

CONDICIONES GENERALES

SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL TEMPORARIO ANUAL RENOVABLE

ARTÍCULO 1. OBJETO

El Asegurador pagará el capital asegurado al Beneficiario en caso de fallecimiento del Asegurado, de acuerdo con las disposiciones legales aplicables y las condiciones y las limitaciones establecidas en la presente póliza.

ARTÍCULO 2. COBERTURA Y EFECTOS

La fecha de inicio de los efectos de la cobertura será la del primer día del mes siguiente a aquel en que el Asegurador haya admitido la Solicitud de Adhesión al Seguro, siempre que se abone a su vencimiento el premio que corresponda. Mientras la compañía no haya aceptado la solicitud en forma expresa o tácita, mediante la emisión de la póliza o el cobro de las primas, el seguro no tendrá vigencia. En caso de silencio del asegurador la cobertura no se considerará aceptada y el seguro no estará vigente. Si el asegurador no aceptare la solicitud del seguro dentro del término de sesenta (60) días, contados desde la fecha de su presentación, la misma se considerará rechazada

En caso de acordarse modificaciones, los cambios en el contrato de seguro no producirán efectos hasta que no haya sido abonado el primer premio posterior a tal modificación.

La edad mínima de contratación del seguro será de dieciocho (18) años, y la máxima de cincuenta y cinco (55).

En caso de que el Tomador sea distinto del Asegurado, para la perfección del contrato será necesario el consentimiento por escrito de éste.

ARTÍCULO 3. DURACIÓN

La duración del contrato será de un (1) año desde la fecha de inicio de sus efectos. Llegado el vencimiento del contrato, éste se prorrogará automáticamente por periodos sucesivos de un (1) año cada uno, salvo que alguna de las partes comunique a la otra su voluntad de resolver el contrato con un (1) mes de antelación a la finalización del periodo de duración inicial o de cualquiera de sus prórrogas.

ARTÍCULO 4. DECLARACIONES

El contrato de seguro se basa en las declaraciones realizadas por el Tomador y por el Asegurado. El Tomador y el Asegurado están obligados a declarar todas las circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo. Dichas declaraciones son esenciales para la apreciación y aceptación del riesgo por parte del Asegurador.

ARTÍCULO 5. INEXACTITUD DE LAS DECLARACIONES

Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Tomador o por el Asegurado, aún hecha de buena fe, que a juicio de peritos hubiere impedido el contrato o hubiere modificado las condiciones de los mismos, si el Asegurador hubiese sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato (art. 5 Ley 17.418)

ARTÍCULO 6. AGRAVACIÓN DEL RIESGO

Durante la vigencia del contrato, el Tomador y el Asegurado deberán comunicar al Asegurador todo cambio de profesión o actividad que pueda suponer una agravación o modificación del riesgo, o que pueda influir en su valoración, antes que se produzcan.

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

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

El asegurador, en el término de siete días, deberá notificar su decisión de rescindir (art. 39 ley 17418)

La rescisión del contrato da derecho al Asegurador:

- a. Si la agravación del riesgo le fue comunicada oportunamente, a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido;
- b. Si no le fue comunicada oportunamente, a percibir la prima por el período de seguro en curso. (art. 41 ley 17.418)

El derecho a rescindir se extingue si no se ejerce en los plazos previstos, o si la agravación ha desaparecido (art. 42 ley 17.418)

En caso de que no habiéndose producido la declaración de agravación del riesgo sobreviniere el siniestro, el Asegurador quedará exonerado del pago del capital asegurado salvo que el Tomador y el Asegurado hayan incurrido en la omisión o demora sin culpa o negligencia o que el asegurador conozca la agravación al tiempo en que debía hacerse la denuncia.

ARTÍCULO 7. RIESGOS EXCLUIDOS

Queda excluido de la cobertura del seguro y el Asegurador exonerado del pago del capital asegurado, el fallecimiento producido en los siguientes supuestos:

