el Artículo 17 de las Condiciones Generales Comunes o en los siguientes casos:

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

- b. Por la renuncia a continuar asegurada por la presente cláusula.
- c. Al caducar o rescindirse la presente cláusula adicional.
- d. A partir de haberse efectuado pagos en virtud de esta cláusula adicional que alcancen el valor máximo del beneficio. Sin perjuicio de la presente causal de finalización de cobertura, la misma podrá ser contratada nuevamente, previo consentimiento de la Aseguradora.

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

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

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

V - COL FEM – 10 – CLÁUSULA ADICIONAL – CONTAGIO ACCIDENTAL DE VIH EN EL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN MÉDICA O PARAMÉDICA – BENEFICIO ADICIONAL

Artículo 1º - Riesgo Cubierto

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

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

Artículo 2º - Riesgos no Cubiertos

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

Artículo 3º - Beneficio

La Aseguradora, comprobado el padecimiento definido en el Artículo 1° abonará a la Asegurada, la suma asegurada estipulada en el Certificado Individual.

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

Artículo 4° - Carácter del Beneficio

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

Artículo 5° - Comprobación del Accidente

Corresponde al Tomador, Asegurada o su representante:

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

Artículo 6° - Valuación por Peritos

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

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

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

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

honorarios y gastos del tercer médico serán pagados en partes iguales por cada una de las partes.

Artículo 7° - Finalización de la Cobertura

La cobertura que esta cláusula otorga terminará en la fecha en que se verifique alguno de los eventos previstos en el Artículo 17 de las Condiciones Generales Comunes o en los siguientes casos:

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

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

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

V - COL FEM – 11 – CLÁUSULA ADICIONAL – FERTILIDAD – BENEFICIO ADICIONAL

Artículo 1° - Riesgo Cubierto

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

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

Artículo 2° - Riesgos no Cubiertos

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

Artículo 3° - Beneficio

La Aseguradora, comprobado el resultado negativo del *n*-ésimo tratamiento de reproducción asistida, abonará a la Asegurada el beneficio estipulado en el Certificado Individual.

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

Artículo 4° - Carácter del Beneficio

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

Artículo 5° - Comprobación del Diagnóstico

Corresponde al Tomador, Asegurada o su representante:

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

Artículo 6° - Plazo de Prueba

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

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

La Asegurada deberá seguir abonando las primas correspondientes al período de comprobación del diagnóstico.

Confirmado el beneficio, la Aseguradora reembolsará las extraprimas de esta Cláusula Adicional abonadas durante el plazo de comprobación.

Artículo 7° - Valuación por Peritos

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

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

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

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

Artículo 8° - Finalización de la Cobertura

La cobertura que esta cláusula otorga terminará en la fecha en que se verifique alguno de los eventos previstos en el Artículo 17 de las Condiciones Generales Comunes o en los siguientes casos:

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

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

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

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

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

V - COL FEM – 12 – CLÁUSULA ADICIONAL – AGRAVACIÓN DEL RIESGO

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

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

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

Cuando la agravación resulte de un hecho ajeno a la Asegurada, la Aseguradora deberá notificarle su decisión de rescindir dentro del término de UN (1) mes y con un preaviso de SIETE (7) días. Pero si el riesgo no se hubiera asumido según las prácticas comerciales de la Aseguradora, la cobertura queda suspendida y la Aseguradora en el término de SIETE (7) días deberá notificar su decisión de rescindir.

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

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

V - COL FEM – 13 – CLÁUSULA ADICIONAL DE PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES

Artículo 1º - Porcentaje

Mediante esta cláusula adicional, la Aseguradora acuerda participar al Tomador en las utilidades de esta póliza en el porcentaje establecido en las Condiciones Particulares y Certificado Individual, según corresponda.

Artículo 2° - Oportunidad

La participación de utilidades se realizará al final de cada año de vigencia de la póliza.

Tanto su cálculo como su pago se efectuarán dentro de los NOVENTA (90) días de la fecha de vencimiento del período considerado.

Artículo 3° - Requisitos

Sólo se procederá al cálculo de participación de utilidades cuando las primas devengadas en el período anual sean abonadas en su totalidad y antes de su fecha de vencimiento o dentro del plazo de gracia.

Cuando no se cumpla el requisito establecido en el párrafo anterior, la participación en utilidades se practicará en el aniversario de póliza en que dicho requisito se cumpla, computando para ello todos los valores acumulados desde la fecha de emisión de esta cláusula o del último cálculo de participación en utilidades.

Artículo 4° - Coberturas Incluidas

La participación de utilidades podrá calcularse para la totalidad de coberturas incluidas en la póliza, o sólo para alguna/s de ellas, las cuales serán indicadas en las Condiciones Particulares y Certificado Individual, según corresponda.

Artículo 5° - Cálculo de las Utilidades

El cálculo de las utilidades de la póliza se efectuará empleando la “Cuenta de Utilidades” que se desarrolla seguidamente.

El alcance de los conceptos detallados seguidamente, así como sus porcentajes, será el consignado en las Condiciones Particulares y Certificado Individual, según corresponda.

INGRESOS:

- a. Las primas de tarifa emitidas netas de anulaciones correspondientes al período de cálculo considerado.

EGRESOS:

- a. Los siniestros pagados y reservados netos de recuperos correspondientes al período de cálculo considerado.
- b. El porcentaje de las primas correspondientes al período de cálculo considerado en concepto de gastos de la Aseguradora.
- c. El eventual saldo negativo de la cuenta de INGRESOS menos EGRESOS del período de cálculo anterior.

La diferencia en más de los INGRESOS sobre los EGRESOS representará la utilidad sobre la cual se calculará la participación al Tomador.

Artículo 6° - Distribución

La Aseguradora participará del importe resultante de acuerdo a lo dispuesto en esta cláusula al Tomador, y este dará cuenta a las Aseguradas del importe que les corresponda de acuerdo a la proporción de sus participaciones en el importe de las primas de esta póliza. Dicho proceder será notificado en los Certificados Individuales a fin de poner en conocimiento del mismo a las Aseguradas.

Artículo 7° - Otras Consideraciones

La participación de utilidades se practicará únicamente por años completos de póliza, por lo que no se computarán fracciones de año en caso de cancelación de la póliza antes de su fecha aniversario.
