Poder Judicial de la Nación

Cédula de Notificación

25000102353813

Fecha de emisión de la Cédula 29 de diciembre de 2025

Sr/a: SILVIA BEATRIZ VEGA - CAJA DE SEGUROS S.A.

Domicilio: 27176357091

Tipo de domicilio **ELECTRONICO**

Tribunal: **JUZGADO COMERCIAL 22 - SECRETARIA Nº 44** sito en **M.T. de Alvear 1840 - Piso 3° - CABA**

Hago saber a Ud- que en el Expte Nro. 172/2024 caratulado:
FLEITA, HECTOR SAMUEL c/ CAJA DE SEGUROS S.A. s/ORDINARIO
en tramite ante este Tribunal, se ha dictado la siguiente resolución:

Queda Ud. legalmente notificado

Fdo: 20045301452 - JORGE RAFAEL ROMANI

25000102353813

Generada a través Sistema Gestión Notificaciones Electrónicas

Poder Judicial de la Nación

JUZGADO COMERCIAL 22 - SECRETARÍA N° 44

COM 172/2024 FLEITA, HECTOR SAMUEL c/ CAJA DE SEGUROS S.A. s/ORDINARIO

Buenos Aires, diciembre de 2025 - MM

De la pericia contable presentada, traslado. Notifíquese.

TOMAS MARTIN ALLENDE

SECRETARIO AD HOC

#38617934#485603081#20251222085618611

PERITO CONTADOR PRESENTA INFORME

Sr. Juez:

Jorge Rafael Romani contador público inscripto al Tº 87 Fº 243 del C.P.C.E.C.A.B.A., perito designado de oficio en los autos **"FLEITA, HECTOR SAMUEL C/ CAJA DE SEGUROS SA S/ ORDINARIO" (Expte 172/2024)**, monotributista con domicilio constituido en Cuit Nº 20-04530145-2 ante V.S. respetuosamente me presento y digo:

I.- OBJETO – PRESENTO INFORME

Que vengo en tiempo y forma a presentar el informe que me ha sido encomendado, dando respuesta a cada uno de los puntos ofrecidos por las partes y proveídos por V.S.

II.- PUNTOS DE PERICIA PARTE DEMANDADA:

En lo fundamental, la parte demandada ha ofrecido los siguientes puntos periciales:

a) *Si los libros de mi mandante son llevados en legal forma*.

CAJA DE SEGUROS S. A. lleva sus registraciones contables a través de medios mecánicos y magnéticos, a excepción del Libro Inventario y Balances que es llevado en la forma tradicional, como lo prevé el art. 61 de la Ley de Sociedades Comerciales.

Autorización para la utilización de CD ROM para los demás registros contables, N° 7395 de fecha 01/10/2013 de la IGJ, firma autorizante: Cra Laura Marisa Rodríguez – Jefe departamento de Control Contable de Sociedades Comerciales – Inspección General de Justicia-.

La mencionada autorización se encuentra transcripta en los folios Nº 641 a Nº 646 del Libro Inventario y Balances Nº 11 de la Caja de Seguros S.A., con rubrica Nº 73583-12 del 25/10/2012, Autoridad de Rubrica Stella Maris Castorina – Responsable Área Intervención y Rubrica de Libros – Inspección General de Justicia.

Libro Inventario y Balance Nº 20 (actualmente en uso), llevado en forma tradicional en libro copiativo de 1000 páginas prenumeradas y preencuadernadas:

Folio Nº 1 – Rúbrica digital, emitida el 03/09/24 con firma digital del funcionario de la IGJ Héctor Godoy en su carácter de Supervisor Informático.

Folio Nº 2 – ANULADO.

Folio Nº 3 – Primer folio utilizado con la certificación de reservas realizado por los auditores externos (KPMG).

Folio Nº 614 – Último folio utilizado con el informe sobre los medios óptico utilizados, correspondientes al 30/06/25 cuyo detalle es volcado en el libro.

Folio Nº 615 – Primer folio sin utilizar.

De acuerdo a todo lo expuesto, y sin que ello implique una certificación de los estados contables -lo que requeriría muchas más pruebas de consistencia[1]-; limitando el análisis al estrecho universo referido a la presente pericia contable; este perito entiende que los libros de la aseguradora se encuentran llevados en legal forma.

b) *Acompañe copia de las condiciones particulares y generales de la póliza Nro. 5330-1354513-01 tomador PREFECTURA NAVAL ARGENTINA, vigente a la fecha del cese/siniestro del actor*.

Se acompaña copia digital de las condiciones generales y particulares de la póliza objeto de autos.

c) *Informe cuales son los Riesgos Cubiertos por la póliza 5330-1354513-01, en particular la CLAUSULA ADICIONAL DE INCAPACIDAD FISICA TOTAL PERMANENTE E IRREVERSIBLE*.

Se trata de un seguro colectivo de vida e invalidez de carácter contributivo.

Las cláusulas de incapacidad relativas al presente punto y reclamo son las siguientes:

> **Artículo 1** - 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.

[1] Entre ellas las de existencia, integridad, medición, exposición (Conf. Resolución Técnica N° 37 C.P.C.E.).

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).

La cláusula citada tiene según póliza, una suma total asegurada inicial de $ 242.229.516,- abarcando solo a titulares y cónyuges, con un límite máximo para cada titular de 30 Sueldos, con un capital máximo de $3.000.000,-.

El resto de las coberturas se encuentran incluidas en las condiciones generales y particulares acompañadas.

d) *Informe cuales son las exclusiones específicas de la cláusula mencionada ut supra*.

El Art 6 de las condiciones generales establecen las siguientes “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.

e) *Determine el Capital Asegurado que le correspondería al actor, en sus dos formas de cálculo:*

***e.1**) Aplicando la fórmula: Capital Asegurado = Prima descontada / Tasa Pactada, y considerando para ello:*

- Prima aportada por el actor a CAJA DE SEGUROS S.A. (por intermedio de su empleador) mediante descuento en sus recibos de haberes del mes previo a la fecha de ocurrencia de siniestro.

- Tasa Pactada en las Condiciones Particulares de la Póliza, por cada mil pesos de capital asegurado.

***e.2**) Como múltiplo de 30 sueldos, según la definición de Capital de la Póliza que es considerando "sueldo" al rubro salarial código 201 (salario básico).*

Según las condiciones particulares y la información generada en los sistemas de la aseguradora, el cálculo de indemnización resulta ser idéntico por medio de las dos fórmulas de clálculo citadas, dado que ambas parten del capital asegurado (30 sueldos).