- a) Fallecimiento producido por suicidio voluntario dentro de los tres primeros años de vigencia de la cobertura (art. 135 ley 17.418)
- b) Fallecimiento producido como consecuencia de accidentes que tengan su origen en la práctica de actividades o deportes de alto riesgo, considerándose tales al esquí, artes marciales, automovilismo, motociclismo, montañismo, paracaidismo y aladeltismo, así como aquéllos que tengan por finalidad causar una lesión al contrincante o que se practiquen profesionalmente.
- c) Fallecimiento producido como consecuencia de la participación del Asegurado en actos delictivos (art. 137 ley 17.418).
- d) Fallecimiento causado intencionadamente por el Tomador. Pierde todo derecho el beneficiario que provoca deliberadamente la muerte del asegurado con un acto ilícito, acreciendo el capital a los demás beneficiarios (art. 136 ley 17.418).
- e) Fallecimiento producido como consecuencia de un accidente aéreo, salvo que el Asegurado realice el viaje como pasajero de un vuelo de transporte regular.
- f) Fallecimiento producido como consecuencia de la navegación submarina o en viajes de exploración.
- g) Fallecimiento producido como consecuencia de fenómenos naturales de carácter extraordinario o catastrófico, se trate de terremotos, maremotos, huracanes, tornados, inundaciones, tempestades, erupciones volcánicas, elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos o desprendimiento de rocas.
- h) Fallecimiento producido como consecuencia de guerras que comprendan o no a la Nación Argentina.
- i) Fallecimiento producido como consecuencia de radiación nuclear atómica o contaminación radiactiva, cualquiera que sea su naturaleza.

ARTÍCULO 8. DESIGNACIÓN Y CAMBIO DE BENEFICIARIOS

El Tomador podrá realizar la designación de Beneficiarios en la póliza o en una declaración posterior escrita y comunicada al Asegurador, aun después de su fallecimiento.

En caso de no existir designación de Beneficiarios o en caso de caducidad de la designación efectuada el capital asegurado se abonará a los herederos legales del Asegurado.

El Asegurador abonará el capital asegurado de acuerdo con el orden de preferencia establecido en la designación de Beneficiarios. Si existen varios Beneficiarios designados y no se indica orden de preferencia, se abonará por partes iguales entre ellos. Si la designación se hace a favor de los herederos y no se indica la forma de distribución, ésta se hará en proporción a la cuota hereditaria.

ARTÍCULO 9. DETERMINACIÓN DEL PREMIO DEL SEGURO.

A la finalización de cada aniversario de la póliza el Asegurador actualizará el importe del Premio en función de la edad y sexo del Asegurado, del capital asegurado, de la variación del coste de los servicios, de la experiencia técnica de la cobertura y de otras circunstancias, dentro de las condiciones tarifarias aprobadas previamente por el Organismo de Control, comunicándolo al Tomador con un (1) mes de antelación a la fecha de entrada en vigencia.

El Premio incluirá los impuestos y recargos que sean admitidos por la legislación.

ARTÍCULO 10. PAGO DEL PREMIO.

El Tomador abonará el premio de acuerdo con el importe, el medio y el periodo de pago establecidos en las Condiciones Particulares.

El Premio podrá abonarse en una única cuota anual o fraccionarse en cuotas mensuales, bimestrales, trimestrales o semestrales, que podrán contener un recargo financiero por aplazamiento.

El Tomador abonará el primer Premio (sea la cuota única anual o la primera cuota fraccionada) el primer día del mes siguiente a aquel en que el Asegurador haya admitido la Solicitud del Seguro. Las cuotas fraccionadas posteriores se abonarán durante el primer día de cada periodo de pago pactado en las Condiciones Particulares.

ARTÍCULO 11. FALTA DE PAGO DEL PREMIO, PERÍODO DE GRACIA Y CADUCIDAD DE LA COBERTURA

El Asegurador concede un plazo de gracia de un mes (no inferior a treinta -30- días) para el pago, sin recargo de intereses, de todos los premios, que se contará desde el día primero de cada mes en que corresponda abonar los mismos. Durante ese plazo esta póliza continuará en vigor, y si dentro de él se produjera el fallecimiento del Asegurado, el premio correspondiente al seguro será descontado del capital asegurado.

Vencido el plazo de gracia y no abonado el premio caducarán los derechos emergentes de esta póliza y el Asegurado no podrá rehabilitar la póliza sino presentando nuevas pruebas de asegurabilidad a satisfacción del Asegurador y pagando los premios adeudados.

ARTÍCULO 12. DISMINUCIÓN DEL CAPITAL ASEGURADO

El Tomador podrá ejercer en cualquier momento el derecho de disminución, consistente en la disminución del capital asegurado en la misma proporción en que se reduce el premio abonado en el momento de la solicitud, hasta el límite establecido en las Condiciones Particulares.

