



CAJA DE SEGUROS S.A.(EX CSVSA)
 C.U.I.T 30-66320562-1 ING.BRUTOS 901-157582-4
 ROBERTO FITZ ROY 957
 1414 - CIUDAD AUTONOMA BUENOS AIRES
 CAPITAL FEDERAL
 TEL. 4857-8118 FAX. 4857-8114



* Los seguros son emitidos por su empresa controladora CAJA DE SEGUROS S.A

CONDICIONES PARTICULARES

SECCION	POLIZA N°	CONTROL	ENDOSO N°
VI DA I NDI VI DUAL	5000-2784967-01	4	0

Entre CAJA DE SEGUROS S.A. (en adelante La Caja) y quien se designa con el nombre del Asegurado, se conviene en celebrar el presente contrato de seguro con arreglo a las Condiciones Particulares y Generales de la presente Póliza que se agregan y de conformidad con la solicitud de seguro, la que se declara parte integrante de este contrato.

CONCEPTO	VIGENCIA
EMI SI ON	
ASEGURADO Y/O TOMADOR	
DOMICILIO	

COND. DE IVA	SOLICITUD N°	N° DOC./N° DE CUIT	VENCIMIENTO PAGO CONTADO
CONS. FI NAL			

OBJETO DEL SEGURO Y RIESGOS ASEGURADOS	SUMA ASEGURADA INICIAL
	\$
Edad máxima de ingreso : 64 años Edad máxima de permanencia : 65 años	
* COBERTURA: ADICIONAL MUERTE ACCIDENTAL Fecha Inicio Vigencia : Capital Asegurado: Extraprima: Edad mínima de ingreso : 21 años Edad máxima de ingreso : 64 años Edad máxima de permanencia : 65 años	
* COBERTURA: INCAPACIDAD TOTAL Y PERMAN. P/ACCID Fecha Inicio Vigencia : Capital Asegurado: Extraprima: Edad mínima de ingreso : 21 años Edad máxima de ingreso : 64 años Edad máxima de permanencia : 65 años	
Cantidad de Módulos : 4	
Endoso de Incremento Automático Anual de Capitales Asegurados: - Coeficiente de Incremento Seleccionado: Variación anual positiva del Índice de Salarios Nivel General publicado por el INDEC, la cual no podrá superar el 50%.	
Esta Póliza ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación a través del Proveído Nro. 123.248	
Solamente las cláusulas y/o artículos que se citan forman parte integrante del presente contrato.	
Conste que la emisión de cualquier suplemento sobre esta póliza no implica la rehabilitación de co-	

COND.ANEXOS Y/O CLAUSULAS INTEGRANTES DE ESTA POLIZA

1, 2, 14, 15, 30, 31, M A1010

MONEDA	PRIMA	DERECHO DE EMISIÓN	RECARGOS ADMINISTRATIVOS	RECARGOS FINANCIEROS	BONIFICACIÓN
\$					
IMPUESTOS Y TASAS	SELLADOS	PERCEP. I.B.	IVA BÁSICO	IVA ADICIONAL	PREMIO

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN

Cuando el texto de la Póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el Asegurado o tomador del seguro, si no reclama dentro de un mes de haber recibido la Póliza. Cuando se mencionan los vocablos "Asegurado", "Tomador" y "Contratante" se considerarán indistintamente según corresponda.

El impuesto de Sellos será ingresado por la Caja en la jurisdicción correspondiente, mediante declaración jurada.

La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8 del Reglamento General de la Actividad Aseguradora

ESTA POLIZA HA SIDO APROBADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION

Jorge Mignone
Gerente General

La entidad aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado. Por reclamos, que no hayan sido solucionados previamente por las Vías de atención al público de la entidad, podrán comunicarse con este Servicio al teléfono 4857-7677 opción 2. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.lacaja.com.ar. En caso de que existiera un reclamo ante la entidad aseguradora y que el mismo no haya sido resuelto o haya sido desestimado, total o parcialmente, o que haya sido denegada su admisión, podrá comunicarse con la Superintendencia de Seguros de la Nación por teléfono al 0800-666-8400 o por correo electrónico a consultas@ssn.gob.ar.



CAJA DE SEGUROS S.A.(EX CSVSA)
 C.U.I.T 30-66320562-1 ING.BRUTOS 901-157582-4
 ROBERTO FITZ ROY 957
 1414 - CIUDAD AUTONOMA BUENOS AIRES
 CAPITAL FEDERAL
 TEL. 4857-8118 FAX. 4857-8114



* Los seguros son emitidos por su empresa controladora CAJA DE SEGUROS S.A

CONDICIONES PARTICULARES

SECCION	POLIZA N°	CONTROL	ENDOSO N°
VI DA I NDI VI DUAL		4	0

Entre CAJA DE SEGUROS S.A. (en adelante La Caja) y quien se designa con el nombre del Asegurado, se conviene en celebrar el presente contrato de seguro con arrego a las Condiciones Particulares y Generales de la presente Póliza que se agregan y de conformidad con la solicitud de seguro, la que se declara parte integrante de este contrato.

CONCEPTO	VIGENCIA		
EMI SI ON			
ASEGURADO Y/O TOMADOR			
DOMICILIO			
COND. DE IVA	SOLICITUD N°	N° DOC./N° DE CUIT	VENCIMIENTO PAGO CONTADO

OBJETO DEL SEGURO Y RIESGOS ASEGURADOS	SUMA ASEGURADA INICIAL
	\$
<p>bertura si la misma se halla suspendida por falta de pago en término, a la fecha de emisión del suplemento.</p> <p>Los Asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la situación económica financiera de la entidad aseguradora, dirigiéndose personalmente o por nota a la Avenida Julio A. Roca 721 (C.P. 1067), Ciudad Autónoma de Buenos Aires o telefónicamente al n° 4338-4000 o por internet a www.ssn.gov.ar</p> <p>En virtud de contener esta póliza firma facsimilar, la Compañía renuncia a oponer defensa relacionada con la falsedad o inexistencia de la firma. Circular SSN N° 4.462.</p> <p>ORGANIZADOR / PRODUCTOR MATRICULA</p> <p>ADMINISTRACION CENTRAL CAJA DE SEGUROS S.A.</p> <p>Gastos de Producción Gastos de Explotación</p>	

COND.ANEXOS Y/O CLAUSULAS INTEGRANTES DE ESTA POLIZA

1, 2, 14, 15, 30, 31, M A1010

MONEDA	PRIMA	DERECHO DE EMISIÓN	RECARGOS ADMINISTRATIVOS	RECARGOS FINANCIEROS	BONIFICACIÓN
\$					
IMPUESTOS Y TASAS	SELLADOS	PERCEP. I.B.	IVA BÁSICO	IVA ADICIONAL	PREMIO

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN

Cuando el texto de la Póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el Asegurado o tomador del seguro, si no reclama dentro de un mes de haber recibido la Póliza. Cuando se mencionan los vocablos "Asegurado", "Tomador" y "Contratante" se considerarán indistintamente según corresponda.

