

Póliza de Seguro Colectivo de Accidentes Personales. Condiciones Generales.

ARTÍCULO 1. LEY DE LAS PARTES CONTRATANTES

Las partes Contratantes se someten a las disposiciones del Código de Comercio Uruguayo en lo que respecta al Contrato de Seguros y a las de la presente póliza en cuanto complementen o modifiquen en favor del Asegurado y siempre cuando ello es admisible.

Esta póliza consta de Condiciones Generales, Condiciones Particulares y la solicitud del seguro.

ARTÍCULO 2. COBERTURA

La Compañía Aseguradora pagará a los Asegurados o a sus Beneficiarios, a consecuencia de lesiones producidas por accidente, las cantidades señaladas en las Condiciones Particulares, de acuerdo a la definición de las coberturas que se indican en el Artículo 20 de esta póliza. El Contratante podrá contratar una o más de estas coberturas, las que deberán estar expresamente consignadas en las Condiciones Particulares.

A los efectos de este seguro 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.

ARTÍCULO 3 EXCLUSIONES

No se efectuará el pago de las cantidades establecidas de las coberturas indicadas en el Artículo 2 de esta póliza, cuando el fallecimiento, lesiones o incapacidad total y permanente de los Asegurados se produzcan directa o indirectamente, total o parcialmente, a consecuencia de:

- A)** Efectos de guerra, declarada o no declarada, invasión, acción de un enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas, ya sea con o sin declaración de guerra, comisión de actos calificados como delito, así como la participación activa en rebelión, revolución, sublevación, asonadas, motín, conmoción civil, subversión y actos terroristas (con o sin participación activa del asegurado).
- B)** Peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente que se ha tratado de legítima defensa.
- C)** Realización de una actividad o deporte riesgoso, tales como, pero no limitado a: aladeltismo, paracaidismo, buceo, boxeo, polo, polocrosse, rugby, rafting, viaje u operación de planeadores o aeroplanos acrobáticos, participación en competencias automotrices, motociclistas o equinas o cualquier otro deporte ejercitado profesionalmente, salvo que sea expresamente aceptado por la Compañía Aseguradora y que el Contratante acepte pagar un determinado recargo de prima. Dicha exclusión deberá ser detallada en las Condiciones Particulares de la presente póliza.
- D)** Suicidio, intento de suicidio o herida causada a sí mismo, ya sea estando en su pleno juicio o enajenado mentalmente.
- E)** Prestación de servicios de los Asegurados en las Fuerzas Armadas o en funciones policiales de cualquier tipo.
- F)** Participación física y personal en carreras, apuestas, competencias y desafíos que sean remunerados o sean la ocupación principal de los Asegurados.
- G)** Intoxicación o encontrarse uno de los Asegurados en estado de ebriedad, o bajo los efectos de cualquier narcótico, a menos que hubiese sido administrado por prescripción médica. Estos estados deberán ser calificados por la autoridad competente.
- H)** Desempeñarse los Asegurados como pilotos o miembros de la tripulación en cualquier tipo de avión, a menos que expresa y específicamente se prevea y acepte su cobertura por la Compañía Aseguradora.
- I)** Viajes o vuelos, salvo como pasajero en líneas aéreas regulares que posean una ruta aérea establecida, a menos que expresa y específicamente se prevea y acepte su cobertura por la Compañía Aseguradora.
- J)** Las consecuencias de las enfermedades de cualquier naturaleza, incluyendo las enfermedades mentales o nerviosas.
- K)** Infecciones bacterianas excepto infecciones piogénicas, las cuales son causadas por una herida accidental.
- L)** Anomalías congénitas y condiciones que surjan o resulten de ellos.
- M)** Cualquier daño que resulta en hernia.
- N)** Países excluidos de las coberturas: Irán, Irak, Afganistán, Colombia y Corea del Norte. La compañía aseguradora no pagará los siniestros ocasionados en estos países bajo ninguna causa.

