

Seguro de Vida Colectivo Cobertura Adicional de Renta por Pérdida de Ingresos.

ARTÍCULO 1. DISPOSICIONES FUNDAMENTALES

La presente Cobertura Adicional queda sometida a las estipulaciones de las Condiciones Generales del Seguro de Vida Colectivo (Póliza Principal) en cuanto no sean modificadas o derogadas expresamente por la presente Cobertura Adicional.

ARTÍCULO 2. DEFINICIONES

Contratante: Es la empresa que contrata la póliza y es señalada como tal en las Condiciones Particulares de la póliza. Asimismo, la Caja de Auxilio de único empleador debidamente constituida y aprobada por el Poder Ejecutivo, que contrata la póliza y es indicada en las Condiciones Particulares.

Empleado Asegurable: Las personas físicas que a la vigencia inicial de este Contrato, sean empleados del Contratante, recibiendo un salario de parte de éste, se encuentran en el normal desempeño de sus funciones con concurrencia diaria a sus tareas habituales y que cumplan funciones de tiempo completo (mínimo 30 horas semanales en forma permanente), para cuya cobertura se haya abonado la prima correspondiente, cuyas solicitudes hayan sido aprobadas por la Compañía Aseguradora y se encuentre comprendido en la clase de empleado elegible detallada en las Condiciones Particulares de esta póliza.

En caso que el Contratante sea una Caja de Auxilio, se considerarán Empleados Asegurables a los afiliados de dicha Caja de Auxilio para cuya cobertura se haya abonado la prima correspondiente, cuyas solicitudes hayan sido aprobadas por la Compañía Aseguradora y se encuentren comprendidos en la clase de empleados elegibles detallada en las Condiciones Particulares de esta póliza.

Médico: Profesional debidamente matriculado y habilitado para el ejercicio de la medicina o de la especialidad adquirida, de acuerdo a la legislación vigente.

No se aceptará la intervención de ningún médico que sea:

- **A)** el Asegurado mismo
- **B)** el cónyuge del Asegurado, un familiar del Asegurado o de su cónyuge hasta el segundo grado de consanguinidad.

Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida: El término "Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida" tendrá los significados asignados por la Organización Mundial de Salud.

- **1.** La infección oportunista incluirá, pero no estará limitado a, neumonía pneumocystis carinii, organismos de enteritis crónica, infecciones por virus y/u hongos diseminados.
- **2.** El neoplasma maligno incluirá, pero no estará limitado a, sarcoma de Kaposi, linfoma del sistema nervioso central y/u otras enfermedades malignas reconocidas actualmente o que se reconozcan en el futuro como causas inmediatas de muerte en presencia de inmuno deficiencia adquirida.
- **3.** El Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida incluirá encefalopatía (demencia) por H.I.V. (Virus de Inmuno Deficiencia Humana), y Síndrome de Debilitamiento por H.I.V. (Virus de Inmuno Deficiencia Humana).

Accidente: Se entiende por accidente, todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos, que afecte el organismo del Asegurado provocándole lesiones, que se manifiesten por heridas visibles o contusiones internas, incluyéndose asimismo el ahogamiento y la asfixia, torcedura y desgarramientos producidos por esfuerzos repentinos, como también estados septicémicos e infecciones que sean la consecuencia de heridas externas e involuntarias y hayan penetrado por ellas al organismo o bien se hayan desarrollado por efecto de contusiones.

Condición Médica-Preexistente: Hace referencia a cualquier condición conocida o no por el Asegurado, por la cual se haya recibido cuidado, atención, tratamiento o consejo médico o que se haya manifestado o contraído por primera vez con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la cobertura.

Salario: Se considerara salario a los efectos de presente póliza a la remuneración básica mensual líquida, fija y en dinero percibida por el empleado, sin tomarse en cuenta lo percibido por aguinaldo, salario vacacional, gratificaciones, bonificaciones, participaciones en las utilidades, viáticos, reintegro de cuotas mutuales, seguros de vida y alimentación u otras formas de remuneración que constituyen elementos variables de la misma.