El impuesto de Sellos será ingresado por la Caja en la jurisdicción correspondiente, mediante declaración jurada.

La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8 del Reglamento General de la Actividad Aseguradora

ESTA POLIZA HA SIDO APROBADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION

Jorge Mignone
Gerente General

La entidad aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado. Por reclamos, que no hayan sido solucionados previamente por las Vías de atención al público de la entidad, podrán comunicarse con este Servicio al teléfono 4857-7677 opción 2. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.lacaja.com.ar. En caso de que existiera un reclamo ante la entidad aseguradora y que el mismo no haya sido resuelto o haya sido desestimado, total o parcialmente, o que haya sido denegada su admisión, podrá comunicarse con la Superintendencia de Seguros de la Nación por teléfono al 0800-666-8400 o por correo electrónico a consultas@ssn.gov.ar.

ANEXO M

MEDIOS HABILITADOS DE PAGO

Se deja constancia que, conforme Resolución 429/2000 y modificatorias del Ministerio de Economía, los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros son los siguientes

- a) Entidades especializadas en cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION.
- b) Entidades financieras sometidas al régimen de la Ley N 21.526.
- c) Tarjetas de crédito, débito o compras emitidas en el marco de la Ley N 25.065
- d) Medios electrónicos de cobro habilitados previamente por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION a cada entidad de seguros, los que deberán funcionar en sus domicilios, puntos de venta o cobranza. En este caso, el pago deberá ser realizado mediante alguna de las siguientes formas efectivo en moneda de curso legal, cheque cancelatorio Ley N 25.345 o cheque no a la orden librado por el asegurado o tomador a favor de la entidad aseguradora.

Cuando la percepción de premios se materialice a través del SISTEMA UNICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (SUSS) se considerará cumplida la obligación establecida en el presente artículo.

* * * * *

SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL

CONDICIONES GENERALES

Art. 1- PREMINENCIA NORMATIVA

En caso de discordancia entre las Condiciones Particulares, Cláusulas Adicionales, Condiciones Generales Específicas y Condiciones Generales que conforman la presente póliza, predominarán en el orden mencionado.

A continuación la utilización de los conceptos Asegurador y Compañía se utilizarán indistintamente con el fin de mencionar a la Compañía Aseguradora.

Esta póliza ha sido extendida por la Compañía sobre la base de las declaraciones suscriptas por el Asegurado en su respectiva solicitud. Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Asegurado, aún hecha de buena fe, que a juicio de peritos hubiere impedido el contrato o la aceptación del seguro, o habría modificado las condiciones del mismo, si la Compañía hubiese sido cerciorada del verdadero estado del riesgo, hace nula la póliza.

Art. 2- RIESGO CUBIERTO - FECHA DE INICIACIÓN DE LA COBERTURA - PLAZOS

Esta póliza, conforme se establezca en las Condiciones Particulares, cubre el riesgo de fallecimiento del Asegurado, y el riesgo de supervivencia.

La misma adquiere fuerza legal desde la cero (0) hora del día fijado como inicio de su vigencia, indicada en las Condiciones Particulares. Los vencimientos de plazos se producirán a la cero (0) hora de igual día del mes y año que corresponda.

El pago de la Prima Inicial es requerido para poner en vigencia esta póliza.

Art. 3- PAGO DE LAS PRIMAS

La prima es pagadera, mientras viva el Asegurado y dentro del plazo de pago de primas establecido en las Condiciones Particulares.

Las primas deberán ser pagadas al contado por adelantado, por anualidades o en servicios semestrales, trimestrales o mensuales, conforme se establezca en las Condiciones Particulares. Si se hubiera convenido un fraccionamiento para el pago de las mismas en plazos menores a un año, éstas llevarán el recargo que fije la Compañía.

Si las primas se pagaren fraccionadas en períodos menores de un año, la Compañía no deducirá del Capital Asegurado las fracciones de prima no vencidas que en el momento de liquidarse la póliza por fallecimiento del Asegurado faltaren para completar la prima del año de seguro en curso.

Art. 4- PLAZO DE GRACIA

La Compañía concede un plazo de gracia de un mes (no inferior a treinta días) para el pago, sin recargo de intereses, de todas las primas.

Durante ese plazo la póliza continuará en vigor. Si dentro de éste se produjera el fallecimiento del Asegurado, se deducirá de la suma a abonarse la prima o fracción de prima impaga vencida.

Para el pago de la primera prima o fracción de prima, el plazo de gracia se contará desde la emisión de la póliza, si fuese posterior, desde la fecha en que comienzan sus efectos. Para el pago de las primas o fracciones de primas siguientes, dicho plazo de gracia correrá a partir de la cero (0) hora del día en que vence cada una.

Los derechos que la póliza acuerda al Asegurado nacen a la misma hora y día que comienzan las obligaciones a su cargo establecidas precedentemente.

Para el Capital Asegurado en caso de supervivencia los derechos que la póliza acuerda al Asegurado, comienzan de acuerdo con lo establecido en las Condiciones Particulares.

Art. 5- FALTA DE PAGO DE LAS PRIMAS

Si cualquier prima o fracción de prima no se pagare dentro del plazo de gracia, durante los dos primeros años de vigencia de la póliza, el Asegurador podrá rescindir la póliza. Luego de los dos años de vigencia, si el Asegurado no ejerciere su opción de seguro saldado o valor de rescate, dentro del mes de interpelado por el Asegurador, su seguro se convertirá automáticamente en uno saldado de suma reducida.

En caso de corresponder se adicionará un menor Capital Asegurado en caso de Supervivencia, para el plazo contractual originario, conforme con las Bases Técnicas aprobadas por la Superintendencia de Seguros de la Nación.

Art. 6- REHABILITACIÓN

Si por falta de pago de cualquier prima la póliza hubiese caducado, se hubiera convertido en un Seguro Saldado o bien el Asegurado hubiese solicitado la rescisión, el mismo podrá solicitar su rehabilitación en cualquier época o antes de la rescisión, restituyéndola a sus términos originarios, siempre que cumpla pruebas de asegurabilidad satisfactorias a juicio de la Compañía, cuyos gastos estarán a cargo del Asegurado, y abone todas las primas impagas vencidas hasta la fecha de la rehabilitación. En el caso de que la póliza se hubiera rescindido, deberá abonar los intereses moratorios que fije el Directorio que no podrán superar el 6,5% efectivo anual. Además, deberá abonar los gastos que se originen, con deducción de la prima de riesgo cuando se trate de rehabilitaciones operadas después del año de la fecha de vencimiento de la prima impaga.

El Asegurado podrá obtener una nueva rehabilitación si desde la rehabilitación anterior efectivizó un mínimo de 6 (seis) meses de primas.