ARTÍCULO 4. DEFINICIONES

A) Contratante: Es la persona o la persona jurídica que contrata la póliza y es señalada como tal en las Condiciones Particulares de la póliza.

B) Asegurados: Son las personas que conforman un grupo, al ser miembros, trabajadores o tener un vínculo contractual con la entidad contratante y además se encuentran señalados o definidos en las Condiciones Particulares de la Póliza, y su prima ha sido abonada a la Compañía Aseguradora.

Podrán ingresar a la presente póliza todos aquellos Asegurados que no superen la edad máxima de ingreso establecida en las Condiciones Particulares, manteniéndose la cobertura vigente hasta que el Asegurado cumpla la edad de terminación del seguro detallada bajo el título de Bases de Seguro en las Condiciones Particulares de la póliza.

C) Beneficiario: Es la persona o personas que reciben el pago de los beneficios de esta póliza si fallece una de los Asegurados mientras la póliza se encuentre vigente.

D) Fecha inicial de vigencia: Es la fecha a la hora cero a partir de la cual comienza la cobertura prevista en la póliza y se encuentra indicada en las Condiciones Particulares de la misma.

E) Fecha de emisión: Es la fecha en la cual la póliza es emitida y se encuentra señalada en las Condiciones Particulares de la póliza.

F) Prima de la póliza: Es la cantidad que el Contratante se compromete a pagar periódicamente para tener derecho a los beneficios de la póliza.

G) Límite Máximo de Indemnización por Evento: es el límite máximo de indemnización que la Compañía Aseguradora habrá de abonar en caso de ocurrir un siniestro que involucre a varios Asegurados a la vez (acumulación de riesgo).

ARTÍCULO 5. LÍMITE DE COBERTURA Y RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA

Esta póliza puede ser renovada con el consentimiento de la Compañía Aseguradora, al término de cada período de cobertura de doce (12) meses, mediante el pago por adelantado de la prima especificada por la Compañía Aseguradora, siendo dicha prima calculada a la tasa que ésta tuviera en vigencia al momento de la renovación.

ARTÍCULO 6. DESIGNACIÓN Y CAMBIO DE BENEFICIARIO

Se tendrá como Beneficiarios al designado por el Contratante de la póliza, determinado en las Condiciones Particulares de la misma y detallado en la solicitud de esta póliza. En caso de fallecimiento de una de los Asegurados, se tendrá como Beneficiario a la persona o personas, según lo detallado en las Condiciones Particulares. Si las Condiciones Particulares indican que los Beneficiarios serán a elección de los Asegurados, un Asegurado podrá instituir como Beneficiario a cualquier persona.

Designadas varias personas, sin indicación de cuota parte, se entiende que el beneficio se distribuirá por partes iguales. Cuando se designe a los hijos se entiende a los concebidos y los sobrevivientes al tiempo de ocurrir el evento previsto. Cuando se designe a los herederos, se entenderá por tales a los que surja del certificado de resultancias de autos y en las proporciones allí establecidas. En caso de dudas sobre la identidad de los herederos o sobre la proporción de las sumas a distribuir, la Compañía Aseguradora podrá solicitar que se determine judicialmente a quienes debe pagarse y en que proporciones debe hacerla. La Compañía Aseguradora no será responsable de cualquier demora en el pago del beneficio derivada de la determinación de la identidad de los beneficiarios. Si se hubiere otorgado testamento, se tendrá por designados a los herederos instituidos en el mismo. Si los herederos instituidos en el testamento fueran los herederos legales y no se hubiere fijado proporción alguna, el beneficio se distribuirá conforme a las cuotas hereditarias. Cuando el Contratante o un Asegurado no designe Beneficiario o por cualquier causa la designación resulte ineficaz o quede sin efecto, se entiende que designó a sus herederos.

