

**CLAUSULA DE ANTICIPO DE CAPITAL POR ENFERMEDAD TERMINAL, ADICIONAL A SEGURO DE VIDA SIN VALORES GARANTIZADOS, CÓDIGO POL 2 92 090; SEGURO DE VIDA TEMPORAL RENOVABLE, COD. POL 2 04 081.**

---

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código CAD 2 03 040

**ARTICULO N°1: RIESGO CUBIERTO**

La Compañía concederá el beneficio que acuerda esta Cláusula cuando el Asegurado haya sido diagnosticado como enfermo terminal, siempre que tal enfermedad terminal se hubiere iniciado durante la vigencia de su seguro y antes de cumplir los sesenta y cinco(65) años de edad.

**ARTICULO N°2: BENEFICIOS**

Comprobado el estado de enfermo terminal, la Compañía pagará al Asegurado una proporción del capital asegurado por muerte. El beneficio máximo previsto será el porcentaje del capital asegurado por muerte hasta el límite estipulado para esta Cláusula en las Condiciones Particulares.

Este beneficio será aplicable solamente a aquellas enfermedades terminales diagnosticadas por primera vez después de la fecha de comienzo de la póliza. Ningún beneficio se pagará si la enfermedad en cuestión ha sido diagnosticada o si se ha recibido tratamiento por dicha enfermedad antes de las fechas anteriormente mencionadas.

Efectuada la diagnosis de la enfermedad terminal cubierta por esta Cláusula, el Capital Asegurado por muerte no podrá aumentarse posteriormente por ninguna causa.

**ARTICULO N°3: COSTO**

La Compañía cargará, como único costo, un interés sobre la suma del anticipo efectuado. El interés se acumulará diariamente a una tasa que no exceda el 6,5% efectivo anual. Ningún otro anticipo adicional será pagado bajo esta Cláusula si los beneficios ya pagados más el interés acumulado igualan las sumas máximas previstas en el Artículo N°2.

**ARTICULO N°4: CARÁCTER DEL BENEFICIO**

Este beneficio es complementario y constituye un anticipo de la indemnización prevista en caso de muerte del Asegurado. El monto indemnizado en virtud de esta Cláusula más los intereses respectivos, será deducido del capital asegurado a pagarse al fallecimiento del Asegurado.

## **ARTICULO N°5: RIESGOS NO CUBIERTOS**

La Compañía no anticipará ninguna indemnización cuando la enfermedad terminal sea consecuencia de alguna de las siguientes causas:

- a) Tentativa de suicidio voluntario del Asegurado;
- b) Si es provocado por dolo o culpa grave del Asegurado;
- c) Por duelo o riña, salvo que se tratase de legítima defensa, empresa o acto criminal o aplicación legítima de la pena de muerte;
- d) Acto de guerra civil o internacional, guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo;
- e) Abuso del alcohol, drogas, estupefacientes, narcóticos o estimulantes;
- f) Someterse a intervenciones médicas o quirúrgicas ilícita;
- g) Por la práctica o el uso de la navegación aérea, salvo como pasajero en líneas regulares, o por otras ascensiones aéreas o aladeltismo;
- h) Por la participación en viajes o prácticas deportivas submarinas o subacuáticas o escalamiento de montaña;
- i) Competir en pruebas de peripezia y/o velocidad con vehículos mecánicos o de tracción a sangre o en justas hípicas, o cualquier otra prueba análoga;
- j) Intervenir en pruebas de prototipos de aviones, automóviles y otros vehículos de propulsión mecánica;
- k) Desempeño paralelo de las profesiones de acróbata, buzo, jockey y domador de potros o fieras y/o la práctica de deportes o actividades peligrosas como alpinismo, andinismo, esquí acuático o de montaña o motonáutica u otras actividades análogas y manipuleo de explosivos y/o armas o con exposición a radiaciones atómicas,
- l) De una infección que sea consecuencia directa o indirecta del virus HIV de Inmuno Deficiencia Humana
- m) Acontecimientos catastróficos originados por reacciones nucleares;
- n) Cuando la enfermedad terminal sea consecuencia de una enfermedad cancerosa, excepto, si existen evidencias inequívocas de metástasis del tumor original.

## **ARTICULO N°6: COMPROBACION DE LA ENFERMEDAD TERMINAL**

Corresponde al Asegurado o a su representante:

- a) Denunciar la existencia de la enfermedad terminal.
- b) Proveer pruebas satisfactorias a la Compañía de su Enfermedad Terminal y que la expectativa de vida del Asegurado sea de doce (12) meses o menos desde el día de la presentación de la solicitud del beneficio.  
Estas pruebas deberán incluir las constancias médicas necesarias realizadas por un profesional médico autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión. El médico que extienda tal certificación no podrá ser el mismo Asegurado; ni su cónyuge ni un miembro cercano de su familia, ni una persona que conviva con él, Asimismo se requerirá que el Asegurado recurra para el tratamiento de su enfermedad terminal, a un establecimiento que se encuentre habilitado legalmente para funcionar y autorizado por éste, a dar asistencia y tratamiento clínico al tipo de enfermedad padecida por el Asegurado.
- c) Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta dos exámenes médicos por facultativos designados por la Compañía y con costo.

#### **ARTICULO N°7: PLAZO DE SUSCRIPCION**

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 del beneficio. Si las comprobaciones a que se refiere el punto 6 no resultaran concluyentes en cuanto al carácter de la enfermedad, la Compañía podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor de treinta(30) días, a fin de confirmar el diagnóstico.

La no contestación por parte de la Compañía dentro del plazo establecido, significará automáticamente el reconocimiento del beneficio reclamado.

#### **ARTICULO N°8: VALUACION POR PERITOS**

Si no hubiere acuerdo entre las partes sobre la existencia o persistencia, carácter y grado de la enfermedad serán determinadas por dos médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los quince(15) 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 decimoquinto día de requerido por la otra, o si el tercer facultativo no fuera electo en el plazo establecido en el párrafo anterior, la parte más diligente previa intimación de 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 mas del dictamen definitivo, salvo el caso de equidistancia, en que se pagarán por mitades entre las partes.

## **ARTICULO N°9: TERMINACION DE LA COBERTURA**

La cobertura prevista en esta Cláusula, cesará en las siguientes circunstancias:

- a) A partir del momento en que el Asegurado haya percibido la totalidad del beneficio que concede esta Cláusula.
- b) Al caducar la póliza por cualquier causa.
- c) A partir de la fecha en que el Asegurado cumpla sesenta y cinco(65) años de edad.