

**SEGURO DE VIDA COLECTIVO (VOLUNTARIO)
CLÁUSULA ADICIONAL "D" DE INDEMNIZACIÓN
POR DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES GRAVES**

Artículo 1 - RIESGOS CUBIERTOS:

El Asegurador concederá el beneficio que acuerda esta cláusula al Asegurado que se le diagnostique, por primera vez después del inicio de vigencia de la presente cobertura, alguna de las enfermedades graves definidas en el artículo 4°, siempre que hubiera transcurrido el plazo previsto en Condiciones Particulares desde la vigencia de su cobertura y dicho diagnóstico se emitiera con anterioridad a la fecha en que el Asegurado alcance los sesenta y cinco (65) años de edad.

No se abonará el beneficio entonces, si la enfermedad en cuestión había sido diagnosticada, o si se ha recibido tratamiento por dicha enfermedad antes de la fecha de inicio de vigencia de la cobertura.

En las denuncias de Enfermedades Graves, la Compañía procederá a su reconocimiento de acuerdo a las constancias médicas y demás elementos mencionados en los Artículos 4° y 5°, siempre que sean razonablemente demostrativos de la afección.

Artículo 2 - BENEFICIO:

El Asegurador, verificado el diagnóstico, abonará al Asegurado el porcentaje del Capital Asegurado por fallecimiento, indicado en Condiciones Particulares, atento con lo descripto por el artículo 6°.

Artículo 3 - CARÁCTER DEL BENEFICIO:

El beneficio por diagnóstico de enfermedades graves es substitutivo del Capital Asegurado (por la porción de este que el beneficio represente) que deberá liquidarse en caso de muerte del Asegurado o de invalidez del asegurado en caso de haberse contratado esta cobertura. Una vez acordado este beneficio se reducirá el costo de las coberturas de Fallecimiento o invalidez en la medida de la reducción de la Suma Asegurada correspondiente. En consecuencia de producirse el fallecimiento o denunciarse la invalidez (de corresponder) del Asegurado, el capital asegurado previsto por esas coberturas sufrirá una disminución por el importe de la indemnización abonada.

El beneficio previsto se pagará una sola vez, aunque la misma u otras enfermedades cubiertas se manifiesten con posterioridad.

Artículo 4 - DEFINICIONES DE LAS ENFERMEDADES CUBIERTAS

CANCER: Presencia de tumor maligno caracterizado por el crecimiento y dispersión incontrolable de células malignas y la invasión de tejido normal, incluyendo Leucemia (excepto leucemia linfática crónica).- Linfomas y la Enfermedad de Hodgkin (linfogranuloma / linfosarcoma) , pero se excluyen cánceres no invasivos in situ, tumores en la presencia de cualquier virus de

inmunodeficiencia humana, y cualquier cáncer de piel con excepción del melanoma maligno.-

INFARTO DEL MIOCARDIO: Necrosis del miocardio a consecuencia de hipoxia aguda.- A efectos de esta cláusula debe existir :

- 1-Historia de dolores en el pecho (angor)
- 2-Alteraciones recientes del Electrocardiograma confirmatorias
- 3-Enzimas cardiacas elevadas y
- 4-Estudio radioisótopo del músculo cardiaco o ecocardiograma que confirma la lesión miocárdica.-

APOPLEJÍA: Accidente Cerebro Vascular que causare los síntomas neurológicos correspondientes más de 48 horas .- A efectos de esta cláusula deberá existir:

1. Destrucción del tejido cerebral causado por trombosis, hemorragia o embolia de fuente extracraneal, comprobable tomograficamente;
2. Pruebas de disfunción neurológica permanente, no reversibles y
3. Tomografía Computada o Resonancia Magnética Nuclear cerebral , con o sin contraste.-

Estas pruebas deberán ser efectuadas por un médico especialista en neurología después de transcurridas seis semanas como mínimo del accidente cerebrovascular.

La Compañía no abonará el beneficio que acuerda esta Cláusula hasta conocer el resultado de dichas pruebas.-

Se excluyen los accidentes vasculares isquémicos transitorios y los lentamente reversibles.-

OPERACIONES DE "BY -PASS": Afecciones de las arterias coronarias tratada con la técnica denominada "BY-PASS" o "Puente coronario" por indicación de un médico especialista y justificada por el resultado de una angiografía para corregir una estenosis u oclusión en las arterias coronarias .-Se excluyen la angioplastia , tratamiento por láser y toda otra técnica que no requiera la apertura quirúrgica del torax , así como operaciones de válvulas , operación por tumoración intracardiaca , alteración congénita u otra intervención que no sea específicamente un By Pass aorto coronario o coronario mamario o ambos a la vez.