El Contratante podrá cambiar de beneficiario cuando lo estime conveniente, a menos que la designación hubiere sido hecha en calidad de irrevocable, en cuyo caso deberá contar con su consentimiento, manifestado por escrito a la Compañía Aseguradora. Pierde todo derecho el beneficiario que provoca deliberadamente la muerte del asegurado con un acto ilícito.

En caso de imposibilidad de abonar el seguro por duda sobre la designación o cambio de Beneficiario, o duda en cuanto a los herederos legales, la Compañía Aseguradora consignará judicialmente el importe en la forma que corresponda según la situación que se presentara dejando así librada a resolución judicial la determinación de la persona o personas beneficiarias. La Compañía Aseguradora quedará liberada, si actuando diligentemente hubiere pagado la suma asegurada a los Beneficiarios designados con anterioridad a la recepción de cualquier notificación que modificare esa designación. Atento el carácter irrevocable de la designación de Beneficiario a título oneroso, la Compañía Aseguradora en ningún caso asume responsabilidad alguna por la validez del negocio jurídico que dio lugar a la designación ni por las cuestiones que se susciten con motivo de esa designación.

ARTÍCULO 7. DECLARACIONES DEL CONTRATANTE Y DEL ASEGURADO

Esta póliza se emite según las declaraciones del Contratante y del Asegurado consignadas en sus respectivas solicitudes y en los cuestionarios relativos a su salud y en el informe del médico examinador (cuando lo hubiere), los cuales son la causa determinante del contrato. Dichas declaraciones se entienden dadas y certificadas como verdaderas y completas por el Contratante y el Asegurado, mediante su firma puesta al pie de los mencionados documentos, aún cuando éstos no fueran escritos por el mismo.

Toda declaración falsa o toda reticencia parcial o total de circunstancias o información conocidas por el Contratante o por el Asegurado, aún hecha de buena fe que, a juicio de los peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones, si la Compañía Aseguradora hubiese sido cerciorada del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato.

La Compañía Aseguradora podrá invocar como reticencia o falsa declaración la omisión de hechos o circunstancias cuya pregunta conste expresa y claramente en la solicitud o en la declaración de salud – si lo hubiere – para el presente seguro. La Compañía Aseguradora debe impugnar el contrato dentro de los 3 (tres) meses de haber conocido la reticencia o falsedad.

Cuando la reticencia no dolosa es alegada en el plazo mencionado en el párrafo anterior, la Compañía Aseguradora, a su exclusivo juicio, puede anular el contrato restituyendo la prima percibida con deducción de los gastos, o reajustarla con la conformidad del Asegurado al verdadero estado del riesgo.

Si la reticencia fuese dolosa o de mala fe, la Compañía Aseguradora tiene derecho a las primas de los períodos transcurridos y del período en cuyo transcurso invoque la reticencia o falsa declaración.

La Compañía renuncia expresamente a invocar cualquier reticencia excepción hecha si fuera dolosa, como motivo de nulidad derivada de las declaraciones del Contratante o del Asegurado después de los tres años de vigencia de la póliza.

ARTÍCULO 8. PAGO DE PRIMAS

Esta póliza es emitida en consideración al pago por parte del Contratante por adelantado de la prima especificada en las Condiciones Particulares, y entra en vigor en la fecha de vigencia declarada en dichas Condiciones Particulares. Después de haber entrado en vigor, esta póliza continuará su efectividad hasta la fecha en que el período de cobertura expire. Todos los períodos de cobertura comenzarán y terminarán a las 00:00 horas de la localidad donde se emite la presente póliza.

Las primas a pagar para la presente póliza, serán calculadas en base a las tasas especificadas en el literal “Tasa de Prima” en las Condiciones Particulares.

El Contratante posee la obligación del pago de la prima y de la recaudación de las primas de los asegurados, según la forma de cobro que considere conveniente.