Con relación al personal que desempeñe tareas comerciales y de ventas, cuyo salario esté compuesto total o parcialmente por comisiones o cualquier otro tipo de remuneración variable, el Capital Asegurado será el promedio de los últimos 6 meses de ingresos totales.

Respecto del personal jornalero, se computará como salario mensual el resultante de multiplicar por doscientos (200) el salario por hora.

El Contratante deberá comunicar a la Compañía Aseguradora toda vez que se produzcan modificaciones en el salario de los Asegurados. A efectos del cálculo del Capital Asegurado se tomará en cuenta únicamente el último Salario comunicado por el Contratante.

Enfermedades o accidentes ocupacionales: Todo accidente que se ocasione a causa del trabajo o en ocasión del mismo, y toda enfermedad causada por agentes físicos, químicos, o biológicos utilizados o manipulados durante la actividad laboral o que estén presentes en el lugar de trabajo. Asimismo, todo accidente o enfermedad que dé lugar a recibir cualquiera de los beneficios del Seguro de Accidentes de trabajo y Enfermedades Profesionales regulado por la Ley 16.074.

Enfermedad o accidente no ocupacional: Todo accidente o enfermedad no comprendido en la definición de Enfermedad o Accidente ocupacional.

Establecimiento Asistencial: Establecimiento que:

- **A)** se halle legalmente autorizado para funcionar como tal,
- **B)** brinde principalmente asistencia y tratamiento clínico a personas enfermas o accidentadas,
- **C)** cuente con un cuerpo de facultativos de uno o más médicos en forma permanente,
- **D)** brinde servicio de enfermería durante las 24 horas del día y disponga de al menos un enfermero diplomado de guardia permanente,
- **E)** cuente con equipos para cirugía y diagnóstico, ya sea en sus propias instalaciones o en establecimientos con los que haya acordado convenios para la prestación de dichos servicios.

No se consideran Establecimientos Asistenciales a los fines de la presente cobertura, a los establecimientos geriátricos, centros de descanso o de convalecencia y los centros de tratamiento para la drogadicción y el alcoholismo.

La elección del Establecimiento Asistencial queda liberada a la voluntad de los Asegurados.

Enfermedades Mentales: Significa cualquier desorden de la mente, de naturaleza psicológica, de conducta o emocional, incluyendo manifestaciones físicas o psicológicas, desordenes de conducta o emocionales, pero excluyendo daños estructurales del cerebro que puedan ser demostrados.

Incapacidad Total y Permanente: Significa toda incapacidad sufrida a consecuencia de una lesión corporal o enfermedad, que impida totalmente al Asegurado desempeñarse en cualquier trabajo remunerado o lucrativo, por cuenta propia o en relación de dependencia, excluyéndose expresamente los casos que afecten al Asegurado en forma parcial o temporal.

Incapacidad Total y Temporal: Significa toda incapacidad que imposibilita la realización de las tareas inherentes a la ocupación habitual para las cuales se encuentra razonablemente preparado en función de su entrenamiento, educación o experiencia, que no califique como una Incapacidad Total y Permanente.

ARTÍCULO 3. PERSONAS ASEGURABLES

Se consideran asegurables, a la fecha de vigencia inicial de esta póliza, todos los Empleados cuya edad se encuentre comprendida entre 18 (dieciocho) y 64 (sesenta y cuatro) años, cuyas solicitudes de ingreso individuales hayan sido aprobadas por la Compañía Aseguradora.

El Empleado deberá cumplir el Periodo de Carencia indicado en las Condiciones Particulares para ser asegurable.

El Empleado deberá llenar y firmar una solicitud de ingreso satisfactorio para la Compañía y entregarlo a la empresa Contratante. Si no se cumple dicho requisito en los primeros 31 días de ser asegurable, deberá suministrar mayores evidencias de Asegurabilidad satisfactorias para la Compañía.

De solicitar la Compañía evidencias de Asegurabilidad, la persona no será asegurable hasta que no se aprueben las mismas, con independencia de lo mencionado en los párrafos anteriores.