El Asegurador deberá comunicar al Tomador, en el plazo de un (1) mes desde la recepción de su solicitud, la cuota del premio resultante de la disminución. La disminución tendrá efecto a partir de la siguiente cuota de pago del premio posterior a la comunicación del Asegurador.

ARTÍCULO 13. COMUNICACIÓN DEL SINIESTRO

En caso de producirse el fallecimiento del Asegurado, el Tomador o los Beneficiarios deberán comunicar al Asegurador el acaecimiento del siniestro antes de que opere el plazo previsto en la legislación para la prescripción de la acción.

Asimismo, el o los Beneficiarios deberán aportar al Asegurador la siguiente documentación:

- a) Copia certificada de la partida de defunción del Asegurado.
- b) Certificado médico indicativo de la fecha y circunstancias del fallecimiento. En caso de fallecimiento por enfermedad, certificado médico indicativo de su causa y circunstancias, así como la fecha de inicio de la enfermedad causante del fallecimiento del Asegurado.
- c) En su caso, diligencias expedidas por el Juzgado o las autoridades policiales donde se acredite la causa y circunstancias de la muerte. De ser solicitado por el asegurador, informe de la autopsia, informe toxicológico y análisis histopatológico, si hubieren sido practicados en la causa.
- d) Fotocopia del Documento de Identidad de los Beneficiarios o de otro documento que acredite su identidad conforme a derecho.
- e) En caso de falta de designación de Beneficiarios o que se haya designado como Beneficiarios a los herederos legales, la documentación acreditativa de tal condición.
- f) Cualquier otro documento adicional que, como complemento de los anteriores y a petición del Asegurador, sea necesario según las causas del fallecimiento para determinar las circunstancias en que se produjo, así como para acreditar el derecho de los Beneficiarios a percibir el capital asegurado.

ARTÍCULO 14. PAGO DEL CAPITAL ASEGURADO

El Asegurador pagará el capital asegurado de acuerdo con la cuantía establecida en las Condiciones Particulares.

El pago se realizará en el término de quince días (15) días desde la recepción de la documentación exigida en el artículo anterior a los Beneficiarios. En igual término deberá comunicar la concurrencia de algún motivo que excluya la cobertura del seguro. Dicho plazo se suspenderá en caso de que el Asegurador solicite documentación adicional, y se iniciará de nuevo desde que ésta sea aportada.

ARTÍCULO 15. CAUSAS DE RESOLUCIÓN DEL CONTRATO

El contrato de seguro se resolverá:

- a) Por el fallecimiento del Asegurado.
- b) Al finalizar la anualidad en la cual el Asegurado haya cumplido sesenta y cinco (65) años de edad.
- c) En los supuestos previstos en los Artículos 6 y 11.

ARTÍCULO 16. COMUNICACIONES Y CÓMPUTO DE LOS PLAZOS

Las comunicaciones entre las partes se realizarán de modo fehaciente por escrito y por cualquier medio por el que quede constancia de su remisión, contenido y recepción. Si el Tomador así lo aceptara expresamente en la solicitud del seguro y determinara un correo electrónico, serán válidas las comunicaciones a dicho correo electrónico en la medida que dicho medio de notificación sea admitido por el Reglamento General de la Actividad Aseguradora.

Las comunicaciones entre las partes se remitirán al domicilio o al correo electrónico que, a tal efecto, conste el las Condiciones Particulares, o a aquel que se haya designado posteriormente. Las partes deberán comunicarse el cambio de domicilio, o de correo electrónico, en caso contrario será válida la comunicación realizada en el último domicilio o correo electrónico designado.

En caso de traslado al extranjero, el Tomador deberá designar un domicilio en la República Argentina a efectos de comunicaciones.

Los plazos señalados por días empezarán a contarse desde el día siguiente del inicial del cómputo, sin excluir los días inhábiles. Los plazos señalados por meses y por años computarán de fecha a fecha. Cuando en el mes

del vencimiento no hubiere día equivalente al inicial del cómputo, se entenderá que el plazo termina el último día del mes.

ARTÍCULO 17. LEY Y JURISDICCIÓN APLICABLES

Las partes se someten a las condiciones establecidas en la póliza. Para todo lo no regulado en la misma será de aplicación la legislación de la República Argentina.

En caso de no coincidir las Condiciones Generales con las Condiciones Particulares, se estará a lo que dispongan estas últimas.

Serán competentes para el conocimiento de las acciones derivadas de esta póliza, los Juzgados y Tribunales del domicilio del Asegurado o del Beneficiario.