A) Pago de Primas: El pago de las primas se hará en la oficina principal de la Compañía Aseguradora o en los lugares que ésta designe, dentro de los plazos estipulados al efecto en las Condiciones Particulares de esta póliza.

B) Plazo de gracia: Efectuado el pago de la primera prima inicial de la póliza, la Compañía Aseguradora concede un plazo de gracia de treinta (30) días, para el pago de las primas siguientes, cualquiera sea la forma de pago convenida. Durante este período, la póliza permanecerá en pleno vigor, y si una de los Asegurados cobra algún beneficio durante dicho plazo de gracia, se deducirá previamente del capital a pagar la prima vencida y no pagada correspondiente a dicho Asegurado.

C) Término del contrato por falta de pago de prima: Si al vencimiento del plazo de gracia no ha sido pagada la prima vencida, la póliza quedará sin efecto inmediatamente, sin necesidad de aviso, notificación o requerimiento alguno, quedando la Compañía Aseguradora libre de toda obligación y responsabilidad derivada de este contrato de seguro.

ARTÍCULO 9. MONEDA O UNIDAD DE CONTRATO

El capital Asegurado y el monto de las primas correspondientes a esta póliza, se expresarán en la moneda indicada en las Condiciones Particulares. En virtud de contratarse esta póliza en moneda extranjera, el Contratante, se compromete al pago de la prima en dicha moneda; a su vez la Compañía Aseguradora abonará las indemnizaciones que pudieron corresponder en igual moneda, si cualquier norma legal o reglamentaria impidiera cumplir las obligaciones emergentes de esta póliza en moneda extranjera, tanto las primas como las eventuales indemnizaciones deberán ser satisfechas en moneda nacional, conforme el tipo de cambio financiero vendedor cotizado por el Banco de la República Oriental del Uruguay al cierre del día hábil inmediato anterior al de la fecha de pago de cada obligación.

ARTÍCULO 10. MODIFICACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO

Si el Asegurado sufre lesiones después de haber cambiado de una ocupación a otra, clasificada por la Compañía Aseguradora como más riesgosa que la declarada al contratar la póliza o mientras se dedique en forma remunerada a cualquier actividad correspondiente a una ocupación clasificada como tal, la Compañía Aseguradora pagará únicamente, el porcentaje de las indemnizaciones previstas en esta póliza, que la prima pagada hubiere cubierto a las tasas y dentro de los límites fijados por la Compañía Aseguradora para dicha ocupación más riesgosa.

Si el Asegurado cambiase su ocupación por otra menos riesgosa que la señalada en esta póliza, la Compañía Aseguradora al recibo de la prueba de dicho cambio, reducirá la tasa de la prima de acuerdo a la nueva ocupación, y devolverá el exceso a prorrata de la prima no devengada a la fecha del cambio de ocupación o a la fecha del aniversario de la póliza inmediatamente precedente al recibo de dicha prueba, en caso que este aniversario hubiese ocurrido con posterioridad al cambio de ocupación. En la aplicación de esta disposición, la clasificación del riesgo ocupacional y la tasa de la prima, serán las vigentes a la fecha de la prueba de cambio de ocupación.

El Contratante deberá comunicar a la Compañía Aseguradora los cambios de ocupación de los Asegurados.

ARTÍCULO 11. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO O BENEFICIARIO EN CASO DE ACCIDENTE

Para tener derecho a los beneficios que otorga esta póliza, el Contratante, los Asegurados o los beneficiarios, deberán comunicar a la Compañía Aseguradora el acaecimiento del accidente. Asimismo, los Asegurados o los Beneficiarios deberán justificar debidamente la cantidad reclamada y deberán proporcionar las pruebas necesarias para demostrar, en forma clara y precisa, que la lesión o lesiones corporales, tuvieron su origen directa y precisamente en un accidente, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que se produjo el siniestro. En caso de no cumplirse con este requisito, la responsabilidad de la Aseguradora con respecto a los Asegurados o Beneficiarios emanada de esta póliza, cesará una vez transcurrido el último día del referido plazo.