El plazo para la incontestabilidad de la póliza por reticencia volverá a contarse desde la fecha de la última rehabilitación, si la hubo. La rehabilitación de la póliza sólo tendrá efecto legal una vez que la Compañía haya comunicado por escrito al Asegurado la nueva aceptación del riesgo.

Art. 7- RESIDENCIA Y VIAJES - RIESGOS NO CUBIERTOS

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

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

- a) Suicidio voluntario del Asegurado, salvo que esta póliza haya estado en vigor ininterrumpidamente durante tres años como mínimo;
- b) Si es provocada deliberadamente por acto ilícito del beneficiario del presente seguro; o en caso de accidente si es provocado por dolo o culpa grave del Asegurado. En caso de pluralidad de beneficiarios, la exclusión sólo afecta al autor del acto ilícito.
- c) Por duelo o riña, salvo que se tratase de legítima defensa; empresa o acto criminal o aplicación legítima de la pena de muerte;
- d) Guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, tumulto popular (exceptuando de que se traten de tumultos realizados por los trabajadores a favor de su legítimo derecho según la O.I.T.), cuando el Asegurado hubiera participado como sujeto activo;
- e) Riesgos derivados de guerra que no comprenda a la Nación Argentina. En caso de que la comprenda, las obligaciones tanto de parte de la Aseguradora como de los Asegurados se regirán por las normas que para tal emergencia se dicten.
- f) Abuso del alcohol, drogas, estupefacientes, narcóticos o estimulantes;
- g) Someterse a intervenciones médicas o quirúrgicas ilícitas, tratamientos no autorizados legalmente, o de carácter experimental, o realizado en instituciones o por personal no habilitado según la ley vigente teniendo conocimiento de tal circunstancia;
- h) Por la práctica o el uso de la navegación aérea, salvo como pasajero en líneas regulares sujetas a un itinerario fijo, o por otras ascensiones aéreas, aladeltismo o parapente;
- i) Por la participación en viajes o excursiones a zonas o regiones inexploradas, prácticas deportivas submarinas, acuáticas o subacuáticas o escalamiento de montaña;
- j) Competencia en pruebas de pericia y/o velocidad con vehículos mecánicos o de tracción a sangre y en justas hípicas
- k) Intervenir en pruebas de prototipos de aviones, automóviles y otros vehículos de propulsión mecánica;
- l) Desempeño paralelo de las profesiones de acróbata, buzo, jockey, domador de potros o fieras y/o las prácticas de deportes de contacto físico o actividades peligrosas como alpinismo, andinismo, esquí acuático o de montaña, motonáutica y manipuleo de explosivos y/o armas o con exposición a radiaciones atómicas, salvo pacto en contrario
- m) Acontecimientos catastróficos originados por reacciones nucleares,

huracanes, tifones, epidemias, pandemias y fenómenos sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario;

n) Muerte producida por riesgo catastrófico, entendiéndose por tales terremotos, inundación, aluviones, maremotos, erupciones volcánicas y huracanes;

o) Como consecuencia de heridas autoinfrigidadas por el asegurado, aún las cometidas en estado de insanía.

p) Lesiones causadas por el uso de rayos "X" o de cualquier elemento radioactivo;

q) Inhalación de gases o envenenamiento de cualquier naturaleza.

Producido el fallecimiento del Asegurado durante la vigencia de la póliza por cualquiera de las causas enunciadas en los incisos precedentes, la póliza perderá su vigencia inmediatamente, quedando la Compañía liberada de abonar los Capitales Asegurados y sólo corresponderá el pago del Valor de Rescate de la póliza a los beneficiarios, neto de toda deuda pendiente por falta de pago de primas o fracción de prima.

Art. 8- BENEFICIOS

Ocurrido el fallecimiento del Asegurado durante la vigencia de la póliza, estando ella en pleno vigor, la Compañía efectuará el pago que corresponda, después de recibidas las siguientes pruebas: diligenciamiento del Formulario de Denuncia de Siniestro; Certificado de Defunción Original o Copia Certificada por Registro Civil Emisor (si en el Certificado de Defunción no se encontrase la causa de deceso, Declaración del Médico Asistente); Documento de Identidad del Beneficiario (si tuviera designación de beneficiarios), sino deberá presentar declaratoria de herederos expedida por un juez, junto con documentación la respaldatoria correspondiente.

Aprobada esa documentación, la Compañía pondrá el importe del Capital Asegurado a disposición del beneficiario o beneficiarios, dentro del plazo los 15 días de recibidas las pruebas mencionadas en el párrafo anterior.

Cuando esta póliza incluya Capitales Asegurados en caso de vida, el pago del mismo se efectuará al Asegurado, de acuerdo con el plazo establecido en las Condiciones Particulares, requiriendo que éste presente sus documentos de identidad.

Art. 9- DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO

La designación de beneficiario o beneficiarios se hará por escrito, en la Solicitud del seguro o en cualquier otra comunicación como se establece en el Art. 10.

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

Si un beneficiario hubiese fallecido antes o al mismo tiempo que el Asegurado, la asignación correspondiente del seguro acrecerá la de los demás beneficiarios, si los hubiere, en la proporción de sus propias asignacio-

nes.

Cuando se designe a los hijos se entiende los concebidos, los por nacer y los sobrevivientes al tiempo de ocurrido el fallecimiento del Asegurado.

Cuando se designe a los herederos, se entiende a los que por ley suceden al Asegurado, si no hubiere otorgado testamento. Si lo hubiere otorgado, se tendrá por designados a los herederos instituidos. Si no se fija cuota parte, el beneficio se distribuirá conforme con las cuotas hereditarias. Cuando el Asegurado no designe beneficiario o por cualquier causa la designación resulte ineficaz o quede sin efecto, se entiende que designó a sus herederos.

Art. 10- CAMBIO DE BENEFICIARIOS

El Asegurado podrá cambiar, en cualquier momento, el beneficiario o beneficiarios, salvo que la designación sea a título oneroso.

El cambio de beneficiario surgirá efecto frente a la Compañía, si el Asegurado dirige a sus oficinas la comunicación escrita respectiva.

Cuando exista incertidumbre sobre la persona del beneficiario, o en cuanto a los herederos legales, la Compañía consignara judicialmente el importe en la forma que corresponda según la situación que se presentara, dejando así librada a resolución judicial la determinación de la persona o personas beneficiarias.

La Compañía puede optar por el trámite de consignación extrajudicial, tal como lo autoriza el art. 904 del Código Civil y Comercial de la Nación, cuando el Asegurado fue constituido en mora, o existe incertidumbre sobre la persona del Asegurado, o la Compañía no puede realizar un pago seguro y válido por causa que no le es imputable. A tal fin, debe depositar el Capital Asegurado ante un escribano de registro, a nombre y a disposición del beneficiario, cumpliendo los siguientes recaudos:

- a) Notificar previamente al beneficiario, en forma fehaciente, del día, la hora y el lugar en que será efectuado el depósito;
- b) Efectuar el depósito de la indemnización con más los intereses devengados hasta el día del depósito; este depósito debe ser notificado fehacientemente al beneficiario por el escribano dentro de las cuarenta y ocho (48) horas hábiles de realizado; si es imposible practicar la notificación, la Compañía debe consignar judicialmente.