Acompaño en el ANEXO I, que forma parte de este mismo informe, copia digital de la foto del recibo salarial del actor, que me fuera exhibido por los agentes de la aseguradora periciada, a modo de confirmación de la base de cálculo habida en los sistemas (Código 201 “Sueldo”).

A continuación, se realizan los cálculos solicitados, detallando en cada caso las particularidades contractuales:

- 1° -

Prima aportada por la actora a CAJA DE SEGUROS S.A. (por intermedio de su empleador) mediante descuento en sus recibos de haberes del mes. La prima del seguro es de $ 0,80 por cada mil pesos de capital asegurado.

Sueldo Set-2020: $40.432,30

Capital Asegurado: 40.432,30 x 30 = $1.212.969,00

Prima: 1.212.969 x 0,08% = 970,38

Prima Descontada en Set-2020: $970.38 - Tasa póliza: 0,80 x c/$1.000

Capital Asegurado 1°: $970,38/ 0,00080 = **$1.212.975**.-

- 2° -

El múltiplo de 30 sueldos computables, conforme el siguiente endoso:

CLAUSULA 91

Por medio del presente endoso, con efecto al inicio de vigencia de esta póliza, se deja constancia que el Capital Asegurado es un Múltiplo de

30 Sueldos tomando como base el sueldo correspondiente al código 201.

Sueldo Set-2020: $40.432,30 - Prima porcentual: 970,38 / 40.432,30 = 2,4%

30 x Sueldos = 30 x $40.432,30 = **$ 1.212.969**.-

f) *Acompañe el certificado de cobertura correspondiente*.

La póliza distingue los tres distintos roles en el contrato:

(1): El asegurado: El actor, Sr. Héctor Samuel Fleita (DU 21.347.528; CUIL 20-21347528-3)

(2): El beneficiario: En este caso, el mismo actor (Para el caso de muerte el asegurado y beneficiario difieren en la persona).

(3): El tomador o contratante: Prefectura Naval Argentina.

Teniendo en cuenta lo expuesto, el Art.20, inciso d; de condiciones contractuales, pone en cabeza del contratante o tomador la entrega del certificado:

Artículo 20: Obligaciones del contratante

Son obligaciones del Contratante:

….

d) Entregar al Asegurado el certificado de incorporación;

...

La Resolución SSN 40.977 también acepta que la entrega de los certificados de incorporación individual se realice a través de medios electrónicos o esté disponible en la página web de la aseguradora, sin embargo, el perito no ha logrado constatar si esta posibilidad se encuentra al alcance del actor, conforme la naturaleza del seguro.

g) *Que el perito informe la siniestralidad de la cobertura de riesgo de incapacidad total y permanente de esta póliza durante los años 2019, 2020, 2021 y 2022, indicando la cantidad de siniestros denunciados en cada uno de esos años*.

De los sistemas de la demandada, el perito pudo obtener los datos de denuncias e inicio de juicios, siempre exclusivamente por siniestros de incapacidad, cuya elaboración corresponde a este perito:

Año	DATOS					
	ANUALES			ACUMULADOS		
	Denuncia	Juicios	J/D	Denuncias	Juicios	J/D
2018	36	1	2,78 %	36	1	2,78 %
2019	27	7	25,93 %	63	8	12,70 %
2020	78	25	32,05 %	141	33	23,40 %
2021	149	132	88,59 %	290	165	56,90 %
2022	674	500	74,18 %	964	665	68,98 %
2023	165	71	43,03 %	1129	736	65,19 %

III.- PUNTOS DE PERICIA PARTE ACTORA:

En lo fundamental, la parte actora ha ofrecido los siguientes puntos periciales:

1. *Si la demandada lleva los libros contables en forma legal. Deberá expedirse, además de los libros de comercio y societarios que exige la Ley 19.550, pero además los que indica el Reglamento General de la Actividad Aseguradora, con particular acento en el Registro de Actuaciones Judiciales, el Registro de Siniestros y el Registro de Denuncias (art. 34.1.4) o en su defecto un Registro de Denuncias y/o Avisos de Siniestros*.

Me remito a lo expuesto al responder el punto II.a) del presente informe, correspondiente al cuestionario ofrecido por la parte demandada.

2. *Informe si consta en los libros la póliza Nº 5330-1354513-01, tomador: Prefectura Naval Argentina, riesgo asegurado: Incapacidad Física, Total, Permanente e Irreversible*.

En cuanto a la registración de la póliza, los agentes de la aseguradora cumplen en exhibirme la póliza en cuestión.

La misma se encuentra incluida en el Registro de Emisión del mes de May/2020, Pág. N° 3.580.

Además, de lo ya citado, en su primera presentación, La Caja admite la cobertura.

Textualmente la demandada consigna que “Prefectura Naval Argentina contrató con la Caja de Seguros SA un seguro de vida colectivo, con la finalidad de cubrir la contingencia de fallecimiento y otras coberturas adicionales para los empleados de la contratante que solicitaran su incorporación. El contrato se instrumentó mediante la Póliza Nro. – 5330-1354513-01” (título b) párrafo 1. de la contestación de demanda).

En cuanto al resto, me remito a lo expuesto al responder el punto II.b) del presente informe, correspondiente al cuestionario ofrecido por la parte demandada.

3. *Si en sus libros registra como “asegurado” a Héctor Samuel Fleita; y si existe denuncia de siniestro por parte de Prefectura Naval Argentina*.

Se trata de una póliza colectiva que Prefectura Naval Argentina contrata para su personal, siendo aquella tomadora y el Sr Fleita Héctor Samuel asegurado en la misma (póliza Nª 5330-1354513-01).

Conforme la póliza:

> Artículo 9 - 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.

Los agentes de la aseguradora periciada exhiben el informe IF-2023-55686759-APN-DPER#PNA fechado el 16/05/2023 cuya referencia se consigna como “Fleita Hector Samuel – Ex-2023-37797980- -APN-DEBI#PNA”.

En dicho informe se detalla el cese del Sr. Fleita, quien solicitó el pase a retiro efectivo a partir del 01/11/2020.

Asimismo en el Registro de Siniestros pendientes al 30/06/2025 se encuentra asentado el presente siniestro bajo el número 318955 consignándose como fecha de siniestro Oct/2020.

4. *Informe qué tipo de seguro tenía contratado Prefectura Naval Argentina con la aseguradora, qué riesgo cubría; y cuál es el monto asegurado*.

Me remito a lo expuesto al responder el punto II.c) del presente informe, correspondiente al cuestionario ofrecido por la parte demandada.

