CLÁUSULA ADICIONAL DE INCAPACIDAD FÍSICA TOTAL PERMANENTE E IRREVERSIBLE

Artículo 1º - Riesgo Cubierto:

El Asegurador concederá el beneficio que acuerda esta Cláusula, cuando el asegurado, como consecuencia de una enfermedad o accidente, que padezca un estado de incapacidad física total, permanente e irreversible; no pasible de ser revertido por tratamientos médicos y/o quirúrgicos; siempre y cuando no le permita al asegurado desempeñar por cuenta propia o en relación de dependencia ninguna actividad remunerada (cese laboral). Tal estado de incapacidad física, deberá manifestarse en forma ininterrumpida por SEIS (6) meses como mínimo, haberse instalado durante la vigencia de esta cláusula adicional y antes de que el asegurado exceda la edad establecida en las Condiciones Particulares de la póliza como edad límite para esta cobertura adicional.

Se entiende por instalación de la incapacidad física total, permanente e irreversible a la fecha en que, según los estudios y pruebas médicas realizadas al asegurado, se compruebe de modo fehaciente la instalación de la o las afecciones que determinaron el estado de incapacidad física total permanente e irreversible.

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

El Asegurador solicitará las pruebas médicas, estudios y demás elementos que a su juicio sean razonables y necesarios para establecer la procedencia del beneficio.

A los efectos de otorgar el beneficio que concede la presente cláusula, se considerará incapacidad física total, permanente e irreversible, a las definidas en los Artículos 2 y 3.

Artículo 2 – Incapacidades totales

Se entenderá por incapacidad física total, permanente e irreversible, única y exclusivamente a aquella producida por:

1. La pérdida anatómica o funcional no recuperable, rehabilitable o readaptable, con tratamiento médico o quirúrgico ni con el uso de artificios de técnica, de dos de los cuatro miembros.

2. La imposibilidad de deambular por sí mismo, no curable, rehabilitable o readaptable, aún con tratamiento médico o quirúrgico ni con el uso de artificios de técnica.

3. Aquellas afecciones que de manera permanente impidan, al asegurado, permanecer en posición activa de sentado.

4. La pérdida permanente del control de los esfínteres anal o vesical y/o la función renal, cuando estas funciones no sean recuperables con tratamiento, médico o quirúrgico. Se excluye el ano contra natura.

5. La pérdida total anatómica o funcional de ambos ojos, siempre y cuando el sentido de la visión no fuere recuperable con tratamiento médico o quirúrgico o con artificios de técnica (lentes, etc.).

6. La pérdida anatómica o funcional no recuperable, rehabilitable o readaptable, con tratamiento médico o quirúrgico ni con el uso de artificios de técnica, de uno de los cuatro miembros sumada a la pérdida total anatómica o funcional de uno de los ojos, siempre y cuando el sentido de la visión no fuere recuperable con tratamiento médico o quirúrgico o con artificios de técnica (lentes, etc.).

7. Enfermedades neurológicas degenerativas cuando provoquen cuadros de parálisis generalizados, alteraciones respiratorias severas y/o demencia irreversible.

8. Las afecciones cardiovasculares con alteraciones anatómicas o fisiológicas comprobables, cuando determinen la aparición en reposo o ante el mínimo esfuerzo de disnea o angor, cuya reversidad no se consiga con tratamiento médico o quirúrgico.

9. Las insuficiencias respiratorias con disnea en reposo en forma constante e irreversible con tratamiento pleno.

10. Accidentes Cerebrovasculares que se deriven en hemiplejía o paraplejía irreversible entendiéndose por tales las que persistan como secuela durante un plazo mínimo de SEIS (6) meses de producido el cuadro agudo.

11. Los estadios IV y/o metástasis generalizadas en órganos alejados del tumor primitivo de cualquier cáncer debidamente diagnosticado y estadificado según las normas del U.I.C.C. (Unión Internacional de lucha Contra el Cáncer).

12. Las manifestaciones clínicas de la inmunodeficiencia en el SIDA (Ejemplo: Sarcoma de Kaposi, enfermedades y/o infecciones oportunistas, etc.), siempre que los cuadros referidos no se resuelvan con tratamiento específico en menos de 6 (SEIS) semanas y que exista deterioro manifiesto del estado general. Queda excluida expresamente la positividad de cualquier reacción serológica para SIDA, aún las serologías confirmatorias, cuando éstas no se acompañen de las manifestaciones clínicas mencionadas precedentemente, entendiéndose que toda condición de positividad, sin manifestaciones clínicas, deberá considerarse infección por HIV o condición de portador, sin existencia de enfermedad de inmunodepresión adquirida.