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

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

Art. 11- DUPLICADO DE PÓLIZA Y COPIAS.

El Asegurado podrá obtener un duplicado de póliza sin costo. Una vez emitido el duplicado, el original pierde todo valor. Las modificaciones o suplementos que se incluyan en el duplicado, a pedido del Asegurado, según el caso, serán los únicos válidos. El Asegurado tiene derecho a que se les entregue copia de las declaraciones efectuadas con motivo de este contrato.

Art. 12- 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 Asegurado, de sus beneficiarios o de sus herederos, según el caso, salvo cuando la ley los declarase expresamente a cargo exclusivo de la Compañía.

Art. 13- CAMBIO DE PROFESIÓN, ACTIVIDAD O HÁBITO

El Asegurado comunicará a la Compañía, antes de producirse, cualquier cambio o desempeño paralelo de hábito, profesión, ocupación o actividad que agrave el riesgo asumido por la Compañía mediante la póliza, entendiéndose por tal:

- a) Modificación de su profesión o actividad y de las condiciones de trabajo declaradas.
- b) Fijación de residencia fuera del país.

La Compañía dentro de los treinta (30) días de recibida la comunicación del Asegurado, podrá rescindir la póliza, mediante el pago del valor de recate que corresponda, si los cambios de profesión, ocupación o actividad del Asegurado agravan el riesgo de modo tal que de haber existido al tiempo de la celebración a juicio de peritos la Compañía no hubiera emitido la póliza o hubiera modificado sus condiciones.

Si la Compañía hubiera otorgado la cobertura por un costo mayor, el Capital Asegurado se reducirá en proporción a la prima pagada.

Si hubiera existido la situación de agravamiento al tiempo de la emisión de la póliza, la Compañía no está obligada al pago del Capital Asegurado si el siniestro se produce durante la subsistencia de la agravación del riesgo, en dicho caso se procederá al pago de la reserva matemática. Si el Asegurado incurre en la omisión o demora sin culpa o negligencia y la Compañía conoce el cambio a tiempo en que debe hacerse a la denuncia del siniestro, ésta se compromete al pago del Capital Asegurado.

Art. 14- RETICENCIA O FALSA DECLARACIÓN

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

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

Art. 15- DOMICILIO

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

Art. 16- 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. Para el caso en que la póliza haya sido emitida en una jurisdicción distinta al domicilio del Asegurado, éste podrá recurrir a los tribunales ordinarios competentes correspondientes a su domicilio.

Art. 17- VALORES GARANTIZADOS:

Estando la póliza en plena vigencia, habiendo transcurrido dos años desde la emisión de la póliza y hallándose el Asegurado al día con el pago de las primas, podrá en cualquier momento exigir, de acuerdo con las Bases Técnicas aprobadas por la Superintendencia de Seguros de la Nación y la Tabla de Valores Garantizados anexa:

Valor de Rescate:

El Asegurado percibe en efectivo el importe indicado en la Tabla de Valores Garantizados y en consecuencia la póliza quedará rescindida.

Seguro Saldado con Cobertura de Muerte exclusivamente:

El Asegurado obtiene la conversión de la póliza en una de igual plazo, con menor Capital Asegurado, quedando liberado del pago de primas.

Seguro Saldado con cobertura de Muerte y de supervivencia:

Si la cobertura es mixta, en primer lugar se mantendrá el Capital Asegurado en caso de muerte, reduciéndose el Capital Asegurado en caso de supervivencia en proporción al Capital Asegurado en caso de muerte para el plazo contractual originario.

Art. 18.- DENUNCIA DE OTROS SEGUROS

Complementariamente a lo establecido en el Art 1.- último párrafo, es condición de validez de este contrato que el asegurado haya denunciado la existencia de otros seguros que cubran el riesgo de fallecimiento, contratados hasta la fecha de inicio de vigencia de esta póliza.

Art. 19.- LIQUIDACIÓN DE BENEFICIOS

Toda liquidación de beneficios que deba realizar la Compañía en cumplimiento de la cobertura principal (ya sea por fallecimiento, supervivencia - si se considerase esta cobertura - o rescate), o en del cumplimiento de pagos de capital correspondiente a las cláusulas adicionales, si las hubiera, se hará en un único pago a los 15 (quince) días de recibida la documentación complementaria requerida en el Artículo 8 - Beneficios.

POLIZA SEGURO DE VIDA MODULAR

CONDICIONES GENERALES

ANEXO N°1

RIESGOS NO CUBIERTOS

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

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

- a) Suicidio voluntario del Asegurado, salvo que esta póliza haya estado en vigor ininterrumpidamente durante tres años como mínimo;
- b) Si es provocada deliberadamente por acto ilícito del beneficiario del presente seguro; o en caso de accidente si es provocado por dolo o culpa grave del Asegurado. En caso de pluralidad de beneficiarios, la exclusión sólo afecta al autor del acto ilícito.
- c) Por duelo o riña, salvo que se tratase de legítima defensa; empresa o acto criminal o aplicación legítima de la pena de muerte;
- d) Guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, tumulto popular (exceptuando de que se traten de tumultos realizados por los trabajadores a favor de su legítimo derecho según la O.I.T.), cuando el Asegurado hubiera participado como sujeto activo;
- e) Riesgos derivados de guerra que no comprenda a la Nación Argentina. En caso de que la comprenda, las obligaciones tanto de parte de la Aseguradora como de los Asegurados se regirán por las normas que para tal emergencia se dicten.
- f) Abuso del alcohol, drogas, estupefacientes, narcóticos o estimulantes;
- g) Someterse a intervenciones médicas o quirúrgicas ilícitas, tratamientos no autorizados legalmente, o de carácter experimental, o realizado en instituciones o por personal no habilitado según la ley vigente teniendo conocimiento de tal circunstancia;
- h) Por la práctica o el uso de la navegación aérea, salvo como pasajero en

líneas regulares sujetas a un itinerario fijo, o por otras ascensiones aéreas, aladeltismo o parapente;

i) Por la participación en viajes o excursiones a zonas o regiones inexploradas, prácticas deportivas submarinas, acuáticas o subacuáticas o escalamiento de montaña;

j) Competencia en pruebas de pericia y/o velocidad con vehículos mecánicos o de tracción a sangre y en justas hípicas

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

l) Desempeño paralelo de las profesiones de acróbata, buzo, jockey, domador de potros o fieras y/o las prácticas de deportes de contacto físico o actividades peligrosas como alpinismo, andinismo, esquí acuático o de montaña, motonáutica y manipuleo de explosivos y/o armas o con exposición a radiaciones atómicas, salvo pacto en contrario

m) Acontecimientos catastróficos originados por reacciones nucleares, huracanes, tifones, epidemias, pandemias y fenómenos sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario;

n) Muerte producida por riesgo catastrófico, entendiéndose por tales terremoto, inundación, aluviones, maremotos, erupciones volcánicas y huracanes;

o) Como consecuencia de heridas autoinfringidas por el asegurado, aún las cometidas en estado de insanía.

p) Lesiones causadas por el uso de rayos "X" o de cualquier elemento radioactivo;

q) Inhalación de gases o envenenamiento de cualquier naturaleza.