ARTÍCULO 4. EVENTO CUBIERTO

El evento cubierto por esta cláusula adicional es la pérdida de ingresos de un Empleado asegurado, producida como consecuencia de la Incapacidad Total y Temporal generada por una enfermedad o un accidente que requiera el continuo tratamiento de un médico (de características descriptas en el artículo 2.- "Definiciones" de esta Cláusula Adicional), y que la misma sea iniciada durante la vigencia de la cobertura individual del Asegurado que se trate.

Se entiende por enfermedad iniciada durante la vigencia de la cobertura individual aquella por la cual el Asegurado no haya presentado signos o síntomas, no haya acudido a la consulta médica y no haya recibido tratamiento médico, con anterioridad a la fecha de su incorporación al seguro.

ARTÍCULO 5. BENEFICIO

La Compañía Aseguradora, una vez comprobada la ocurrencia del siniestro, abonará al Asegurado un beneficio mensual, cuyo importe se consigna en las Condiciones Particulares, durante el periodo en que se mantenga la Incapacidad Total y Temporal del asegurado, no superando el periodo máximo de indemnización también establecido en las Condiciones Particulares. Se deberá cumplir el Plazo de Carencia establecido en las Condiciones Particulares antes de iniciar el pago del beneficio. El beneficio se genera a partir de cumplido el plazo en días indicado en las Condiciones Particulares, respecto al inicio de la Incapacidad Total y Temporal.

Al importe a pagar por el beneficio establecido en las Condiciones Particulares,-y todo otro beneficio que el empleado asegurado reciba como consecuencia de la Incapacidad Total y Temporal por la que hiciera un reclamo por esta póliza, se le deducirá, como por ejemplo (pero no limitado a):

A) prestaciones del Seguro de Enfermedad del Banco de Previsión Social (EX DISSE);

B) cualquier otra de naturaleza similar a la anterior.

El beneficio se calculará de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Particulares, abonándose en forma mensual, el último día hábil. Por periodos menores a un mes, se pagará 1/30 (una treintava parte) del beneficio mensual por cada día de Incapacidad Total y Temporal del Asegurado.

No se pagara beneficio alguno por ningún periodo de Incapacidad Total y Temporal en el cual el Asegurado no esté tratado en forma regular por un médico (de acuerdo a lo definido en el Artículo 2.- "Definiciones").

ARTÍCULO 6. CESE EN EL PAGO DEL BENEFICIO

El Beneficio al que da lugar esta póliza cesará cuando ocurra el primero de los siguientes eventos:

- A)** la fecha en que el Asegurado deja de estar incapacitado;
- B)** la fecha en que el Asegurado no puede seguir probando su incapacidad Total y Temporal;
- C)** la fecha en que el Asegurado se rehúsa a someterse a un examen médico o equivalente por parte de la Compañía Aseguradora;
- D)** la fecha en que se cumple el máximo periodo de indemnización establecido en las Condiciones Particulares;
- E)** la fecha en que fallezca el empleado asegurado;
- F)** la fecha en que al Asegurado se le declara una Incapacidad Total y Permanente;
- G)** la fecha en que el empleado asegurado se reintegre a sus tareas habituales;
- H)** la fecha en que el Asegurado alcanza la edad normal de retiro, o un máximo de 65 años de edad.

ARTÍCULO 7. INCAPACIDAD RECURRENTE

Si un Asegurado retorna a sus tareas diarias después de haber estado cobrando el beneficio establecido en la presente póliza, y en un periodo igual o mayor a 30 (treinta) días hábiles vuelve a padecer una Incapacidad Total y Temporal, la misma será tratada como una nueva Incapacidad Total y Temporal respecto al inicio y final del pago de los beneficios, indicados en las Condiciones Particulares. Si dicha Incapacidad Total y Temporal es: a) relativa a la misma o similar causa y; b) separada por menos de 30 (treinta) días hábiles de la vuelta al trabajo, será considerada dentro del periodo de incapacidad anterior, aplicándose los plazos de carencia y máxima duración del beneficio respecto de la fecha original de manifestación de la dolencia.