El beneficio de esta Cláusula será abonado por la Compañía Aseguradora después de haberse efectuado la operación .-

INSUFICIENCIA RENAL: El fallo total , crónico e irreversible de ambos riñones que haga necesario efectuar por lo menos una vez por semana diálisis renal o un transplante de riñón .- La necesidad de diálisis regular deberá ser certificada por un informe nefrológico.

El beneficio será abonado al Asegurado comprobado el efectivo tratamiento de diálisis.

PARÁLISIS: Pérdida completa y permanente del uso y movimiento de por lo menos de miembros, brazos y/o piernas, debido a la parálisis. Un médico especializado deberá realizar el diagnóstico

y determinar que la pérdida del uso y movimiento de los miembros es permanente

Para obtener por esta enfermedad el beneficio que acuerda la presente cláusula, la parálisis deberá ser continua y permanente por lo menos por doce (12) meses consecutivos desde el inicio de la parálisis. Por lo que el asegurado deberá continuar con el pago de las extraprimas correspondientes. Se requiere evidencia documentada de accidente o enfermedad que causó la parálisis.

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

ESCLEROSIS MÚLTIPLE: Enfermedad marcada por la degeneración de tejido neuronal endurecido en el cerebro o en la médula espinal manifestado por la parálisis parcial o completa, parestesias y/o neuritis óptica. Se caracteriza por episodios de exacerbación y remisión. El diagnóstico se fundamenta por la historia y los análisis físicos del fluido cerebro-espinal: un ataque prematuro o un episodio aislado de Esclerosis Múltiple no es Esclerosis Múltiple a los fines de esta cláusula. En ningún caso la compañía pagará un beneficio si el primer episodio ocurrió con anterioridad a la fecha de la vigencia de esta cláusula.

Artículo 5 - REQUISITOS PARA LA VALIDEZ DEL DIAGNÓSTICO

Corresponde al Asegurado denunciar el diagnóstico de una "Enfermedad Grave", presentando - dentro de los treinta días de la fecha de determinación de la enfermedad - un informe escrito con el diagnóstico de un especialista, acompañado de documentación respaldatoria originada en estudios clínicos, radiológicos, histológicos y/o de laboratorio.

El Asegurador se reserva el derecho de solicitar - a su cargo - exámenes médicos adicionales emitidos por un profesional a su elección.

Artículo 6 - PLAZO DE PRUEBA:

La Compañía, dentro de los quince (15) días de recibida la denuncia y/o las 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 de los beneficios. Si las comprobaciones e informes a que se refiere el Artículo 5° no resultaran concluyentes, la Compañía podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor a quince (15) días, a fin de confirmar el diagnóstico.

Aprobada la documentación, el Asegurador pondrá el importe del beneficio a disposición del asegurado en los plazos establecidos por el artículo 49° de la Ley de Seguros N° 17.418, comunicando previamente dicha circunstancia al Contratante.

La no contestación, por parte de la Compañía dentro del plazo establecido, significará automáticamente el reconocimiento del beneficio reclamado.

Artículo 7 - VALUACIÓN POR PERITOS:

Si no hubiere acuerdo entre las partes en la apreciación de cualquier enfermedad del Asegurado, se recurrirá al juicio de dos médicos, designados uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los 8 días de su designación a un tercer facultativo para el caso de divergencia.

Los médicos designados por las partes deberán presentar su informe dentro de los treinta (30) días y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse 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 establecido en el primer párrafo, la parte más diligente previa intimación a la otra procederá a su designación.

Los honorarios y gastos médicos serán soportados en el orden causado; los honorarios del tercer facultativo quedarán a cargo de la parte cuyas pretensiones sean rechazadas.

Artículo 8 - RIESGOS NO CUBIERTOS:

Quedan excluidas de la cobertura de esta cláusula:

1. Las consecuencias de enfermedades autoproducidas, o autolesión.
2. Enfermedades acompañadas de una infección HIV.
3. Enfermedades acompañadas de una adicción al alcohol ó a drogas.

Artículo 9 - TERMINACIÓN DE LA COBERTURA:

La cobertura prevista en esta cláusula, cesará para cada certificado, continuando la cobertura vigente hasta el vencimiento de la prima pagada, en las siguientes circunstancias:

- 1) Al caducar la póliza y/o el certificado individual por cualquier causa.
- 2) A partir de la fecha en que el Asegurado cumpla sesenta y cinco (65) años de edad.