Producido el fallecimiento del Asegurado durante la vigencia de la póliza por cualquiera de las causas enunciadas en los incisos precedentes, la póliza perderá su vigencia inmediatamente, quedando la Compañía liberada de abonar los Capitales Asegurados y sólo corresponderá el pago del Valor de Rescate de la póliza a los beneficiarios, neto de toda deuda pendiente por falta de pago de primas o fracción de prima.

SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL
CLÁUSULA DE RENOVACIÓN AUTOMÁTICA

La presente póliza renovará automáticamente su vigencia por mismo plazo que el contratado originalmente, sin necesidad que el Asegurado cumpla nuevos requisitos de salud.

Las primas a aplicar serán las resultantes de la edad alcanzada por el Asegurado a la fecha de renovación, según las bases técnicas aprobadas por la Superintendencia de Seguros de la Nación.

Es condición necesaria para que se aplique lo dispuesto en esta Cláusula, que la póliza se encuentre vigente al momento de la renovación y que el Asegurado no adeude primas.

El Asegurado tendrá derecho, en cualquier momento, de solicitar la baja de la presente Cláusula sin expresar causa alguna. La Compañía tendrá el derecho de no renovar la misma. En ambos casos se requerirá previo aviso por escrito remitido con anticipación no menor de treinta (30) días.

SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL
CONDICIONES GENERALES ESPECÍFICAS - VIDA TEMPORARIO
COBERTURA BASICA

Artículo 1 - RIESGO CUBIERTO

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

En caso que el Asegurado sobreviviere al término del plazo del seguro, percibirá el porcentaje de las primas puras abonadas indicado en las Condiciones Particulares como Porcentaje de Devolución de Primas. Si el plan no contempla devolución alguna de primas en caso de sobrevivencia, el porcentaje de devolución de primas indicado en las Condiciones Particulares será igual a cero.

Artículo 2 LIQUIDACIÓN DE BENEFICIOS - REQUISITOS

Cuando la liquidación corresponda por fallecimiento del Asegurado durante la vigencia de esta póliza, estando ella en pleno vigor o convertida en Seguro Saldado, la Compañía efectuará el pago que corresponda después de recibidas las siguientes pruebas:

- Diligenciamiento del Formulario de Denuncia de Siniestro
- Certificado de Defunción Original o Copia Certificada por Registro Civil Emisor.
- En caso de que el Certificado de Defunción no indique la causa del deceso, Declaración del Médico Asistente.
- Documento de Identidad del Beneficiario, si tuviera designación de beneficiarios, sino deberá presentar declaratoria de herederos expedida por un juez, junto con documentación la respaldatoria correspondiente. Asimismo, en caso de duda se proporcionará a la Compañía cualquier información que solicite para verificar el fallecimiento o la extensión de la prestación a su cargo y se le permitirá las indagaciones que sean necesarias a tal fin.

Artículo 3 - FINALIZACIÓN DE COBERTURA

La presente cobertura finalizará en la fecha en que se verifique alguno de los siguientes eventos:

- a. Cuando se produzca el fallecimiento del Asegurado, en cuyo caso los beneficiarios designados percibirán el Capital Asegurado que corresponda.
- b. En la fecha en que el período de gracia concedido según lo establece el artículo 4 de Condiciones Generales termine sin que el Asegurado regularice su situación deudora.
- c. Por ocurrir un siniestro amparado por una Cláusula Adicional de la póliza que otorgue una cobertura sustitutiva de la cobertura básica.

- d. Por renuncia del asegurado a continuar con el presente seguro
- e. La fecha de vencimiento de la póliza, estipulada en las Condiciones Particulares.

ANEXO N°1
RIESGOS NO CUBIERTOS

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

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

- a) Suicidio voluntario del Asegurado, salvo que esta póliza haya estado en vigor ininterrumpidamente durante tres años como mínimo;
- b) Si es provocada deliberadamente por acto ilícito del beneficiario del presente seguro; o en caso de accidente si es provocado por dolo o culpa grave del Asegurado. En caso de pluralidad de beneficiarios, la exclusión sólo afecta al autor del acto ilícito.
- c) Por duelo o riña, salvo que se tratase de legítima defensa; empresa o acto criminal o aplicación legítima de la pena de muerte;
- d) Guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, tumulto popular (exceptuando de que se traten de tumultos realizados por los trabajadores a favor de su legítimo derecho según la O.I.T.), cuando el Asegurado hubiera participado como sujeto activo;
- e) Riesgos derivados de guerra que no comprenda a la Nación Argentina. En caso de que la comprenda, las obligaciones tanto de parte de la Aseguradora como de los Asegurados se regirán por las normas que para tal emergencia se dicten.
- f) Abuso del alcohol, drogas, estupefacientes, narcóticos o estimulantes;
- g) Someterse a intervenciones médicas o quirúrgicas ilícitas, tratamientos no autorizados legalmente, o de carácter experimental, o realizado en instituciones o por personal no habilitado según la ley vigente teniendo conocimiento de tal circunstancia;
- h) Por la práctica o el uso de la navegación aérea, salvo como pasajero en líneas regulares sujetas a un itinerario fijo, o por otras ascensiones aéreas, aladeltismo o parapente;
- i) Por la participación en viajes o excursiones a zonas o regiones inexploradas, prácticas deportivas submarinas, acuáticas o subacuáticas o escalamiento de montaña;
- j) Competencia en pruebas de pericia y/o velocidad con vehículos mecánicos o de tracción a sangre y en justas hípicas
- k) Intervenir en pruebas de prototipos de aviones, automóviles y otros vehículos de propulsión mecánica;
- l) Desempeño paralelo de las profesiones de acróbata, buzo, jockey, domador de potros o fieras y/o las prácticas de deportes de contacto físico o actividades peligrosas como alpinismo, andinismo, esquí acuático o de montaña, motonáutica y manipuleo de explosivos y/o armas o con exposición a radiaciones atómicas, salvo pacto en contrario
- m) Acontecimientos catastróficos originados por reacciones nucleares, huracanes, tifones, epidemias, pandemias y fenómenos sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario;
- n) Muerte producida por riesgo catastrófico, entendiéndose por tales terremoto, inundación, aluviones, maremotos, erupciones volcánicas y huracanes;
- o) Como consecuencia de heridas autoinfringidas por el asegurado, aún las cometidas en estado de insanía.
- p) Lesiones causadas por el uso de rayos "X" o de cualquier elemento ra-

radioactivo;

q) Inhalación de gases o envenenamiento de cualquier naturaleza.