Se excluyen expresamente de esta cobertura los hechos que sólo afecten al asegurado en forma temporal y los que hayan ocurrido con anterioridad al inicio de vigencia de la presente cláusula, aunque el estado incapacitante recién se

manifieste durante la vigencia de la misma, siempre que no existan requisitos de asegurabilidad relacionados con el estado de salud del Asegurado.

También se excluye de esta cobertura cualquier otra incapacidad que no se manifieste por alguna de las establecidas en el presente artículo, aún cuando se la haya calificado en proceso administrativo o judicial como total, permanente e irreversible y aunque correspondan a una enfermedad o accidente del trabajo o hayan dado lugar al otorgamiento de beneficios jubilatorios por invalidez o con motivo de la norma contenida en el art. 212 de la ley 20.744 (t.o. 1976).

Artículo 3º – Determinación de la Incapacidad a través de Incapacidades Parciales

Si el Asegurado padeciera distintas incapacidades físicas permanentes e irreversibles, sólo se considerará que el Asegurado padece una incapacidad física total, permanente e irreversible, cuando la sumatoria de estas incapacidades supere el SESENTA Y SEIS POR CIENTO (66 %) de la capacidad física del Asegurado y siempre y cuando una de las discapacidades represente como mínimo un 45% de la incapacidad total. A los efectos de distinguir las distintas incapacidades físicas permanentes, el Asegurador se basará en el Baremo Médico – Covello Keklikian.

La determinación del estado de incapacidad será obtenida del siguiente modo:

1. Se realizará una evaluación cuantitativa, de los porcentajes correspondientes a cada una de las incapacidades físicas permanentes e irreversibles padecidas por el Asegurado, en función de las pruebas, diagnósticos y demás estudios efectuados al asegurado.

2. Una vez obtenidos los porcentajes de todas las incapacidades se procederá al ordenamiento decreciente de los mismos.

3. Al CIEN POR CIENTO (100 %) de la capacidad física se restará el porcentaje de la incapacidad parcial, que del ordenamiento establecido en el inciso 2 precedente, resulte ser la mayor, obteniendo la capacidad física remanente.

4. Al porcentaje de capacidad física remanente obtenido en el inciso 3 precedente, se aplicará el porcentaje correspondiente a la segunda incapacidad parcial y el cálculo resultante establecerá el porcentaje que será restado a dicha capacidad, obteniendo de este modo una nueva capacidad física remanente. El mismo criterio se practicará en forma sucesiva a las demás incapacidades parciales que pudieran presentarse.

5. El porcentaje de incapacidad del asegurado, surgirá de restar a la capacidad total mencionada en el inciso 3 (100 %), la última capacidad física remanente obtenida.

Artículo 4º – Beneficio

Una vez comprobada la incapacidad física, total permanente e irreversible conforme a lo establecido en los Artículos 1º, 2º y 3° de la presente cláusula, el Asegurador abonará al Asegurado el capital establecido para la presente cobertura, en el plazo establecido en el Artículo 49°, 2do párrafo de la ley 17.418 de Seguros. El beneficio se liquidará en un único pago.

Artículo 5º – Carácter del Beneficio

El beneficio previsto en esta cláusula es sustitutivo del capital asegurado que debiera liquidarse en caso de muerte del asegurado, de modo que con el pago a que se refiere el Artículo precedente, el Asegurador queda liberado de cualquier otra obligación asumida en esta póliza respecto del Asegurado y de los beneficiarios.

Artículo 6º – Exclusiones Específicas

a) Enfermedades – y sus secuelas – que hubieran sido diagnosticadas antes de la entrada en vigencia de la presente cobertura, en caso de aplicar enfermedades preexistentes.

b) Enfermedades Profesionales.

c) Patologías Psiquiátricas y/o Psicológicas.

Artículo 7º – Agravación del Riesgo

El Tomador del seguro deberá comunicar al Asegurador, antes de producirse, cualquier cambio en la profesión, ocupación o actividad desarrollada por el Asegurado que agravare el riesgo asumido por el Asegurador.

Cuando la agravación se deba a un hecho del tomador, regirá el art. N° 39 y cuando sea ajeno a este, el N° 40 de la Ley de Seguros 17418. Si los cambios en la profesión, ocupación o actividad desarrollada por el Asegurado agravaren el riesgo de modo tal que, de existir en el momento de la contratación, el Asegurador no hubiera otorgado esta cobertura este autorizará la rescisión del 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.

Se considera agravación del riesgo el cambio de categoría en la siguiente tabla:

- Clase 1: Profesionales y Administrativos

- Clase 2: Corredores de Comercio.
- Clase 3: Transportistas, Industrias y Operarios.
- Clase 4: Minería.

Artículo 8º – Comprobación de la Incapacidad

La determinación del estado de incapacidad a cargo del Asegurador, resultará imprescindible para establecer la procedencia del beneficio en todos los casos, inclusive para aquellas incapacidades que se califiquen de total y permanente por vía administrativa judicial y/o por accidente de trabajo y/o hayan dado lugar a indemnizaciones fundadas en la legislación laboral o en convenios de partes y/o hayan originado el otorgamiento de la jubilación por invalidez.