5. *Qué monto debería percibir el actor de acuerdo a la póliza antes mencionada y de acuerdo a la última prima descontada. Indique el cálculo para arribar a dicho monto y qué liquidación de haberes utiliza, con detalle del origen de las bases para realización del cálculo motivo de sus dichos*.

Me remito a lo expuesto al responder el punto II.e) del presente informe, correspondiente al cuestionario ofrecido por la parte demandada.

6. *Actualice el capital asegurado obtenido con el Coeficiente de Estabilización de Referencia, hasta la fecha de presentación del dictamen*.

El índice CER correspondiente al mes de Set/2020 es 23,1957, mientras que el de Nov/2025 es 660,6797.

De modo que ajustado el capital asegurado sería:

1.212.969 x 660,6797/ 23,1957 = **34.548.817**

7. *Indique si el capital asegurado cuenta actualmente con un tope máximo. Informe el mismo*.

La suma asegurada se calcula a partir del sueldo del asegurado, sin más tope que el nivel salarial alcanzado. Me remito a lo ya expuesto al contestar el punto II.e) del presente informe, correspondiente al cuestionario ofrecido por la parte demandada

8. *Informe la evolución que ha registrado el tope máximo del capital asegurado entre 2018 y la fecha de presentación del informe*.

Me remito a lo expuesto al contestar el punto previo de este mismo título.

9. *Partiendo del capital asegurado y el importe de daño extrapatrimonial reclamado, calcule con la utilización de la fórmula Irigoyen Testa el importe del daño punitivo, tomando como como factor Probabilidad de Condena desde la óptica del asegurador (Pc) en un 60% y la Probabilidad de Imposición de daños punitivos desde la óptica del asegurador (Pd) en un 80%*.

Matías Irigoyen Testa - UNS

El profesor Dr. Matías Irigoyen Testa propuso a los fines de determinar el daño punitivo la siguiente fórmula[2]:

$$D = C \times [(1Pc) / (Pc \times Pd)]$$

donde: D = daño punitivo a determinar; C = cuantía de la indemnización compensatoria por daños provocados; Pc = probabilidad de ser condenado por la indemnización compensatoria de daños provocados; Pd = probabilidad de ser sentenciado por daños punitivos, condicionada a la existencia de una condena por resarcimiento compensatorio, en virtud de su carácter accesorio o no autónomo.

Aplicando dicha fórmula a la presente cuestión, siempre a partir de los datos incluidos en el punto pericial, se obtiene:

1.010.807,50 = 1.212.969 x [(1-0,6)/(0,6x0,8)]

[2] *Cuantificación de los daños punitivos: una propuesta aplicada al caso argentino*, en Castillo Cadena y otros (coord.), "*Relaciones contemporáneas entre derecho y economía*", coedición Grupo Editorial Ibáñez y Univ. Pontificia Javeriana, Bogotá, 2012, págs. 27-61.

El perito aprovecha para dejar en claro que en sus cálculos sigue las pautas determinadas por las partes al ofrecer los puntos periciales, siempre intentando, interpretar lo requerido a partir de los términos en que se ha planteado y contestado la demanda.

De modo tal que, los cálculos expuestos no reflejan la opinión del perito, no afirman ni niegan la existencia o legitimidad de los créditos que son objeto de la presente causa, ni debe desprenderse de este informe, ninguna posición ni subjetividad del perito respecto al reclamo objeto de autos.

10. *Informe, luego de compulsar el Registro de Actuaciones Judiciales, el Registro de Siniestros y el Registro de Denuncias (art. 34.1.4) o en su defecto un Registro de Denuncias y/o Avisos de Siniestros, con referencia a la póliza base del presente reclamo*:

10.1. *Cantidad de denuncias recibidas*.

Se detalla la información solicitada en los dos cuadros expuestos a continuación:

SINIESTROS DENUNCIADOS					
Año	**Invalidez**		**Resto**		**Total**
2.019	27	71 %	11	29 %	38
2.020	78	87 %	12	13 %	90
2.021	149	65 %	79	35 %	228
2.022	674	87 %	103	13 %	777
2.023	165	45 %	203	55 %	368

DENUNCIAS ACUMULADAS					
Año	**Invalidez**		**Resto**		**Total**
2.019	27	71 %	11	29 %	38
2.020	105	82 %	23	18 %	128
2.021	254	71 %	102	29 %	356
2.022	928	82 %	205	18 %	1.133
2.023	1.093	73 %	408	27 %	1.501

10.2. *Cantidad de siniestros abonado*s.

Dado que los agentes de la demandada no me han entregado datos relativos a los siniestros efectivamente abonados, este perito no puede emitir información sobre lo solicitado.

10.3. *Cantidad de siniestros rechazados*.

La información que han generado los agentes de la periciada, a partir de las interrogaciones a sus sistemas computarizados, no resulta del todo consistente, por lo que, entiendo resultará una limitación en la resolución del punto en cuestión.

Esto es así porque, en buena medida, los siniestros abonados o rechazados en un determinado año, no corresponden a las denuncias que se han recibido en el mismo período.

Así, por ejemplo, en 2019 los sistemas computarizados dan constancia de 267 siniestros rechazados, cuando en ese mismo año se contabilizaron 38 denuncias.

Y el perito no encuentra forma de cruzar la información en forma razonablemente eficiente para determinar cuantos de los 38 siniestros de 2019 se han pagado, rechazado o pudieran continúar en estudio.

Por las razones citadas, advierto que la consistencia de los datos que expondré a continuación no es la que se hubiese deseado.

Partiendo de esta salvedad, transcribo la información generada por los sistemas:

Año	Rechazos
2019	267
2020	246
2021	206
2022	361
2023	128
2024	165

10.4. *Establezca la evolución entre denuncias recibidas y siniestros rechazados para los años 2018 hasta la fecha de presentación del informe, en términos porcentuales*.

Cómo lo señalé previamente, no me es posible realizar porcentajes ni comparaciones año a año.

Lo que puedo determinar, como comparación muy general, es que el máximo de denuncias corresponde a 2022 con 777 denuncias, y el de mayores rechazos corresponde a 2020 con 361 rechazos, lo que arroja una razón del 46,46% de rechazos, siempre considerando la relación entre ambos puntos máximos entre estos sucesos.

Entiendo que tal vez la razón expuesta, no resulte del todo representativa, ya que los rechazos pueden deberse a siniestros de años previos, pero este perito no apunta a los períodos, sino a comparar las acumulaciones, que tal vez solo por casualidad, correspondan al mismo período anual.