La Compañía Aseguradora se reserva el derecho de solicitar a las autoridades competentes, y a su costo, que efectúe una autopsia en caso de muerte de uno de los Asegurados. Si el Beneficiario se negare a permitir dicha autopsia o la retardase en forma tal que ella sea inútil para el fin perseguido, perderá el derecho a la indemnización asegurada por este contrato.

Cuando se produzca un accidente, éste se deberá poner en conocimiento de la Compañía Aseguradora por escrito dentro del plazo de quince (15) días contado desde su ocurrencia, para lo cual se deberán llenar además los formularios proporcionados por la Compañía Aseguradora, salvo caso de fuerza mayor, en cuyo caso y previa comprobación del mismo, el plazo se entenderá prorrogado por los días en que haya durado tal impedimento.

ARTÍCULO 12. TÉRMINO ANTICIPADO DEL CONTRATO

La Compañía Aseguradora se reserva el derecho de poner término al presente contrato en cualquier momento, sin otro requisito que el de comunicar esta decisión al Contratante y al Asegurado por telegrama colacionado y con un plazo de diez (10) días de anticipación. En este caso se devolverá al Contratante, de lo ya pagado por primas la proporción que corresponda al tiempo que faltó para la expiración normal del seguro. Igual derecho tendrá el Contratante, pero en este caso la Compañía Aseguradora le devolverá la diferencia entre la prima pagada y la prima consumida conforme a la tarifa para seguros de plazos cortos.

ARTÍCULO 13. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA INDIVIDUAL

La cobertura de cada asegurado finalizará cuando se produzcan cualquiera de los siguientes eventos, el que primero ocurra:

- A)** Fecha de terminación de la cobertura
- B)** Fecha en que el Asegurado cese de calificar para esta cobertura bajo el literal b) del Artículo 4 de las Condiciones Generales de esta póliza;
- C)** Fecha de vencimiento de pago de prima, si la misma no es abonada de acuerdo a las estipulaciones del Artículo 8 de las Condiciones Generales de esta póliza;

Cualquiera de las terminaciones mencionadas serán sin perjuicio de cualquier siniestro válido con origen anterior a la fecha de dicha terminación.

ARTÍCULO 14. REHABILITACIÓN DE LA PÓLIZA

En caso que a la póliza se le haya puesto término anticipado, el Contratante podrá solicitar por escrito su rehabilitación. Para resolver sobre esta petición, la Compañía Aseguradora podrá exigir del Contratante que acredite, a satisfacción de la Compañía Aseguradora, que reúna las condiciones necesarias para ser readmitido como tal.

ARTÍCULO 15. DERECHO DE INSPECCIÓN Y AUDITORIA

La Compañía Aseguradora tendrá derecho de examinar los archivos del Contratante que están relacionados con esta póliza, en cualquier momento durante la vigencia de la misma y dentro de los tres años de la terminación de esta póliza o hasta el ajuste final y liquidación de cualquier siniestro o reclamo, la que ocurra última.

ARTÍCULO 16. IMPUESTOS, TASAS Y CONTRIBUCIONES

Los impuestos, tasas y contribuciones de cualquier índole y jurisdicción que pudieran crearse en lo sucesivo o los aumentos eventuales de los existentes, estarán a cargo del Contratante, de los Beneficiarios o de los herederos, según el caso.