ARTÍCULO 8. MÚLTIPLES CAUSAS

Si el periodo de incapacidad se extiende por una nueva causa cuando el Beneficio se está pagando, los beneficios continuaran al mantenerse la incapacidad, con las siguientes salvedades:

- A)** no se pagaran beneficios una vez cumplido el plazo máximo establecido en las Condiciones Particulares de la póliza, respecto a la primer causa de incapacidad;
- B)** las exclusiones y condiciones preexistentes aplicarán también a la segunda causa de incapacidad.

ARTÍCULO 9. INICIO DE COBERTURA

Si el Empleado no contribuye al costo del seguro, la cobertura comenzará en la fecha que sea asegurable de acuerdo a lo estipulado en el artículo 3.- "Personas Asegurables".

Si el Empleado contribuye con el costo del seguro, la cobertura comenzará en la última de las siguientes fechas:

- A)** la fecha en que es asegurable, si ya ha completado el formulario de inscripción;
- B)** la fecha en que entrega el formulario de inscripción, si la misma es dentro de los 31 primeros días después de la fecha de ser asegurable;
- C)** la fecha en que la Compañía apruebe la evidencia de Asegurabilidad, si se le hubiera requerido dicha prueba al empleado.

ARTÍCULO 10. APLAZAMIENTO DE LA FECHA EFECTIVA DE INICIO DE LA COBERTURA

En caso de que el Asegurado se encuentre incapacitado o estuviere recibiendo el pago de un reclamo al inicio de la presente cobertura, no se proveerá cobertura por esta póliza hasta que cumpla un día hábil completo de trabajo.

ARTÍCULO 11. CAMBIOS EN LA COBERTURA

Cualquier cambio en la clase de Empleado elegible o en el capital asegurado será efectivo si el Asegurado se encuentra trabajando a tiempo completo. Si se estuviera ausente por incapacidad, licencias con goce de salario o sin goce de salario, deberá esperar a volver a trabajar a activamente a tiempo completo para hacer efectivo el cambio en la cobertura.

ARTÍCULO 12. RIESGOS NO CUBIERTOS

Además de las causales consignadas en las Condiciones Generales, la Compañía Aseguradora no abonará el beneficio cuando la Incapacidad Total y Temporal sea consecuencia de:

- A)** Intento de Suicidio, automutilación o autolesión, ya sea estando en su pleno juicio o enajenado mentalmente, durante toda la vigencia del presente contrato;
- B)** Infección oportunista y/o neoplasma maligno si en el momento de manifestarse la enfermedad o producirse el accidente, el Asegurado tuviere el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) o fuere cero positivo al HIV (Virus de Inmuno Deficiencia Humana), según las características descritas en el artículo 2 "Definiciones" de estas Condiciones Generales.

- C) Cualquier condición médica preexistente, durante el período de tiempo estipulado en las Condiciones Particulares;
- D) Enfermedades mentales;
- F) Cirugía experimental o cosmética;
- G) Enfermedades o Accidentes Ocupacionales;
- H) Maternidad: comprende toda incapacidad que se lleve a cabo durante el embarazo, sea consecuencia o no de éste; el parto y hasta los cuarenta y cinco (45) días posteriores al parto;
- I) Tratamiento o rehabilitación por adicción a drogas, alcohol o psicofármacos;
- J) Epidemias o envenenamientos de carácter colectivo.

ARTÍCULO 13. DENUNCIA DEL EVENTO CUBIERTO

El Asegurado, sus representantes o el Contratante deberán denunciar directamente a la Compañía Aseguradora la Incapacidad Total y Temporal del Asegurado dentro de los 3 (tres) días hábiles siguientes de haberse iniciado la misma. El inicio de la Incapacidad Total y Temporal estará marcado por la fecha en que el Asegurado esté ausente por primera vez al trabajo. Cualquier demora en la presentación de la denuncia hará perder al Asegurado el derecho a los beneficios que le corresponderían por esta póliza; excepto que medie caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.

La denuncia se formulará por escrito, en los formularios que a tal fin suministre la Aseguradora.

Asimismo, corresponde al asegurado o a sus representantes acompañar el certificado de tramitación del Seguro de Enfermedad del Banco de Previsión Social o cualquier otro régimen suplementario –cuando correspondiere- y las constancias médicas, incluyendo historias clínicas labradas en el Establecimiento Asistencial donde fuera asistido.