ARTÍCULO 18. FACULTADES DEL PRODUCTOR O AGENTE

El productor o agente de seguros, cualquiera sea su vinculación con el asegurador, autorizado por éste para la intermediación promoviendo la concertación de contratos de seguros, sólo está facultado con respecto a las operaciones en las cuales interviene, para:

- a) Recibir propuestas de celebración y modificación de contratos de seguros.
- b) Entregar los instrumentos emitidos por el Asegurador, referentes a contratos o sus prórrogas.

ARTÍCULO 19. DEFINICIONES

A los efectos de la póliza contratada se entiende por:

- **ACCIDENTE.** Lesión corporal derivada de una causa ajena a la voluntad del Asegurado y que produce su muerte.
- **ASEGURADO.** Persona física mayor de dieciocho (18) años de edad y menor de setenta (70) cuya vida es el objeto de la cobertura del seguro.
- **ASEGURADOR.** FEDERADA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A., entidad aseguradora que asume el riesgo establecido en el contrato de seguro.
- **BENEFICIARIO.** Persona física o jurídica titular del derecho a percibir el capital asegurado.
- **CAPITAL ASEGURADO.** Cuantía económica establecida en las Condiciones Particulares a cuyo pago se obliga el Asegurador en caso de fallecimiento del Asegurado en las circunstancias establecidas.
- **CONDICIONES PARTICULARES.** Documento emitido por el Asegurador que contiene los datos identificativos del Tomador, del Asegurado, la designación de beneficiarios.
- **DECLARACIÓN DEL ESTADO DE SALUD.** Declaración realizada por el Tomador y el Asegurado en el cuestionario facilitado por el Asegurador con el objeto de determinar las circunstancias que influyen en la valoración del riesgo.
- **PÓLIZA.** Documento donde se formaliza el contrato de seguro y que contiene las Condiciones Generales y Particulares, la Declaración del Estado de Salud y cualquier otra documentación complementaria.
- **PREMIO.** Precio total del seguro, incluyendo los recargos e impuestos que sean de legal aplicación.
- **SINIESTRO.** Fallecimiento del Asegurado.
- **SOLICITUD DE ADHESIÓN AL SEGURO.** Declaración incluida en las Condiciones Particulares por la que el Tomador o el Asegurado manifiestan su voluntad de contratar el seguro.

- TOMADOR. Persona física o jurídica que, junto con el Asegurador, suscribe el contrato de seguro, comprometiéndose al pago del premio y al cumplimiento de las obligaciones establecidas.

CLÁUSULA DE INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL.

1) RIESGOS CUBIERTOS:

El Asegurador concederá los beneficios que acuerda esta Cláusula cuando el Asegurado sufiere, durante la vigencia del seguro y antes de que haya cumplido 65 años de edad, algún accidente que fuera causa originaria de su muerte, y siempre que el deceso se produzca a más tardar dentro de los 180 días a contar de la fecha del mismo.

Se entiende por accidente toda la lesión corporal que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta, sufrida por el Asegurado independientemente de su voluntad, por la acción repentina y violenta de un agente externo. Se excluyen expresamente los casos que sean consecuencia de enfermedades o infecciones de cualquier naturaleza.

Por extensión y aclaración quedan comprendidos en esta Cláusula la muerte del Asegurado causadas por: la asfixia o intoxicación por vapores o gases, la asfixia por inmersión u obstrucción, la intoxicación o envenenamiento, cualquier lesión de carácter accidental, las quemaduras de todo tipo producidas por cualquier agente (salvo por rayos solares), el carbunco o tétanos de origen traumático, rabia, las fracturas óseas.

Esta Cláusula no incluye beneficios por muerte que sean consecuencia de picaduras de insectos, insolación o enfriamiento.

2) BENEFICIO

Si el accidente causare la muerte del Asegurado, el Asegurador abonará la indemnización estipulada a la o a las personas designadas como beneficiarios.

3) CARÁCTER DEL BENEFICIO

La indemnización por muerte accidental es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la Póliza.

Cualquier liquidación que corresponda en cumplimiento de las obligaciones contraídas por el Asegurador en esta Póliza, será efectuada a los beneficiarios dentro de los quince (15) días posteriores a la presentación de los documentos necesarios que acrediten el derecho de los reclamantes, quienes deberán suministrarlos a su exclusivo cargo.