ARTÍCULO 17. ARBITRAJE

Cualquier dificultad que se suscite entre los Asegurados, el Contratante o el Beneficiario, según corresponda, y la Compañía

Aseguradora, en relación con el contrato de seguro que da cuenta esta póliza, o con motivo de la interpretación o aplicación de sus Condiciones Generales o Particulares, su cumplimiento o incumplimiento, o sobre cualquier indemnización u obligación referente a la misma, será resuelta por un árbitro arbitrador, nombrado de común acuerdo por las partes. Si pasados 30 (treinta) días desde que una parte notifique a la otra por escrito la existencia de una disputa que la misma desea resolver conforme a esta cláusula, las partes involucradas no se pusieran de acuerdo en la persona del árbitro, cualquiera de ellas podrá solicitar al Presidente de la Cámara de Comercio que designe el árbitro. El árbitro tendrá las facultades de arbitrador en cuanto al procedimiento, debiendo dictar sentencia conforme a derecho. El árbitro deberá pronunciar su dictamen por escrito dentro de los 60 (sesenta) días siguientes a su designación. Las decisiones del árbitro serán obligatorias y definitivas para las partes.

ARTÍCULO 18. JURISDICCIÓN

Las partes acuerdan someterse a la jurisdicción de los tribunales competentes de la ciudad de Montevideo, República Oriental del Uruguay, a los efectos de la adopción de cualquier medida relacionada con la ejecución del arbitraje establecido en la cláusula anterior.

ARTÍCULO 19. DOMICILIO

Para los efectos del presente contrato, las partes señalan como domicilio especial el que se menciona en las Condiciones Particulares de esta póliza.

ARTÍCULO 20. DEFINICIÓN DE LA COBERTURA

El Contratante podrá optar por una de las siguientes combinaciones de cobertura, las que deberán expresamente consignarse en las Condiciones Particulares: Cobertura de Muerte Accidental (Cobertura A); Cobertura de Muerte y Desmembramiento Accidental (Cobertura AB); Cobertura de Muerte y Desmembramiento Accidental e Incapacidad Total y Permanente (Cobertura ABC).

En ningún caso individual será pagada una indemnización por más de una de las pérdidas que resultan del mismo accidente. Se pagará la mayor que resulte de: Protección A – “Muerte Accidental”; o Protección B – “Desmembramiento”; o Protección C “Incapacidad Total y Permanente”.

PROTECCIÓN A: MUERTE ACCIDENTAL

En virtud de esta cobertura, la Compañía Aseguradora pagará a los Beneficiarios el monto especificado en las Condiciones Particulares, inmediatamente después de recibidas y aprobadas las pruebas en cuanto a que el fallecimiento de una de los Asegurados se produjo durante la vigencia de esta cobertura, como consecuencia directa e inmediata de un accidente.

Se entenderá como fallecimiento inmediato aquel que ocurra a más tardar dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes de ocurrido el accidente.

Si el Asegurado falleciera como consecuencia de algún accidente, la Compañía Aseguradora deducirá de la suma a pagar bajo esta cobertura, el importe total que hubiere ya pagado al Asegurado por el mismo accidente bajo las coberturas definidas en las Alternativas B y C, en caso de haber sido contratadas.

PROTECCIÓN B: DESMEMBRAMIENTO (PÉRDIDAS FÍSICAS PARCIALES)

En virtud de esta cobertura y cuando la lesión no ocasione la pérdida de la vida de uno de los Asegurados producto de un accidente, sino que produzca cualquiera de las pérdidas que a continuación se indican, siempre que las consecuencias de las lesiones se manifiesten antes de los ciento ochenta (180) días contados desde su ocurrencia, la Compañía Aseguradora indemnizará al Asegurado los siguientes porcentajes del monto Asegurado indicado en las Condiciones Particulares de la póliza:

100% en caso de pérdida total de los dos ojos, o de ambos miembros superiores (brazos), o de las dos manos, o de ambos miembros inferiores (piernas), o de los dos pies, o de un miembro inferior (pierna) con una mano o un brazo;

50% por la pérdida total de uno de los miembros superiores (brazos), o uno de los miembros inferiores (pierna), o de una mano;

50% por la sordera completa de ambos oídos;

50% por la ceguera total de un ojo en caso que el Asegurado ya hubiere tenido ceguera total del otro antes de contratar este seguro;

40% por la pérdida total de un pie;

35% por la ceguera total de un ojo;