La Compañía, en un plazo de 5 días hábiles desde el momento de haber recibido y aprobado la totalidad de los documentos detallados en el inciso anterior, deberá manifestar su aceptación o rechazo del siniestro denunciado. La no contestación dentro del referido plazo, significará la aceptación del siniestro por parte del Compañía.

ARTÍCULO 14. COMPROBACIÓN DEL EVENTO CUBIERTO

La Compañía Aseguradora podrá efectuar todas las verificaciones que sean necesarias y razonables para acreditar la ocurrencia del siniestro y la extensión de la prestación a su cargo. A tal fin, corresponde al Asegurado:

A) Prestar toda la colaboración que a tal efecto le requiera la Aseguradora; facilitando cualquier comprobación, incluso hasta dos exámenes médicos a cargo de facultativos designados por aquella, incluyendo la realización de estudios médico-diagnósticos. Los gastos por la realización de tales estudios y los honorarios de los facultativos designados por la Aseguradora, serán a cargo de esta última.

B) Autorizar expresamente a su médico asistente y al Establecimiento Asistencial involucrado en su atención, a proporcionar toda información que el médico asesor de la Aseguradora solicite a los efectos de este contrato. La Aseguradora se compromete a velar por la confidencialidad de las informaciones recabadas.

ARTÍCULO 15. VALUACIÓN POR PERITOS

Si existiesen divergencias entre las partes, la verificación del hecho cubierto será determinado por 2 (dos) médicos designados uno por cada parte, dentro de los 8 (ocho) días siguientes a la notificación de rechazo del siniestro. En caso de que también haya divergencia entre ellos, dichos profesionales deberán elegir a un tercer facultativo dentro de un plazo de 8 (ocho) días de su designación.

Los médicos designados por las partes deberán presentar su informe dentro de los 30 (treinta) días siguientes a su designación y en caso de divergencia, el tercer facultativo deberá expedirse en un plazo de 15 (quince) días de su designación. Si una de las partes omitiese designar médico dentro del octavo día de requerido por la otra o si el tercer facultativo no fuese electo en el plazo establecido en el párrafo anterior, 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. Los honorarios del tercero serán abonados por la parte, cuya posición haya sido desestimada por el dictamen de dicho profesional.

ARTÍCULO 16. CUMPLIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA

La Compañía Aseguradora se compromete a pagar el beneficio que otorga la presente cobertura, dentro de los 7 (siete) días posteriores a la aprobación del siniestro, o dentro de los 7 (siete) días de pronunciado el dictamen por parte de los peritos a favor del Asegurado; por el importe correspondiente a la cantidad de días desde que hubiere comenzado la Incapacidad Total y Temporal, deducido el período de carencia estipulado en las Condiciones Particulares de esta póliza. Los pagos se efectuarán el último día hábil de cada mes de Incapacidad Total y Temporal, conforme a lo establecido en el Artículo 5, "Beneficio".

Los pagos se harán efectivos al Asegurado. En caso de fallecimiento del mismo, los beneficios pendientes de pago que acuerda la presente póliza, serán abonados por la Compañía al beneficiario designado en el Certificado Individual de la Cobertura de Vida Colectivo. En ausencia de éstos, a los herederos legales.

El pago por la Compañía de buena fe conforme a los términos y condiciones de este artículo, la liberará totalmente de toda otra obligación con respecto a la presente cobertura adicional.

ARTÍCULO 17. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

Si un Asegurado se encuentra incapacitado y cobrando el beneficio que le corresponde por la presente póliza, y termina su relación contractual con la contratante por su condición de incapacitado, se mantendrá el pago del beneficio hasta cumplirse las condiciones expuestas en el Artículo 6– “Cese en el pago del Beneficio”.

ARTÍCULO 18. CÓMPUTO DE PLAZOS

Salvo estipulación expresa en contrario, los plazos de esta póliza se cuentan por días corridos. Los plazos que vencen en días inhábiles (sábados, domingos y feriados) se prorrogarán hasta el día hábil inmediato siguiente.