4) RIESGOS NO CUBIERTOS

Quedan excluidos de la cobertura de esta Cláusula el deceso accidental que sea consecuencia de:

- a) Dolo o culpa grave del Asegurado;
- b) Participación del asegurado en actos delictivos;
- c) abuso de alcohol, drogas o narcóticos;
- d) acciones de guerra, declarada o no, dentro o fuera del país;

- e) Participar como conductor o integrantes de equipos de competencia de pericia y/o velocidad, con vehículos mecánicos o de tracción a sangre o en justas hípicas (saltos de vallas o carreras con obstáculos);
- f) Intervenir en la prueba de prototipos de vehículos de propulsión mecánica;
- g) Practicar o hacer uso de la aviación, salvo como pasajero de servicios de transporte aéreo regular;
- h) Intervenir en otras ascensiones aéreas o en operaciones o viajes submarinos;
- i) Inhalación de gases o envenenamiento de cualquier naturaleza;
- j) Fenómenos sísmicos, huracanes u otros fenómenos naturales de carácter catastrófico;
- k) Actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por ninguna necesidad profesional, salvo en caso de tentativa de salvamento de vidas o bienes;
- l) Las lesiones causadas por la acción de los rayos "X" y similares, y de cualquier elemento radiactivo, u originadas en reacciones nucleares; de las lesiones imputables a esfuerzo, insolación, quemaduras por rayos solares, enfriamiento y demás efectos de las condiciones atmosféricas o ambientales; por operaciones quirúrgicas o tratamientos; salvo que cualquiera de tales hechos sobrevenga a consecuencia de un accidente cubierto conforme o del tratamiento de las lesiones por él producidas.
- m) Los accidentes causados por vértigos, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que ocurran por estado de enajenación mental, salvo cuando tales trastornos sean consecuencia de un accidente cubierto.
- n) Los accidentes derivados del uso de motocicletas y vehículos similares.

Los siniestros acaecidos en el lugar y en ocasión de producirse los acontecimientos enumerados en esta cláusula, se presume que son consecuencia de los mismos, salvo prueba en contrario de los beneficiarios.

5) COMPROBACION DEL ACCIDENTE

Corresponde al Beneficiario instituido:

- a) Denunciar el accidente dentro de los quince días de la fecha en que haya ocurrido, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia, so pena de perder todo derecho a indemnización;
- b) Suministrar pruebas sobre la fecha y la causa del accidente, así como acerca de la manera y el lugar en que se produjo;
- c) Facilitar cualquier comprobación o aclaración;
- d) Adoptar todas las medidas posibles conducentes a disminuir las consecuencias del accidente.

El Asegurador, en caso de fallecimiento del Asegurado, se reserva el derecho de gestionar la autopsia o la exhumación del cadáver para establecer las causas de la muerte, debiendo los Beneficiarios o sucesores, bajo pena de pérdida de todo derecho de indemnización, prestar su conformidad, y su concurso si fuera necesario, para la obtención de las correspondientes autorizaciones oficiales.

La autopsia o la exhumación se efectuará con citación de los Beneficiarios o sucesores, los que podrán designar un médico para representarlos.

Los gastos que por esta causa se originen serán por cuenta del Asegurador, excepto los servicios del médico representante de los Beneficiarios o sucesores.

6) TERMINACION DE LA COBERTURA

La cobertura del riesgo de accidente prevista en esta cláusula cesará para cada certificado individual en las siguientes circunstancias:

- a) Al finalizar la anualidad en la cual el asegurado haya cumplido sesenta y cinco años (65).
- b) En caso de rescisión de la póliza por agravación del riesgo, conforme al art. 6° de las Condiciones Generales de la Póliza.
- c) En caso de rescisión de la póliza por falta de pago del premio, conforme al artículo 11 de las Condiciones Generales de la Póliza.
- d) Al producirse la invalidez total y permanente del Asegurado.

CLÁUSULA DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.

Artículo 1 - RIESGOS CUBIERTOS:

La Compañía concederá el beneficio que acuerda esta cláusula al Asegurado cuyo estado de invalidez total, permanente e irreversible, como consecuencia de enfermedad o accidente, no le permite desempeñar por cuenta propia o en relación de dependencia su actual actividad remunerativa o cualquier otra adecuada a su capacitación y experiencia, siempre que tal estado haya continuado ininterrumpidamente durante tres meses como mínimo y se hubiera iniciado durante la vigencia de su seguro y antes de cumplir sesenta y cinco (65) años de edad. Se excluyen expresamente los casos que afecten al Asegurado en forma parcial o temporal.