No encuentro bases más firmes para intentar resolver el cálculo solicitado, pero al contestar el punto II.e) de este mismo informe, propuesto por la parte demandada, se constata que en términos acumulados, la relación juicios/denuncias correspondiente a la cobertura de invalidez total y permanente (que en promedio representan el 71% de las denuncias) asciende al 65,19%.

11. *Confronte la evolución del capital asegurado actualizado con la tasa activa para sus operaciones de descuento de documentos comerciales a treinta*

días, respecto de la evolución del índice de precios al consumidor, entre la fecha en que debió liquidarse el siniestro (quince días después de la denuncia) hasta la fecha de presentación del dictamen. Precise en valores porcentuales y reales cuál es la diferencia.

El presente no es un punto que refiera a prueba alguna, se solicita del perito una liquidación anticipada de sentencia, lo cual entiendo debo abstenerme de realizar.

Ello dado que establecer la tasa de actualización, los montos sobre los cuales se ha de aplicar, las fechas entre las cuales se devengará una u otra tasa, la periodicidad o cantidad de capitalizaciones a realizar, son aspectos que se encuentran exclusivamente reservados al Magistrado.

V.S. que mucho más sabe, no requiere del auxilio del perito para resolver tales cuestiones que están a su elevada consideración.

12. *Con arreglo a los libros comerciales, balances y restantes registros, establezca cuáles han sido las inversiones de la aseguradora para el período comprendido entre la fecha de denuncia del siniestro y la de presentación del informe (v.gr., plazos fijos, bonos, obligaciones negociables, fondos comunes de inversión y fideicomisos financieros). Establezca el rendimiento de cada uno de esos activos para el período entre la fecha en que debió liquidarse el siniestro (quince días después de la denuncia) hasta la fecha de presentación del dictamen*.

El perito solo ha obtenido acceso a los ejercicios de 2024 y 2025. De ellos resulta el siguiente cuadro, cuyos datos se encuentran en millones de pesos:

Año	Inversiones (Monto final)	Resultado Financiero (*)	% Rent. Estimado (**)	% Neto Imp. (35%)
2024	499.504,45	56.789,39	12,83 %	8,34 %
2025	543.293,79	9.477,30	1,78 %	1,15 %

(*): No incluye ajuste por inflación.
(**): Beneficio / (Monto – Beneficio).

Los rendimientos estimados son efectivos anuales.

El rendimiento del 2025 se explica por la caída de las cotizaciones e los títulos valores en los mercados de capitales previas a las elecciones de Octubre de 2025.

Vaya como ejemplo que, el índice S&P Merval (MERV) sufria al cierre del balance (30/06/25) un descenso del 31% respecto a sus valores de inicios del año calendario.

13. *Establezca si para los años 2022 y la fecha de presentación del informe la sociedad comercial demandada ha repartido dividendos o capitalizado utilidades y los montos comprometidos*.

Del análisis de la evolución del Patrimonio Neto no se observan distribución de utilidades en 2021 habiéndose dispuesto por Asamblea que las utilidades se destinen al aumento de Reservas.

Tampoco se observan durante 2022, dado que los beneficios se aplicaron a la absorción de los resultados negativos acumulados al cierre de ejercicio.

En el ejercicio cerrado al 30 de junio de 2023, mediante Asamblea Extraordinaria de Accionistas, celebrada con fecha 20 de diciembre de 2023, se resolvió distribuir dividendos por $ 16.415 millones[3].

En 2024 la Asamblea Ordinaria celebrada el 9 de octubre de 2024 resolvió que el saldo de la cuenta “Resultados no Asignados” sea destinado a “Otras Reservas”

Y finalmente en el balance cerrado al 30/05/2025 no se observa la distribución de utilidades.

14. *Indique si la compañía demandada constituyó un fondo de reserva correspondiente al monto de la demanda promovida*.

Conforme el Registro de Reserva Financiera de Siniestros Pendientes, la relativa al presente caso es de $1.212.975

IV.- PETITORIO:

Entendiendo que se ha dado respuesta a todos los puntos periciales planteados por las partes, solicito se tenga por presentado en tiempo y forma el informe pericial que me fuera encomendado, y oportunamente, se regulen de acuerdo a Derecho mis honorarios profesionales.

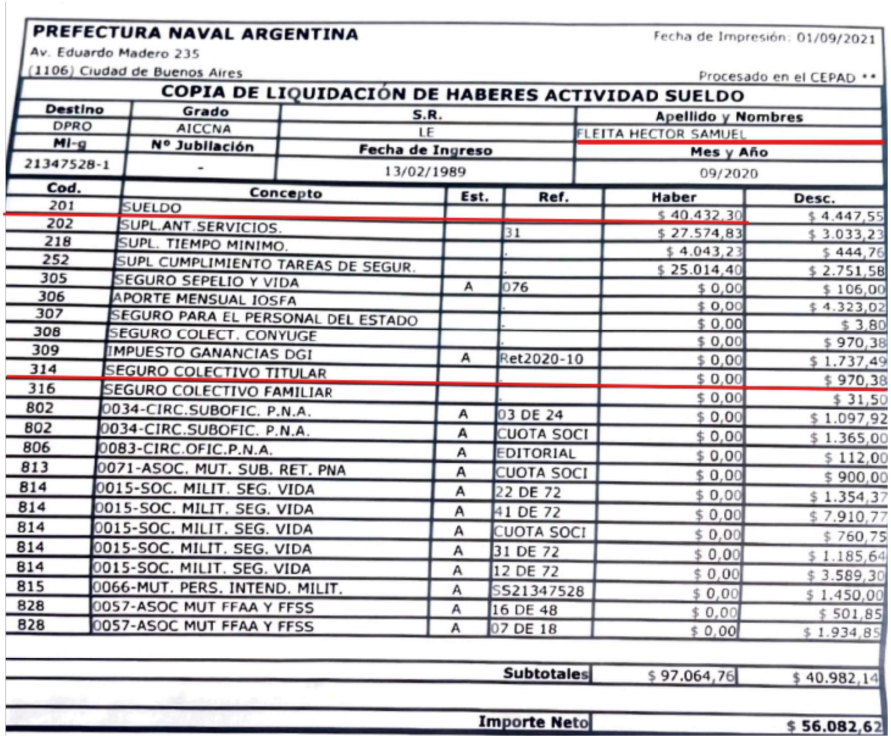
Provéase de conformidad que:

SERÁ JUSTICIA

Jorge Rafael Romani
Contador Tº 87 Fº 243
C.P.C.E.C.A.B.A.