Artículo 9º – Denuncia del Siniestro

Corresponde al Asegurado o a su representante:

1. Denunciar la existencia de la incapacidad ante el Asegurador. En caso en que el Asegurado se domicilie a una distancia superior a los 300 kilómetros de la Sede o Sucursal más próxima del Asegurador, podrá, excepcionalmente, efectuar esa denuncia en el domicilio del tomador, quien a su vez asume la carga de ponerla en conocimiento del asegurador en los términos del Artículo 10°. En ambos casos, los plazos de este contrato y de la Ley de Seguros, comenzarán a computarse a partir del momento en que se verifique la recepción de la denuncia ante el Asegurador.

A su vez, deberá presentar en el mismo momento de la denuncia:

2. Las constancias médicas y/o testimoniales de su comienzo y causas.
3. Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta dos exámenes médicos por facultativos designados por el Asegurador y con gastos a cargo de éste.
4. Constancia escrita emanada del tomador respecto a que ha dispuesto el cese laboral del Asegurado.

Artículo 10º – Cargas del Tomador

Es carga del Tomador:

Notificar al Asegurador dentro de las 72 horas de recibidas, las denuncias que presente el asegurado conforme la excepción en razón de la distancia establecida en el punto 1 del Artículo 9º, salvo que se acredite caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia y mientras se mantengan estas circunstancias.

Artículo 11º – Plazo de Pago

El Asegurador, dentro de los treinta (30) días de recibida la denuncia y las constancias medicas y/o testimoniales a que se refiere el Artículo 9°, contados desde la fecha en que sea posterior, deberá hacer saber al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del siniestro y el otorgamiento de la indemnización pactada.

Si el siniestro fuera aceptado, el asegurador deberá abonar la indemnización en el plazo de quince (15) días, contados a partir de la finalización del plazo de treinta (30) días previsto en el párrafo anterior.

Si las comprobaciones a que se refiere el Artículo 9°, no fueran concluyentes, el Asegurador podrá ampliar el plazo de verificación por un término no mayor a 3 meses, a fin de conformar el diagnóstico.

Transcurrido el plazo previsto en el párrafo precedente, se considerará aceptado el beneficio otorgado por esta cláusula adicional.

Se establece la mora automática, en caso de incumplimiento de las obligaciones previstas en la presente cláusula.

Artículo 12º – Valuación por Peritos

Si no hubiera acuerdo entre las partes sobre la naturaleza del diagnóstico, la misma será analizada por dos peritos médicos, designados uno por cada parte, dentro del plazo de ocho (8) días, contados a partir del día siguiente a aquel en el cual el Asegurado notifica al Asegurador su disconformidad con el dictamen del mismo. Los peritos médicos designados deberán elegir dentro de los ocho (8) días de su designación a un tercer facultativo para el caso de divergencia.

Si una de las partes omitiere designar médico dentro del plazo fijado en el párrafo precedente o si el tercer facultativo no fuere electo en el plazo estipulado en el primer párrafo, la parte más diligente, previa intimación a la otra, procederá a su designación.

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 siguientes.

Las decisiones de los dos peritos médicos y del tercer facultativo serán definitivas y obligarán a ambas partes sin apelación.

Los honorarios y los gastos de los médicos de las partes estarán a su respectivo cargo y los del tercero serán pagados por la parte cuyas pretensiones se alejen más del dictamen definitivo, salvo el caso de equidistancia en que se pagará por mitades entre las partes.

Artículo 13º – Finalización de la Cobertura

La cobertura del riesgo que esta cláusula otorga terminará en la fecha en que se verifique alguno de los eventos previstos en el Artículo 15 - Finalización de la Cobertura Individual - de las Condiciones Generales de la cobertura básica o cuando el Asegurado cumpla la edad establecida en las Condiciones Particulares de la póliza como edad límite para esta cobertura adicional.

Asimismo, a partir de la fecha en que el Asegurador abone el adelanto correspondiente a la Cláusula Adicional de Enfermedades Graves, en caso de haber sido contratada dicha Cláusula.

Cuando se abonen primas por períodos mensuales, la rescisión de los certificados individuales operará al término del período por el cual se hubieran descontado primas. En cambio, cuando se abonen primas por fracciones distintas a la mensual, la rescisión de los certificados individuales operará el último día del mes de solicitada la rescisión y se devolverá la prima no ganada correspondiente a los certificados rescindidos.

Artículo 14º – Interpretación de la Cláusula

Esta cláusula adicional queda sometida a las condiciones y estipulaciones de la Póliza en cuanto no sean derogadas expresamente por las presentes condiciones.