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

Sin perjuicio de otras causas, la Compañía reconocerá como casos de invalidez total permanente e irreversible los siguientes:

- 1) Cuando al asegurado se le haya otorgado un beneficio en el SIPA (Sistema Integrado Previsional Argentino) razón de una invalidez igual o superior al 66% de la total.
- 2) La pérdida de la vista de ambos ojos de manera total e irrecuperable por tratamiento médico y/o quirúrgico.
- 3) La amputación o inhabilitación completa de ambas manos o de ambos pies, o de una mano y de un pie, o de una mano y pérdida de la vista de un ojo, o la pérdida de la vista de un ojo y la amputación o inhabilitación completa de un pie.
- 4) La parálisis general.
- 5) Si una incapacidad total aunque reversible, hubiese durado tres años ininterrumpidos a ser contados desde su inicio, será considerada permanente a los fines de esta cobertura

Artículo 2 - BENEFICIO:

La Compañía, comprobada la invalidez, abonará al Asegurado el capital asegurado en un pago único.

Artículo 3 - CARÁCTER DEL BENEFICIO:

El beneficio acordado por invalidez es substitutivo del capital asegurado que deberá liquidarse en caso de muerte del Asegurado, de modo que, con el pago del capital asegurado en pago único la Compañía queda liberada de cualquier otra obligación con respecto a dicho Asegurado.

Artículo 4 - RIESGOS NO CUBIERTOS:

Quedan excluidas de la cobertura de esta cláusula las consecuencias de:

- 1) Tentativa de suicidio voluntario.
- 2) Culpa grave del Asegurado.
- 3) Participación del asegurado en actos delictivos.
- 4) Abuso de alcohol, drogas o narcóticos.
- 5) Acciones de guerra, declarada o no, dentro o fuera del país.
- 6) Participar como conductor o integrante de equipos de competencias de pericia y/o velocidad, con vehículos mecánicos o de tracción a sangre, o en justas hípicas.
- 7) Intervenir en la prueba de prototipos de aviones, automóviles u otros vehículos de propulsión mecánica.
- 8) Uso de la aviación, salvo como pasajero en servicios de transporte aéreo regular.
- 9) Intervenir en otras ascensiones aéreas o en operaciones o viajes submarinos.
- 10) Invalidez producida como consecuencia de accidentes que tengan su origen en la práctica de actividades o deportes de alto riesgo, considerándose tales al esquí, artes marciales, automovilismo, motociclismo, montañismo, paracaidismo y aladeltismo, así como aquéllos que tengan por finalidad causar una lesión al contrincante o que se practiquen profesionalmente.
- 11) Invalidez producida como consecuencia de fenómenos naturales de carácter extraordinario o catastrófico, se trate de terremotos, maremotos, huracanes, tornados, inundaciones, tempestades, erupciones volcánicas, elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos o desprendimiento de rocas.
- 12) Invalidez producida como consecuencia de radiación nuclear atómica o contaminación radiactiva, cualquiera que sea su naturaleza.

Artículo 5 - COMPROBACIÓN DE LA INVALIDEZ:

Corresponde al Asegurado o a su representante:

- 1) Denunciar la existencia de la invalidez.
- 2) Presentar las constancias médicas y/o testimoniales de su comienzo y causas, sin perjuicio de la facultad que se reserva el Asegurador de obtenerlos por sus medios.

- 3) Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta dos exámenes médicos por facultativos designados por la Compañía y con gastos a cargo de ésta.

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 a que se refiere el punto 5º) no resultaran concluyentes en cuanto al carácter total y permanente de la invalidez, la Compañía podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor de tres (3) meses, 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 49º de la Ley de Seguros Nº 17.418.

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

Artículo 7 - VALUACIÓN POR PERITOS:

Si no hubiere acuerdo entre las partes sobre la fecha de ocurrencia del hecho invalidante o sobre la apreciación acerca del estado de invalidez 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 - TERMINACIÓN DE LA COBERTURA:

La cobertura del riesgo de invalidez 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 finalizar la anualidad en la cual el asegurado haya cumplido sesenta y cinco años (65).
- 2) En caso de rescisión de la póliza por agravación del riesgo, conforme al art. 6º de las Condiciones Generales de la Póliza.
- 3) En caso de rescisión de la póliza por falta de pago del premio, conforme al artículo 11 de las Condiciones Generales de la Póliza.