[3] En el balance 2025 se expone esta distribución, realizada en especie (títulos públicos) durante 2024 que en términos ajustados por inflación asciende a $22.885 millones.

ANEXO I – RECIBO SALARIAL



PREFECTURA NAVAL ARGENTINA

Av. Eduardo Madero 235
(1106) Ciudad de Buenos Aires

Fecha de Impresión: 01/09/2021

Procesado en el CEPAD **

COPIA DE LIQUIDACIÓN DE HABERES ACTIVIDAD SUELDO

Destino	Grado	S.R.	Apellido y Nombres
DPRO	AICCNA	LE	FLEITA HECTOR SAMUEL
MI-g	**Nº Jubilación**	**Fecha de Ingreso**	**Mes y Año**
21347528-1	-	13/02/1989	09/2020

Cod.	Concepto	Est.	Ref.	Haber	Desc.
201	SUELDO			$ 40.432,30	$ 4.447,55
202	SUPL.ANT.SERVICIOS.		31	$ 27.574,83	$ 3.033,23
218	SUPL. TIEMPO MINIMO.		.	$ 4.043,23	$ 444,76
252	SUPL CUMPLIMIENTO TAREAS DE SEGUR.		.	$ 25.014,40	$ 2.751,58
305	SEGURO SEPELIO Y VIDA	A	076	$ 0,00	$ 106,00
306	APORTE MENSUAL IOSFA		.	$ 0,00	$ 4.323,02
307	SEGURO PARA EL PERSONAL DEL ESTADO		.	$ 0,00	$ 3,80
308	SEGURO COLECT. CONYUGE		.	$ 0,00	$ 970,38
309	IMPUESTO GANANCIAS DGI	A	Ret2020-10	$ 0,00	$ 1.737,49
314	SEGURO COLECTIVO TITULAR		.	$ 0,00	$ 970,38
316	SEGURO COLECTIVO FAMILIAR		.	$ 0,00	$ 31,50
802	0034-CIRC.SUBOFIC. P.N.A.	A	03 DE 24	$ 0,00	$ 1.097,92
802	0034-CIRC.SUBOFIC. P.N.A.	A	CUOTA SOCI	$ 0,00	$ 1.365,00
806	0083-CIRC.OFIC.P.N.A.	A	EDITORIAL	$ 0,00	$ 112,00
813	0071-ASOC. MUT. SUB. RET. PNA	A	CUOTA SOCI	$ 0,00	$ 900,00
814	0015-SOC. MILIT. SEG. VIDA	A	22 DE 72	$ 0,00	$ 1.354,37
814	0015-SOC. MILIT. SEG. VIDA	A	41 DE 72	$ 0,00	$ 7.910,77
814	0015-SOC. MILIT. SEG. VIDA	A	CUOTA SOCI	$ 0,00	$ 760,75
814	0015-SOC. MILIT. SEG. VIDA	A	31 DE 72	$ 0,00	$ 1.185,64
814	0015-SOC. MILIT. SEG. VIDA	A	12 DE 72	$ 0,00	$ 3.589,30
815	0066-MUT. PERS. INTEND. MILIT.	A	SS21347528	$ 0,00	$ 1.450,00
828	0057-ASOC MUT FFAA Y FFSS	A	16 DE 48	$ 0,00	$ 501,85
828	0057-ASOC MUT FFAA Y FFSS	A	07 DE 18	$ 0,00	$ 1.934,85
			Subtotales	$ 97.064,76	$ 40.982,14
			Importe Neto		**$ 56.082,62**

SEGURO DE VIDA COLECTIVO

ANEXO: EXCLUSIONES

La presente póliza está exenta de toda restricción respecto de la residencia, ocupación y viajes del Asegurado, pero no cubre los siguientes riesgos:

a) Suicidio voluntario del Asegurado, salvo que el certificado individual haya estado en vigor ininterrumpidamente durante un año como mínimo;
b) Acto ilícito del Contratante del presente seguro, excepto que el pago de la prima esté a cargo del Asegurado; o en caso de accidente si es provocado por dolo o culpa grave del Asegurado;
c) Acto criminal contra el Asegurado por el que resulte responsabilizado el beneficiario;
d) Duelo o riña, salvo que se tratase de legítima defensa, empresa o acto criminal o aplicación legítima de la pena de muerte;
e) Riesgos derivados de guerra que no comprenda a la Nación Argentina. En caso de que la comprenda, las obligaciones tanto de parte de La Caja como de los Asegurados se regirán por las normas que para tal emergencia se dicten.
f) Guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando el Asegurado hubiera participado como sujeto activo;
g) Abuso del alcohol, drogas, estupefacientes, narcóticos o estimulantes;
h) Intervenciones médicas o quirúrgicas ilícitas;
i) Práctica o uso de la navegación aérea, salvo como pasajero en líneas autorizadas sujetas a itinerario fijo, o por otras ascensiones aéreas o aladeltismo;
j) Participación en viajes o prácticas deportivas submarinas o subacuáticas o escalamiento de montaña;
k) Competencia en pruebas de pericia y/o velocidad con vehículos mecánicos o de tracción a sangre o en justas hípicas, o cualquier otra prueba análoga;
l) Intervención en pruebas de prototipos de aviones, automóviles y otros vehículos de propulsión mecánica;
m) Desempeño paralelo de las profesiones de acróbata, buzo, jockey, domador de potros o fieras y/o las prácticas de deportes o actividades peligrosas como alpinismo, andinismo, esquí acuático o de montaña, motonáutica u otras actividades análogas y manipuleo de explosivos y/o armas o con exposición a radiaciones atómicas, salvo pacto en contrario;
n) Acontecimientos catastróficos originados por reacciones nucleares, epidemias, pandemias y fenómenos sísmicos o atmosféricos.

CONDICIONES GENERALES

Artículo 1: Disposiciones fundamentales

Queda expresamente convenido que la Caja de Seguros S.A. (en adelante La Caja) y el Contratante, como así mismo las personas amparadas por este seguro, se someten a las disposiciones de la Ley de Seguros N°17.418 y a las Condiciones Generales, Generales Específicas y Particulares de la presente póliza que la complementan o modifican cuando ello es admisible.

En caso de discordancia entre estas reglas, el orden de prelación será el siguiente:

1- Condiciones Particulares
2- Condiciones Generales Específicas
3- Condiciones Generales

Esta póliza ha sido extendida por La Caja sobre la base de las declaraciones suscriptas por los Asegurados o el Contratante en sus respectivas solicitudes y en los cuestionarios relativos a su salud.

Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por los Asegurados o el Contratante, aún hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiera impedido el contrato o modificado sus condiciones, si La Caja hubiese sido cerciorada del verdadero estado del riesgo, hace nulos los certificados individuales en cuestión o la totalidad del contrato, si así correspondiera.

Cuando la reticencia o falsedad sólo fuere imputable a parte del núcleo total Asegurado, La Caja puede rescindir todo el contrato si no lo hubiese celebrado en las mismas condiciones respecto de las personas no afectadas.

Si La Caja ejerce su derecho de rescindir el contrato respecto de una parte de las personas aseguradas, el Contratante podrá rescindir en lo restante. En ese caso corresponderá en cuanto a la prima, aplicar las disposiciones del Artículo 41 de la Ley N° 17.418.

Cuando la reticencia no dolosa fuere alegada en el plazo de tres (3) meses de haber conocido la reticencia o falsedad, La Caja, a su exclusivo juicio, podrá anular el contrato restituyendo la prima percibida con deducción de los gastos, o reajustarla con la conformidad del Contratante al verdadero estado del riesgo. Si la nulidad fuese perjudicial para los Asegurados, y siempre que el contrato fuese reajustable a juicio de peritos, La Caja procederá al reajuste de la prima.

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

En cualquiera de ambos casos, de ocurrir un siniestro durante el plazo para impugnar, La Caja no adeudará prestación alguna.

Si la reticencia no fuera dolosa y se alegara en el plazo establecido después de ocurrido el siniestro, La Caja reducirá la prestación debida en función del verdadero estado del riesgo.

En los casos de reticencia en los que corresponda un reajuste de la prima, la diferencia deberá ser pagada dentro del mes de comunicada al Contratante.

- Esta póliza adquiere fuerza legal a partir de las cero (0) horas del día fijado como comienzo de su vigencia.

Artículo 2: Carácter y objeto del seguro

El presente seguro es de carácter facultativo y el mismo tiene por objeto cubrir a los Asegurados por el riesgo de muerte.

Artículo 3: Personas asegurables

Revisten carácter de asegurables, para la incorporación al presente seguro, la totalidad de las personas que se encuentren al servicio activo del Contratante, como asimismo a los dueños únicos o socios y directores de la empresa que dediquen a la misma un mínimo de treinta (30) horas semanales de actividad personal.

Se entiende por servicio activo el desempeño normal de tareas al servicio del Contratante por las personas que figuren en la nómina de personal activo, no encontrándose en uso de licencia por enfermedad (con o sin percepción de haberes), ni con goce de licencia sin sueldo por cualquier otra causa.

Las personas que en el futuro ingresen al servicio del Contratante, adquirirán calidad de asegurables al cumplir en el empleo el período de permanencia de servicio activo y continuo definido en las Condiciones Particulares.

Artículo 4: Límite de edad

De conformidad con las disposiciones de la Ley N°17.418, este seguro no es extensivo a menores de 14 años de edad. Tampoco son asegurables las personas que excedan la edad de 65 años, salvo pacto en contrario.

Artículo 5: Forma y plazo de incorporación al seguro

Toda persona asegurable que desee incorporarse a esta póliza, deberá solicitarlo dentro del plazo de sesenta (60) días a contar desde la fecha en que adquiera aquella condición. A esos fines presentará el formulario de solicitud individual que proporciona La Caja, completando toda la información que allí se le requiere.

Todos los asegurables que soliciten su incorporación a la presente póliza después de transcurrido el plazo indicado en el párrafo anterior, como asimismo los que vuelvan a solicitar el seguro después de haberlo rescindido, deberán cumplir además con los requisitos de asegurabilidad definidos en Condiciones Particulares.

Los asegurables diligenciarán la solicitud individual que, junto con el formulario de alta suscripto por el Contratante, deberá obrar en poder de La Caja dentro del plazo de treinta (30) días a contar desde la fecha en que cada solicitante presente dicho formulario.

Una vez recibido cada formulario de solicitud individual, La Caja definirá su aceptación o rechazo y remitirá, en su caso, al Contratante el certificado de incorporación para que éste lo entregue al Asegurado.

Para aquellos casos donde los asegurables no deban cumplir requisitos de asegurabilidad, el seguro comenzará a regir a partir del primer día del mes que siga a la fecha de la presentación de la solicitud, siempre que la póliza haya entrado en vigencia de acuerdo a las condiciones de su emisión y el Contratante hubiera efectuado el respectivo descuento y pago de primas.

Cuando los Asegurables deban cumplir requisitos de asegurabilidad, el seguro únicamente comenzará a regir a partir de la aprobación de la solicitud por parte de La Caja. Transcurridos noventa (90) días desde la presentación de la solicitud, sin que se hubiera aceptado expresamente, la misma se considerará automáticamente rechazada.

Artículo 6: Incorporación individual al seguro

Los certificados individuales correspondientes al personal que ingrese inicialmente a la póliza entrarán en vigor simultáneamente con ésta.

Los certificados individuales que se soliciten con posterioridad a la fecha de vigencia de esta póliza, siempre que los interesados reúnan los requisitos de asegurabilidad, comenzarán a regir a partir del primer día del mes siguiente a aquel en que La Caja reciba la documentación de ingreso.

Los certificados individuales que se soliciten con posterioridad al plazo de sesenta (60) días de adquirir la condición de asegurable, tendrán igual tratamiento, pero podrán estar sujetos a un plazo de carencia o de enfermedades preexistentes según se indique en Condiciones Particulares.

El plazo de carencia será de treinta (30) días, contados desde su vigencia inicial, con primas pagas y sin cobertura. Los siniestros que tuvieran origen en un accidente interrumpirán el plazo de carencia.

Por enfermedad preexistente se entiende a toda enfermedad que padeciera el asegurado durante los primeros meses de vigencia del certificado individual, diagnosticada con anterioridad a su incorporación al seguro, y que fuera la causa directa del fallecimiento. Este plazo no podrá exceder de doce (12) meses.

Artículo 7: Número mínimo de asegurados y porcentaje mínimo de adhesión

Es condición expresa para que este seguro entre en vigor y mantenga su vigencia en las condiciones pactadas en materia de capitales y primas, que tanto la cantidad de asegurados como el porcentaje de los mismos con relación a los que se hallen en condiciones de ser incorporados al seguro, alcancen por lo menos, los mínimos indicados en las Condiciones Particulares.

