

**SEGURO COLECTIVO DE VIDA****CLÁUSULA ADICIONAL DE PAGO PARCIAL ANTICIPADO DE LA INDEMNIZACIÓN POR FALLECIMIENTO, EN CASO DE ENFERMEDAD TERMINAL****Artículo 1 - RIESGOS CUBIERTOS:**

La Compañía 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 en su respectivo certificado individual, una enfermedad terminal, considerándose como tal aquella condición para la cual el médico pronostique una expectativa de vida no mayor a 12 meses, durante la vigencia de la presente cláusula en el certificado individual y antes de cumplir los sesenta y cinco 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 presente cláusula adicional en el respectivo certificado individual.

En las denuncias de Enfermedades Terminales, 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.

Efectuada la diagnosis de la enfermedad terminal cubierta por esta cláusula, el Capital asegurado por muerte no podrá aumentarse posteriormente por ninguna causa, incluso en el caso de incrementos masivos para todo el resto del grupo asegurado.

**Artículo 2 - BENEFICIO:**

La Compañía, verificado el diagnóstico, abonará al Asegurado el porcentaje de la Suma Asegurada por fallecimiento, indicada en Condiciones Particulares dentro del plazo estipulado en el artículo 49, 2do. párrafo de la Ley 17.418.

**Artículo 3 - CARÁCTER DEL BENEFICIO:**

El beneficio por diagnóstico de enfermedades terminales 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 cualquier otra cobertura adicional substitutiva de la cobertura básica (en caso de haberse contratado). Una vez acordado este beneficio se reducirá el costo de las coberturas de Fallecimiento en la medida de la reducción de la Suma Asegurada correspondiente. Lo anterior es válido también para cualquier cláusula adicional contratada cuya suma asegurada guarde relación de proporcionalidad con la cobertura básica.

En consecuencia operará una disminución de las mencionadas sumas aseguradas por el importe de la indemnización abonada o en la proporción correspondiente, según el caso, con la respectiva merma proporcional del costo de las coberturas que correspondan.

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

**Artículo 4 - REQUISITOS PARA LA VALIDEZ DEL DIAGNÓSTICO**

Corresponde al Asegurado denunciar el diagnóstico de una "Enfermedad Terminal", presentando dentro de los treinta días de la fecha de determinación de la enfermedad - salvo fuerza mayor sin culpa grave o dolo del asegurado - pruebas satisfactorias de su enfermedad terminal y que la expectativa de vida del Asegurado sea de doce (12) meses o menos desde el día de la presentación de la solicitud del beneficio. Estas pruebas deberán incluir las constancias médicas necesarias realizadas por un profesional médico autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión. El médico que extienda tal certificación no podrá ser el mismo Asegurado, ni su esposa ni un miembro cercano de su familia (hasta tercer grado de consanguinidad inclusive), ni una persona que conviva con él. Asimismo se requerirá que el Asegurado recurra para el

tratamiento de su enfermedad terminal, a un establecimiento asistencial (sanatorio, hospital, clínica, instituto, policlínica, etc.) que se halle habilitado legalmente para funcionar por el Organismo de Control Sanitario correspondiente, Municipal, Provincial, Nacional y autorizado por éste, a dar asistencia y tratamiento clínico al tipo de enfermedad padecida por el Asegurado.

La Compañía se reserva el derecho de solicitar - a su cargo - exámenes médicos adicionales emitidos por un profesional a su elección hasta un máximo de 3 (tres).

#### **Artículo 5 - PLAZO DE PRUEBA:**

La Compañía, dentro de los quince (15) días subsiguientes 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 4 no resultaran concluyentes, la Compañía podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor de tres (3) meses, a fin de confirmar el diagnóstico.

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

#### **Artículo 6 - VALUACIÓN POR PERITOS:**

Si en la apreciación de cualquier enfermedad no hubiere acuerdo entre las partes, la misma será analizada por dos peritos médicos de la especialidad que corresponda al caso clínico, designados uno por cada parte quienes dentro de los ocho días de su designación nombrarán un tercero de la misma especialidad. Si una de las partes omitiere designar médico dentro del octavo día de requerido por la otra o si el tercer facultativo no fuere elegido en el plazo previsto, la parte mas diligente, previa intimación a la otra procederá a su designación.

Los médicos designados por las partes deberán presentar su informe dentro de los treinta días y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro de los quince días siguientes. Los gastos serán soportados por las partes en el orden causado y los honorarios del tercer médico, por el Asegurado si se desecharan sus pretensiones o por la Compañía si quedara obligada a atenderlas, salvo el caso en que las pretensiones de las partes quedaran equidistantes respecto al dictamen definitivo, en cuyo caso los honorarios del tercer médico se pagarán en partes iguales entre las partes.

#### **Artículo 7 - RIESGOS NO CUBIERTOS:**

Quedan excluidas de la cobertura de esta cláusula:

1. Las consecuencias de enfermedades autoproducidas, o autolesión.
2. Enfermedades causadas directa o indirectamente por una infección HIV.
3. Enfermedades causadas directa o indirectamente por una adicción al alcohol o a drogas.

#### **Artículo 8 - TERMINACIÓN DE LA COBERTURA:**

La cobertura prevista en esta cláusula, cesará para cada asegurado en las siguientes circunstancias:

- 1) Al caducar la póliza y/o cláusula adicional y/o certificado individual por cualquier causa.
- 2) Al fin de la fracción de año que coincida con el vencimiento de la prima inmediato posterior a que el Asegurado cumpla sesenta y cuatro (64) años de edad.
- 3) Al haberse abonado el beneficio por diagnóstico de enfermedades terminales.