25% por la sordera completa de un oído en caso que el Asegurado ya hubiera tenido sordera completa del otro, antes de contratar este seguro;

20% por la pérdida total de un pulgar;

15% por la pérdida total del índice derecho o izquierdo;

13% por la sordera completa de un oído;

5% por la pérdida total de cualquiera de los demás dedos de la mano;

3% por la pérdida total de un dedo del pie;

La pérdida total de cada falange, se calculará en forma proporcional a la pérdida total del dedo completo correspondiente. La indemnización por la pérdida total o parcial de varios dedos, se determinará sumando el porcentaje asignado a cada uno de los dedos y falanges perdidos. La pérdida funcional total de cualquier miembro, se considerará como pérdida efectiva del mismo.

En el caso de ocurrir más de un siniestro durante la vigencia de la póliza, los porcentajes a indemnizar se calcularán en base al monto Asegurado y no al saldo de éste, después de haber efectuado otros pagos. Sin embargo, el total de indemnizaciones provenientes de desmembramientos por uno o más accidentes ocurridos durante el período de cobertura de esta póliza, no podrá, en ningún caso, exceder del 100% del monto Asegurado para esta alternativa B. Para los efectos de la correcta interpretación de la terminología empleada en esta Alternativa B, se establece el significado de los siguientes términos:

Pérdida total: Se entiende por “pérdida total” referida a un miembro y órgano, su eliminación del organismo al cual pertenece, en forma definitiva y en su total integración anatómica y funcional.

Pérdida parcial: Se entiende por “pérdida parcial” la eliminación de parte de un órgano o miembro al cual pertenece en forma definitiva.

Pérdida Funcional Total: Se entiende por “pérdida funcional total la ausencia definitiva y total de toda capacidad de función o fisiología del o de los órgano(s) afectados, pudiendo o no estar implicado el aspecto anatómico del miembro comprometido.

Miembro: Se entiende por “miembro”, cualquier extremidad articulada con el tronco, destinada a efectuar los movimientos de la locomoción y presión, tales como brazos y piernas.

PROTECCIÓN C: INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

En virtud de esta cobertura, el Asegurado que sufra lesiones producto de un accidente, dentro de los 180 días corridos contados desde la fecha del accidente, deberá probar ante la Compañía Aseguradora que se encuentra en estado de incapacidad total y permanente. Una vez transcurridos 12 meses consecutivos desde el reconocimiento de la incapacidad total y permanente por parte de la Compañía Aseguradora, y siempre que dicha incapacidad continúe, la Compañía Aseguradora comenzará a pagar a partir del mes siguiente a la finalización de dicho plazo de 12 meses, el monto indicado en las Condiciones Particulares de la póliza, menos cualquier otro monto pagado al Asegurado por el mismo accidente bajo la cobertura definida en la Alternativa B, a razón del 1.0% (uno por ciento) mensual durante un período máximo de 100 (cien) meses mientras el Asegurado esté vivo hasta el cese de su incapacidad.

Para los efectos de esta cobertura, se entiende por incapacidad total y permanente, cuando el Asegurado, si está en condición de empleo, está impedido totalmente, a consecuencia de una lesión corporal resultado de un accidente, de desempeñarse en cualquier trabajo remunerado o lucrativo para el cual el Asegurado esta calificado razonablemente por razón de educación, entrenamiento o experiencia. Si al momento de la pérdida, el Asegurado se encuentra en estado de desempleo, Incapacidad Total y Permanente significará la inhabilidad total y permanente de efectuar todos los deberes y actividades usuales y normales de una persona de la misma edad y sexo. La Compañía Aseguradora determinará si se ha producido la incapacidad total y permanente de un Asegurado, conforme a las pruebas presentadas y los exámenes requeridos en su caso. Esta determinación deberá efectuarse dentro de los 30 (treinta) días siguientes a aquel en que la Compañía recibió tales pruebas. Si la Compañía Aseguradora rechaza la incapacidad del Asegurado, éste último, dentro de los diez (10) días siguientes a la comunicación de la determinación de la Compañía Aseguradora, podrá requerir que la incapacidad sea evaluada por una junta compuesta por tres médicos, elegidos por él, dentro de una nómina de cinco o más médicos propuestos por la Compañía Aseguradora, los cuales serán profesionales de prestigio.