Si en un determinado momento no se reunieran los requisitos mínimos antes mencionados o la cantidad de asegurados con Opción Mayores superara el diez por ciento (10%) del total de asegurados de la póliza, La Caja se reserva el derecho de reducir las sumas aseguradas o de modificar la tasa de prima aplicada. Asimismo, si se produjere una variación superior al veinticinco por ciento (25%) en la cantidad de Asegurados y/o en la sumatoria de los capitales asegurados individuales, se podrá realizar un nuevo cálculo de prima promedio, la que regirá hasta el vencimiento de la anualidad en curso. La Caja notificará su decisión por escrito al Contratante con una anticipación mínima de treinta (30) días corridos a la fecha de aplicación de la modificación de que se trate.

Artículo 8: Certificados individuales

La Caja emitirá a nombre de cada Asegurado un Certificado individual en el que constarán los beneficios a que tiene derecho como asimismo, aquellos datos que se consideren necesarios.

Tal certificado quedará sin eficacia alguna desde la fecha en que el Asegurado deje de estar comprendido en el seguro.

Asimismo, La Caja comunicará por medio fehaciente al Asegurado (a través del Contratante), cada vez que se produzca una modificación que afecte el alcance de la cobertura brindada.

Artículo 9: Capitales asegurados

Para que los capitales asegurados entren en vigor, es condición indispensable que, a la fecha en que deba comenzar su vigencia, el Asegurado se encuentre al servicio activo del Contratante.

El capital con que estará cubierto cada Asegurado se ajustará a la escala de Capital asegurado individual consignada en las Condiciones Particulares de la presente póliza, y estará sujeta a las siguientes disposiciones:

El Contratante deberá comunicar de inmediato a La Caja todo aumento o disminución de cualquier capital asegurado, resultante de la aplicación de la mencionada escala. La modificación regirá desde la fecha en que La Caja reciba la comunicación respectiva o desde la fecha en que opere el cambio de sueldo, si esta fuese posterior, todo ello bajo condición de que La Caja facture la correspondiente prima desde esa fecha y que el Asegurado

se encuentre prestando servicio activo al momento en que corresponda la modificación.

Cuando el Asegurado no se halle en servicio activo, se le solicitarán pruebas de asegurabilidad y la modificación regirá desde el día primero del mes siguiente a aquél en que La Caja de por cumplidas y aceptadas las pruebas de asegurabilidad requeridas.

Si el Asegurado inasistiera a sus tareas con o sin percepción de haberes por cualquier causa a partir del primer día hábil inmediatamente posterior a la fecha en la que debiera ajustarse el capital, inclusive por vacaciones cuando estas fueran precedidas de una licencia por enfermedad, y no se reintegrara posteriormente al trabajo, dicho ajuste quedará sin efecto.

Artículo 10: Primas del seguro

La prima media inicial por mil inserta en las Condiciones Particulares de esta póliza, se aplicará sin ninguna discriminación de edades, a los Asegurados actuales o a los que se incorporen en el primer año de vigencia.

Dicha prima media se determinará aplicando la tarifa correspondiente de La Caja y será ajustada anualmente comunicándose por escrito al Contratante el importe resultante a los efectos de su aplicación con una anticipación no menor de un mes al próximo aniversario de póliza.

Artículo 11: Forma de Pago de Las Primas

a) Las primas de este seguro son pagaderas por adelantado, en la fecha de vencimiento establecida en las Condiciones Particulares, por intermedio del Contratante.
b) El importe de las primas a pagar resultará de multiplicar la prima media por el total de los capitales asegurados vigentes en el mes que cubran. Es condición esencial para la cobertura de cualquier siniestro, que la totalidad de la prima debida por el conjunto de asegurados de cada mes, haya sido íntegramente pagada por el Contratante. Sólo se aceptarán pagos efectuados a través del contratante.
c) Las primas del seguro se devengarán por período mensual completo, cualquiera fuera el día en que se produjera la baja del Asegurado en caso de siniestro. En caso de producirse la baja del asegurado, por rescisión del certificado individual, se hará un prorrateo de la prima considerando la cantidad de días efectivamente cubiertos.
d) Las personas que se incorporen al seguro con posterioridad a la fecha de inicio de vigencia de esta póliza, deberán abonar por adelantado las primas correspondientes al mes de su incorporación si el pago fuera mensual o las correspondientes al lapso comprendido entre el mes de su incorporación y la finalización del período establecido para el pago de primas, en cualquier otro supuesto.

Artículo 12: Plazo de Gracia - Rescisión por Falta de Pago

a) Para el pago de las primas posteriores a la primera, la aseguradora

concede al Contratante un plazo de gracia de treinta días a contar desde el vencimiento indicado en las Condiciones Particulares. Durante dicho plazo, sin perjuicio de la mora ocurrida, la cobertura continuará vigente, bajo condición de que las primas adeudadas se abonen durante el transcurso del plazo de gracia. Por lo tanto, la falta de pago una vez transcurrido el plazo de gracia, suspenderá automáticamente la cobertura con efecto retroactivo a la fecha de vencimiento indicada en las Condiciones Particulares. Dicha suspensión se extenderá durante el plazo indicado en las condiciones particulares que no podrá superar el término seis meses. Al finalizar el plazo de suspensión, la aseguradora declarará rescindida la póliza. Se adeudarán a la aseguradora las primas hasta la fecha en que opere la rescisión.

b) En caso de suspensión de cobertura por falta de pago su rehabilitación quedará sujeta a la cancelación total de las primas adeudadas. No se solicitarán pruebas de asegurabilidad para aquellas personas que hubieran estado aseguradas al momento de inicio de dicha suspensión.
c) Durante el período que dure la suspensión de cobertura no se aceptarán nuevas solicitudes de incorporación al seguro. Los asegurables que hubieren adquirido dicho carácter durante el período de cobertura suspendida, podrán solicitar su incorporación al seguro dentro de los sesenta días de producida la rehabilitación de cobertura si esta ocurriera. Sólo en este caso se entenderá que ha sido efectuada en los términos y con el alcance del primer párrafo de artículo 5 de las condiciones generales.
d) La aseguradora no será responsable por los siniestros ocurridos después del vencimiento del plazo de gracia, resultando aplicable lo previsto en el artículo 31 de la Ley 17.418.
e) Los pagos de primas efectuados con posterioridad al vencimiento del plazo de gracia, no rehabilitarán la cobertura en forma retroactiva.
f) En caso de ocurrir un siniestro durante el plazo de gracia, la aseguradora no estará obligada a abonarlo si correspondiere, hasta tanto se verifique el oportuno e íntegro pago de la prima correspondiente al período en mora. En este supuesto, el término para que la aseguradora rechace cualquier siniestro, quedará interrumpido hasta el vencimiento del plazo de gracia.

