

V - COL - 7.1 – CLÁUSULA ADICIONAL – INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE: LIQUIDACIÓN DEL CAPITAL ASEGURADO – BENEFICIO SUSTITUTIVO

Artículo 1º - Riesgo Cubierto

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

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

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

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

Se excluyen expresamente los casos que afecten al Asegurado en forma parcial o temporal.

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

Artículo 2º - Riesgos no Cubiertos

Quedan expresamente excluidos de la presente cobertura adicional los eventos sufridos por el Asegurado que sean consecuencia inmediata o mediata de:

- a) Tentativa de suicidio voluntario.
- b) Culpa grave del Asegurado.
- c) Duelo, riña, salvo que se tratase de legítima defensa;; revolución; o empresa criminal.
- d) Abuso de alcohol, drogas o narcóticos.
- e) Acciones de guerra, declarada o no, dentro o fuera del país.
- f) 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.
- g) Intervenir en la prueba de prototipos de aviones, automóviles u otros vehículos de propulsión mecánica.
- h) Practicar o hacer uso de la aviación, salvo como pasajeros en servicios de transporte aéreo regular.
- i) Intervenir en otras ascensiones aéreas o en operaciones o viajes submarinos.
- j) Acontecimientos catastróficos originados por la energía atómica.
- k) Consecuencias directas o indirectas de la reacción nuclear o contaminación radioactiva.
- l) Temblor de tierra, erupción volcánica, inundación y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario.
- m) Las consecuencias de lesiones imputables a esfuerzos, insolación, quemaduras, rayos solares y demás efectos de las condiciones atmosféricas, salvo que cualquiera de tales hechos sobrevengan a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza o del tratamiento de las lesiones por él producidas.
- n) Uso de motos, motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor.
- o) Violación de cualquier ley, y por cualquiera de las causas comprendidas en el artículo 3º de las Condiciones Generales Comunes de la póliza sobre Limitaciones y Exclusiones.

Artículo 3º - Beneficio

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

Artículo 4º - Carácter del Beneficio

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

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

Artículo 5º - Comprobación de la Invalidez

Corresponde al Tomador, Asegurado o su representante:

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

Artículo 6º - Plazo de Prueba

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

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

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

Artículo 7º - Valuación por Peritos

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

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

Si una de las partes omitiera designar médico dentro del octavo día de requerido por la otra, o si el tercer

facultativo no fuera electo en el plazo establecido en el primer párrafo, la parte más diligente previa intimación a la otra, procederá a su designación.

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

Artículo 8º - Finalización de la Cobertura

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

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

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

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

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

**V - COL - 7.1 – CLÁUSULA ADICIONAL – INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE:
LIQUIDACIÓN DEL CAPITAL ASEGURADO – BENEFICIO SUSTITUTIVO**

**ANEXO I
RIESGOS NO CUBIERTOS**

Quedan expresamente excluidos de la presente cobertura adicional los eventos sufridos por el Asegurado que sean consecuencia inmediata o mediata de:

- a) Tentativa de suicidio voluntario.
- b) Culpa grave del Asegurado.
- c) Duelo, riña, salvo que se tratase de legítima defensa;; revolución; o empresa criminal.
- d) Abuso de alcohol, drogas o narcóticos.
- e) Acciones de guerra, declarada o no, dentro o fuera del país.
- f) 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.
- g) Intervenir en la prueba de prototipos de aviones, automóviles u otros vehículos de propulsión mecánica.
- h) Practicar o hacer uso de la aviación, salvo como pasajeros en servicios de transporte aéreo regular.
- i) Intervenir en otras ascensiones aéreas o en operaciones o viajes submarinos.
- j) Acontecimientos catastróficos originados por la energía atómica.
- k) Consecuencias directas o indirectas de la reacción nuclear o contaminación radioactiva.
- l) Temblor de tierra, erupción volcánica, inundación y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario.
- m) Las consecuencias de lesiones imputables a esfuerzos, insolación, quemaduras, rayos solares y demás efectos de las condiciones atmosféricas, salvo que cualquiera de tales hechos sobrevengan a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza o del tratamiento de las lesiones por él producidas.
- n) Uso de motos, motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor.
- o) Violación de cualquier ley, y por cualquiera de las causas comprendidas en el artículo 3º de las Condiciones Generales Comunes de la póliza sobre Limitaciones y Exclusiones.