Constituirse dentro de los 10 días hábiles siguientes al requerimiento efectuado por el Asegurado de que su incapacidad sea evaluada por la misma. El Asegurado deberá colaborar con la junta médica suministrando toda la información que le sea requerida y sometiéndose a todos La junta médica deberá los exámenes y/o análisis que le sean requeridos. La junta médica deberá emitir su pronunciamiento dentro de los 60 días siguientes a la realización del último de los exámenes y/o análisis requeridos.

La junta médica evaluará la incapacidad del Asegurado, pronunciándose si se encuentra incapacitado en forma total y permanente conforme a la definición de incapacidad contenida en esta Protección C.

La junta médica podrá someter al Asegurado a los exámenes médicos que considere necesarios. La declaración de incapacidad o invalidez del Asegurado de algún organismo previsional o legal, sólo tendrá para la junta médica un valor meramente informativo. El dictamen emitido por la junta médica será determinante y obligatorio para las partes.

El costo de esta evaluación será a cargo de la Compañía Aseguradora. Durante el tiempo que dure esta evaluación, el Asegurado deberá continuar pagando las primas de esta póliza con el objeto de mantener vigentes las coberturas de la misma.

Si el dictamen de la junta médica es favorable al Asegurado, la Compañía Aseguradora comenzará a pagar la indemnización, una vez transcurridos 12 (doce) meses contados a partir del referido dictamen. La Compañía Aseguradora, dentro de un plazo no superior a treinta (30) días contados desde la fecha del dictamen, deberá devolver al Asegurado las primas de esta cobertura pagadas después de la fecha del accidente.

Una vez que la incapacidad se determina, por la Compañía Aseguradora o por la junta médica, la Compañía Aseguradora tendrá derecho a requerir evidencia de que la incapacidad total y permanente continúa, en cualquier momento durante los primeros dos (2) años de iniciado los pagos bajo esta presente cobertura. Luego de este período la prueba de evidencia será solamente una vez al año.

Además, la Compañía Aseguradora tendrá derecho durante el período de pago, a que un médico de su elección examine al Asegurado por intervalos razonables durante los primeros dos (2) años y después de dicho período no más de una (1) vez al año, dentro de 90 (noventa) días previos al aniversario de la aprobación inicial de la invalidez. El costo de estas evaluaciones será a cargo exclusivo de la Compañía Aseguradora. El dejar de suministrar tal prueba o de someterse al examen médico dentro de las 90 (noventa) días de la fecha solicitada, terminará inmediatamente los beneficios bajo la presente cobertura.

La Cobertura para Incapacidad Total y Permanente sólo cubre al Asegurado y se vence cuando el mismo cumple sesenta y cinco (65) años o cuando el mismo accede a la jubilación por cualquier causal (artículo 16 de la ley 16.713), lo que ocurra primero.

ARTÍCULO 21. 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.

ARTÍCULO 22. DEBERES DE INFORMACIÓN

El Contratante y los Asegurados en cuanto sea razonable, se comprometen a suministrar toda la información necesaria para el fiel cumplimiento de esta póliza, tales como fecha de nacimiento, fechas de ingreso al empleo, sueldos, pruebas y certificados de defunción o cualquier otro que se relacione con el seguro.

Si resultara errónea la edad, sueldo o salario o cualquier otro dato referente a un Asegurado, el Asegurador se obliga a pagar la suma que hubiera estado a su cargo de ser exacta la información, salvo que fuese aplicable el Artículo 7 anterior.