Producido el fallecimiento del Asegurado durante la vigencia de la póliza por cualquiera de las causas enunciadas en los incisos precedentes, la póliza perderá su vigencia inmediatamente, quedando la Compañía liberada de abonar los Capitales Asegurados y sólo corresponderá el pago del Valor de Rescate de la póliza a los beneficiarios, neto de toda deuda pendiente por falta de pago de primas o fracción de prima.

ENDOSO DE INCREMENTO AUTOMÁTICO ANUAL DE CAPITALS ASEGURADOS

ALTERNATIVA: Variación Anual Positiva del índice de Salarios

A partir del inicio de vigencia de este Endoso y de acuerdo a las condiciones establecidas en el mismo, el Capital Asegurado de la cobertura de muerte y de las Coberturas Adicionales, si existieran, serán incrementadas en forma automática en cada aniversario de la póliza.

Este aumento no exigirá requisitos médicos adicionales mientras se mantenga vigente el presente endoso, año tras año, ininterrumpidamente.

Los Capitales Asegurados se incrementarán automáticamente en cada aniversario póliza mediante la aplicación del coeficiente seleccionado por el Asegurado al solicitar el presente Endoso, el cual se define a continuación:

COEFICIENTE DE INCREMENTO =MÍNIMO ENTRE 50% Y VARIACIÓN ANUAL POSITIVA DEL ÍNDICE DE SALARIOS NIVEL GENERAL PUBLICADO POR EL INDEC

Para la determinación del coeficiente mencionado se considerarán los valores del Índice de Salarios Nivel General (Base abril 2012 = 100) publicados por el INDEC correspondientes al quinto mes anterior a la fecha de cada aniversario. Dado que la publicación de los índices se realiza con dos meses de retraso, se considerará dicho índice informado al tercer mes anterior a la fecha de cada aniversario. En el caso que el INDEC no publicara el valor del Índice que debiera tomarse en cuenta o hubiera interrumpido la publicación del mismo, la Compañía utilizará el Índice que lo reemplazara o algún otro Índice que el INDEC publique en forma mensual y que refleje la variación salarial.

La Prima de la póliza se calculará multiplicando la tasa de prima por los nuevos Capitales Asegurados incrementados. Cabe destacar que los capitales resultantes serán redondeados en múltiplos de \$500 (quinientos).

Los impuestos y tasas que pudieran corresponder por los incrementos automáticos estarán a exclusivo cargo del Asegurado.

La incorporación de este Endoso a la póliza deberá ser solicitada por el Asegurado, como mínimo, con treinta (30) días de anticipación al aniversario de la póliza. Caso contrario, el endoso no será aplicado en el aniversario inmediato siguiente.

La Compañía informará por escrito al Asegurado los valores del incremento del Capital Asegurado y de la nueva prima para su mayor conocimiento por lo menos con cuarenta y cinco (45) días de anticipación al aniversario de la póliza.

FINALIZACIÓN DEL ENDOSO

No se realizará el incremento anual de los Capitales Asegurados en los siguientes casos:

1) Cuando el Asegurado de la póliza notifique fehacientemente a la Compañía la decisión de dejar sin efecto para el futuro este endoso de Incremento automático anual de Capitales Asegurados, siempre que la misma se

comunique con una antelación no menor a treinta (30) días a la fecha prevista para el correspondiente Incremento.

2) Cuando la Compañía hubiere abonado una indemnización como consecuencia de las coberturas previstas en la Cláusula Adicional de Enfermedades Terminales o Cláusula Adicional de Anticipo de Beneficio por Enfermedades Graves o Cláusula Adicional de Anticipo de Beneficio por Diagnóstico de Cáncer o Cláusula Adicional de Trasplante de Órganos.

3) Cuando el Capital Asegurado resultante de la aplicación del índice de incremento sea mayor o igual al Capital Asegurado máximo que figure en las Condiciones Particulares.

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

CLÁUSULA ADICIONAL

INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL

Además de los Riesgos No Cubiertos detallados en el Art. 7 de las Condiciones Generales, tampoco se considerarán a los efectos de esta cláusula los Accidentes provocados dolosamente o con culpa grave del asegurado.

CLÁUSULA ADICIONAL

INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL

Artículo 1 RIESGOS CUBIERTOS

Si el Asegurado sufriere un accidente que fuere la causa de su fallecimiento antes de haber cumplido la Edad Máxima para ésta Cobertura fijada en las Condiciones Particulares, el Asegurador pagará el Capital Asegurado de la Cobertura Básica.

A los efectos de esta cláusula adicional se considera accidente a la muerte producida directa y exclusivamente por causas externas, violentas y fortuitas, ajenas a toda otra causa e independientes de la voluntad del Asegurado descartándose, por lo tanto, en primer término las enfermedades y también las infecciones.

Además de los Riesgos No Cubiertos detallados en el Art. 7 de las Condiciones Generales, tampoco se considerarán a los efectos de esta cláusula los Accidentes provocados dolosamente o con culpa grave del asegurado.

Artículo 2 BENEFICIOS

La Compañía, comprobado el accidente, abonará a los beneficiarios instituidos el capital asegurado de la cobertura de fallecimiento.

Artículo 3 CARÁCTER DEL BENEFICIO

La indemnización que reciban los beneficiarios en virtud de esta cláusula es adicional e independiente de la cobertura básica y en consecuencia, el Asegurador no hará por este concepto deducción alguna de la indemnización a pagar por dicha cobertura.

Artículo 4 COMPROBACIÓN DEL ACCIDENTE

Para tener derecho a esta indemnización adicional, se requiere que el accidente sea denunciado al Asegurador dentro de los quince (15) días de la fecha en que haya ocurrido; salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia; que el fallecimiento se produzca dentro de los ciento ochenta (180) días de la misma fecha. Además, que se suministren al Asegurador las pruebas necesarias para la comprobación de la causa del accidente y la forma en que se produjo, reservándose el Asegurador en el caso de muerte el derecho y la oportunidad de hacer exhumar el cadáver y practicar la autopsia con asistencia de un facultativo designado por él.

Artículo 5 FINALIZACIÓN DE LA COBERTURA

La cobertura del riesgo que ésta Cláusula otorga finalizará en la fecha

que se verifique alguno de los eventos previstos en el Artículo de Finalización de Cobertura de las Condiciones Generales Específicas de la Cobertura Básica o en la fecha en la cual se produzca alguno de los siguientes hechos:

- a) Si se extinguiere por cualquier causa la presente póliza;
- b) Cuando el Asegurado cumpla la Edad Máxima de Cobertura fijada en Condiciones Particulares para la presente Cláusula Adicional. A partir de dicho momento no se incluirá en el valor de la prima el costo correspondiente a esta cobertura;
- c) Si el Asegurado rescindiere o el Asegurador decidiera no renovar, previo aviso por escrito no menor a treinta (30) días, la presente Cláusula Adicional.
- d) A partir del momento en que el Asegurado haya recibido la totalidad del beneficio previsto en esta cláusula.

Cuando se abonen primas por períodos mensuales, la rescisión operará al término del período por el cual se hubiera descontado prima. En cambio, cuando se abone prima por fracciones distintas a la mensual, la rescisión operará el último día del mes de solicitada la rescisión y se devolverá la prima no ganada correspondiente.

Artículo 6 - DETERMINACIÓN DE LA COBERTURA

Esta cobertura adicional queda sometida a las condiciones y estipulaciones de la póliza en cuanto no sean modificadas o derogadas expresamente por las presentes condiciones.

Hoja: 20

INDEMNIZACIÓN ADICIONAL DE PAGO ÚNICO POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE
POR ACCIDENTE

Además de los Riesgos No Cubiertos contemplados en el Art. 7 de las Condiciones Generales, tampoco se considerarán a los efectos de esta cláusula los Accidentes provocados dolosamente o con culpa grave del asegurado

INDEMNIZACIÓN ADICIONAL DE PAGO ÚNICO POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE
POR ACCIDENTE

Artículo 1 - RIESGOS CUBIERTOS

El Asegurador concederá al Asegurado el beneficio que acuerda esta cláusula cuando su estado de incapacidad total y permanente, como consecuencia de un accidente indemnizable, no le permita desempeñar por cuenta propia o en relación de dependencia cualquier actividad remunerativa, siempre que tal estado haya continuado ininterrumpidamente por el plazo indicado en las Condiciones Particulares y se hubiera iniciado durante la vigencia de la póliza y antes de cumplir la Edad Máxima de Cobertura fijada en las Condiciones Particulares. Se excluyen expresamente los casos que afecten al asegurado en forma parcial o temporal.

Se entenderá por accidente toda lesión corporal producida directa y exclusivamente por causas externas, violentas y fortuitas, ajenas a toda otra causa e independientes de la voluntad del Asegurado, descartándose, por lo tanto, las enfermedades y también las infecciones.

Además de los Riesgos No Cubiertos detallados en el Art. 7 de las Condiciones Generales, tampoco se considerarán a los efectos de esta cláusula los Accidentes provocados dolosamente o con culpa grave del asegurado.

Artículo 2 - BENEFICIOS

El Asegurador, comprobada la incapacidad, abonará al Asegurado el Capital Asegurado de la cobertura básica.

Si el estado de incapacidad comenzara en el transcurso del mes de gracia para el pago de cualquier prima y ésta quedara impaga, el Asegurador al aprobar las constancias de incapacidad aceptará la rehabilitación de la póliza mediante el pago por el Asegurado de las primas vencidas y sus intereses moratorios cuya tasa no podrá ser mayor de 6,5% anual.

Artículo 3 - CARÁCTER DEL BENEFICIO

El presente beneficio es adicional e independiente de otros beneficios previstos en la póliza. El Asegurador no hará deducción alguna de cualquier suma exigible en virtud de la póliza.

Artículo 4 - ESTADOS DE INCAPACIDAD

El Asegurador también considerará estado de incapacidad total y permanente siempre que sean consecuencia de un accidente indemnizable, los siguientes casos:

- a) la pérdida de la vista de ambos ojos de manera total e irrecuperable por tratamiento médico y/o quirúrgico;
- b) la enajenación absoluta e incurable

c) la pérdida total de ambas manos o de ambos pies, o de un pie y una mano, o de una mano y pérdida de la vista de un ojo, o la pérdida de la vista de un ojo y la amputación de un pie.

d) la parálisis general.

Artículo 5 - COMPROBACIÓN DE LA INCAPACIDAD

El Asegurado o sus representantes legales deberán denunciar por escrito al Asegurador la existencia de la incapacidad dentro de los tres (3) días de haberla conocido, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia, suministrar las pruebas correspondientes, facilitando cualesquiera comprobaciones, incluso hasta dos exámenes médicos por los facultativos que el Asegurador designe y pagar las primas que venzan durante el período de comprobación de la incapacidad, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 6 de las presentes condiciones respecto de su reintegro.

Los gastos de comprobación de la incapacidad estarán a cargo del Asegurador.

Artículo 6 - PLAZO DE PRUEBA

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

Confirmada la incapacidad, dicho beneficio tendrá efecto a partir de la fecha de la denuncia fijándose para el pago del beneficio el día primero del mes siguiente. De acuerdo con éste, el Asegurador reembolsará las extraprimas que se hubieren pagado durante el período de comprobación.

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

Artículo 7 - VALUACIÓN DE PERITOS

Si no hubiere acuerdo entre las partes sobre la naturaleza del diagnóstico, la misma será analizada por dos peritos 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 expresarse dentro del plazo de quince (15) días.

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

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

Artículo 8 - FINALIZACIÓN DE LA COBERTURA

La cobertura del riesgo que ésta Cláusula otorga finalizará en la fecha que se verifique alguno de los eventos previstos en el Artículo de Finalización de Cobertura de las Condiciones Generales Específicas de la Co-

bertura Básica o en la fecha en la cual se produzca alguno de los siguientes hechos:

- a) Si se extinguiere por cualquier causa la presente póliza;
- b) Cuando el Asegurado cumpla la Edad Máxima de Cobertura fijada en Condiciones Particulares para la presente Cláusula Adicional. A partir de dicho momento no se incluirá en el valor de la prima el costo correspondiente a esta cobertura;
- c) Si el Asegurado rescindiere o el Asegurador decidiera no renovar, previo aviso por escrito no menor a treinta (30) días, la presente Cláusula Adicional.
- d) A partir del momento en que el Asegurado haya recibido la totalidad del beneficio previsto en esta cláusula.

Cuando se abonen primas por períodos mensuales, la rescisión operará al término del período por el cual se hubiera descontado prima. En cambio, cuando se abone prima por fracciones distintas a la mensual, la rescisión operará el último día del mes de solicitada la rescisión y se devolverá la prima no ganada correspondiente.

Artículo 9 - DETERMINACIÓN DE LA COBERTURA

Esta cobertura adicional queda sometida a las condiciones y estipulaciones de la póliza en cuanto no sean modificadas o derogadas expresamente por las presentes condiciones.

ANEXO 1010
RESOLUCIÓN 202/2015 - UNIDAD DE INFORMACIÓN FINANCIERA

1. De acuerdo a lo establecido en la ley 25.246 y en la Resolución 202/2015 de la Unidad de Información Financiera (UIF), a continuación se hace saber al asegurado los requisitos de información que podrán ser requeridos al momento de cualquier pago que deba realizarse en virtud de la póliza y/o de cualquier cesión de derechos o cambio de beneficiario y/o anulación.

2. Información a Requerir para la identificación de Clientes

A) Pago de siniestros y/o indemnizaciones:

Al momento de abonar la indemnización o suma asegurada relativa a un siniestro, cuando quien percibe el beneficio es una persona distinta del Asegurado o Tomador del Seguro, la Aseguradora requerirá:

- Nombre y Apellido o Razón Social.
- Fecha y lugar de nacimiento; nacionalidad, sexo (personas físicas)
- Fecha y número de inscripción registral, fecha del contrato o escritura de constitución (personas jurídicas)
- Número y tipo de documento de identidad que deberá exhibir en original. Se aceptan como documentos validos para acreditar la identidad, el Documento Nacional de Identidad, Libreta Civica, Libreta de Enrolamiento, Cédula de Identidad otorgada por autoridad competente de los respectivos países limítrofes o Pasaporte.
- CUIL (clave única de identificación laboral), C.U.I.T. (clave única de identificación tributaria) o CDI (clave de identificación).
- Domicilio real, laboral o comercial, o domicilio de la sede social principal, número de teléfono, y dirección de correo electrónico y actividad principal realizada. Datos identificatorios del Representante Legal, apoderado y/o autorizado con uso de firma ante la Aseguradora.
- Vinculo con el Asegurado o Tomador del seguro, si lo hubiere.
- Calidad bajo la cual cobra la indemnización. A tales efectos deberá preverse la siguiente clasificación básica:
 - a) Titular del interés Asegurado.
 - b) Tercero damnificado.
 - c) Beneficiario designado o heredero legal.
 - d) Cesionario de los derechos de la póliza
 - e) Aquellas que se abonan en cumplimiento de una sentencia judicial condenatoria: nombre y apellido, número de expediente, juzgado en el que tramita, copia certificada de la sentencia y de haberse efectuado, de la liquidación aprobada judicialmente.
 - f) Otros conceptos que resulten de interés.

B) Cesión de derechos o cambio de beneficiarios designados:

En el momento de notificarse una cesión de derechos derivados de la póliza o un cambio en los beneficiarios designados, la Aseguradora deberá requerir la siguiente información:

- Identificación del cesionario o beneficiario, en los términos previstos en los arts. 14 a 18 de la Res UIF 202/15, según corresponda.
- Causa que origina la cesión de derechos o cambio de beneficiarios.
- Vinculo que une al asegurado o tomador del seguro con el cesionario o beneficiario.

3. Procedimientos especiales de identificación:

En los casos que se enumeran a continuación, la Aseguradora requerirá además de los datos identificatorios indicados en el punto 2., documentación respaldatoria que permita definir el perfil del cliente.

a) Cuando se contraten pólizas cuya prima única, o primas anuales pactadas, excedan en su conjunto la suma de PESOS CIENTO CUARENTA MIL (\$140.000) o su equivalente en moneda extranjera, en los últimos 12 meses, para el caso de Personas Físicas o la suma de PESOS DOSCIENTOS SESENTA MIL (\$260.000) o su equivalente en moneda extranjera, en los últimos 12 meses, para el caso de Personas Jurídicas.

b) Aportes extraordinarios: Cuando se efectúen aportes extraordinarios que excedan, en su conjunto la suma de PESOS CIENTO CUARENTA MIL (\$140.000) o su equivalente en moneda extranjera, en los últimos 12 meses, para el caso de Personas Físicas o la suma de PESOS DOSCIENTOS SESENTA MIL (\$260.000) o su equivalente en moneda extranjera, en los últimos 12 meses, para el caso de Personas Jurídicas.

c) Cuando la aseguradora deba abonar al tomador o asegurado, siniestros y/o indemnizaciones en forma extrajudicial, que en su conjunto en los últimos 12 meses sean igual o superior a PESOS CUATROCIENTOS CINCUENTA MIL (\$450.000), o su equivalente en moneda extranjera, para el caso de Personas Físicas, y cuando sea igual o superior a PESOS NOVECIENTOS MIL (\$900.000), o su equivalente en moneda extranjera, para el caso de Personas Jurídicas.

d) Cuando, como consecuencia de solicitudes de anulación de pólizas que generen movimientos de fondos a favor del asegurado o tomador, la aseguradora deba restituir primas al cliente por un monto igual o superior a PESOS SETENTA MIL (\$70.000), o su equivalente en moneda extranjera, en los últimos 12 meses, en caso de Personas Físicas o por un monto igual o superior a PESOS CIENTO TREINTA MIL (\$130.000), o su equivalente en moneda extranjera, en los últimos 12 meses, en caso de ser Personas Jurídicas.

Para estos casos, se requerirá adicionalmente:

- Información y documentación relativa a la situación económica, patrimonial, financiera y tributaria (manifestación de bienes, certificación de ingresos, DDJJ de impuestos, estados contables, documentación bancaria, etc., según corresponda).

- DDJJ indicando estado civil y profesión, oficio, industria o actividad principal que realice.

- DDJJ indicando expresamente si reviste la calidad de Persona Expuesta Políticamente, de acuerdo a la Res. UIF 52/2012.

- En el caso de tratarse de personas jurídicas, además de los datos detallados anteriormente:

- Listado de los miembros que integran el órgano de Administración y de socios que ejercen el control de la sociedad.

- Copia del Acta de órgano decisorio designando autoridades,

representantes legales, apoderados y/o autorizados con uso de firma.

- Titularidad del capital social actualizado.
- Datos identificatorios de las autoridades, del representante legal, apoderados y/o autorizados con uso de firma.

- En ambos casos -personas físicas y personas jurídicas-, declaración jurada sobre licitud y origen de los fondos.

CLÁUSULA DE LIMITACIÓN Y EXCLUSIÓN POR SANCIONES

Ningún (re) asegurador o retrocesionario ofrecerá cobertura ni será responsable por el pago de reclamos o proporcionará beneficios que deriven del presente contrato si la provisión de dicha cobertura, pago de dicho reclamo o provisión de dicho beneficio expusiera al (re)asegurador o retrocesionario a cualquier sanción, prohibición o restricción de acuerdo con las resoluciones de las Naciones Unidas o de las sanciones comerciales económicas, leyes o regulaciones de la Unión Europea, Reino Unido o Estados Unidos de América. La presente cláusula no será de aplicación en los siguientes supuestos:

- a) cuando la República Argentina haya rechazado expresamente la disposición en que se basa;
- b) en los casos en que pueda afectar intereses privados de personas que carezcan de relación con las motivaciones de la sanción y cuando se funde exclusivamente en la nacionalidad del beneficiario;
- c) cuando viole el ordenamiento jurídico vigente en la República Argentina."