Artículo 13: Designación y cambio de beneficiarios

Cada Asegurado designará en su solicitud individual, en oportunidad de incorporarse al seguro, el o los beneficiarios del mismo. Designadas varias personas sin indicación de cuota parte, se entiende que el beneficio se liquidará por partes iguales conforme a las disposiciones de la Ley de Seguros N° 17.418. Si alguno de los beneficiarios falleciera antes o al mismo tiempo que el Asegurado, su asignación se repartirá entre los demás beneficiarios, si los hubiere, en la proporción de sus propias asignaciones.

Cuando se designe a los herederos se entiende a los que por ley suceden al Asegurado, pero de haberse otorgado testamento, se tendrá por designados a los herederos instituidos. Si no se fija cuota parte, el beneficio se distribuirá conforme a las porciones hereditarias. Cuando el Asegurado no designe beneficiario o por cualquier causa la designación resulte ineficaz o quede sin efecto, se entiende que designó a sus herederos.

Cuando se designe a los hijos se entiende los concebidos y los sobrevivientes al tiempo de ocurrido el evento previsto.

Los asegurados menores de edad mayores de 14 años no podrán efectuar designación de beneficiarios. En caso de muerte, el importe del seguro se hará efectivo al padre y a la madre en ejercicio de la patria potestad, previa manifestación por parte de éstos de la inexistencia de personas con mejor derecho hereditario.

Los adherentes menores de edad mayores de 18 años, sólo podrán instituir como beneficiarios a sus ascendientes, descendientes, cónyuges o hermanos a su cargo.

Los beneficiarios designados podrán ser sustituidos en cualquier momento mediante la suscripción de un nuevo formulario de Solicitud individual. El contratante remitirá dicho formulario a La Caja conforme lo establece el artículo 5 de estas condiciones.

La designación de beneficiario es válida aunque se notifique al asegurador después del evento previsto, pero con anterioridad al pago del siniestro. Por lo tanto, con el pago efectuado a los beneficiarios registrados al momento de cancelarse el mismo, La Caja queda liberada de toda obligación.

Artículo 14: Rescisión de la póliza

Además de otras causas de rescisión previstas en las presentes condiciones, el Contratante podrá rescindir esta póliza después del primer período de seguro, mediante aviso por escrito con una anticipación no menor de un (1) mes a la fecha en que la rescisión deba operar.

Por su parte, La caja podrá optar por no renovar la póliza al vencimiento de cada aniversario, mediante aviso por escrito con una anticipación no menor de un (1) mes a la fecha en que la no renovación deba operar.

La Caja procederá a la devolución de la parte proporcional de primas correspondientes a los períodos posteriores a la fecha de rescisión o no renovación y al cobro de primas adeudadas si así correspondiera.

Artículo 15. Finalización de la cobertura individual

Además de otras causas de rescisión previstas en las presentes condiciones, los certificados individuales quedarán automáticamente rescindidos y sin efecto alguno en los siguientes casos:

a) Por dejar de estar el Asegurado al Servicio del Contratante;
b) En caso de que La Caja le otorgue al Asegurado el beneficio de incapacidad total y permanente, cuando dicha cobertura estuviera contemplada por la presente póliza;
c) Cuando el asegurado cumpla los 65 años de edad;
d) Cuando por cualquier causa finalice la vigencia de la póliza colecti-

va;
e) Por renuncia del Asegurado a continuar en el seguro;
f) Por falta de pago de las primas de acuerdo a lo estipulado en el artículo 11: Forma de pago de las primas y en el Artículo 12: Plazo de gracia.

Los eventos previstos en los inc. a) y e), deberán ser comunicados a La Caja por intermedio del Contratante.

En los casos previstos por los incisos a), c) y e), el seguro quedará rescindido a la hora 24 del último día del mes en que ocurra el evento descripto, y se devolverá la prima no ganada, si la hubiere, correspondiente a los certificados individuales rescindidos.

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.

Se presumirá que el Asegurado ha renunciado a continuar con el seguro, sin admitirse prueba en contrario, cuando al mismo no se le efectúe el descuento correspondiente a la prima de este seguro ni el Tomador ingrese a La Caja dicho importe en la forma y plazo previstos en esta póliza, ello sin perjuicio de la suspensión de la cobertura por falta de pago en caso de prueba en contrario.

Artículo 16: Comprobación del fallecimiento

Ocurrido el fallecimiento de un Asegurado incluido en esta póliza, el Contratante o el Beneficiario deberá remitir junto con la respectiva comunicación de denuncia de siniestro por muerte, la documentación original correspondiente y/o copia certificada del asiento de la defunción expedida por el Registro Civil donde se inscribió la misma, y cualquier otra prueba que correspondiera exigir según la causa de la muerte.

Los plazos previstos en el artículo 49, segundo párrafo de la Ley de Seguros comenzarán a correr a partir del momento en que La Caja reciba del Contratante o del Beneficiario la denuncia del siniestro.

Aceptada dicha documentación, la Caja abonará el importe del capital asegurado a los beneficiarios instituidos o los herederos legales del Asegurado según lo establecido en el Artículo 13: Designación y cambio de Beneficiarios, dentro de un plazo de quince (15) días.

Si con motivo del fallecimiento del Asegurado, se verifica que la edad declarada por el mismo no coincide con la real, o que el dato que generó el capital no fuera correcto, La Caja podrá ajustar el capital asegurado con arreglo a la real situación comprobada.

Artículo 17: Presunción de fallecimiento

Cuando no se puedan aportar las constancias del deceso del Asegurado, por no haber podido inscribir el fallecimiento en el organismo competente, en razón de que la desaparición del Asegurado sólo permite presumir su muerte como consecuencia de accidente, incendio, naufragio u otros sucesos semejantes, así como también por homicidios o su intento, derivados de actos de terrorismo y/o guerrilla, y no existiera fallo judicial al respecto, las personas con derecho al seguro deberán suministrar:

- Testimonio del suceso que afectó al Asegurado, mediante las referencias del sumario que se haya instruido ante la autoridad competente.

- Copia autenticada de la resolución recaída al respecto.

De las constancias obrantes en esa documentación deberá resultar fehacientemente acreditado el accidente, desastre u homicidio por actos de terrorismo y/o extremismo y la simultánea desaparición del Asegurado a consecuencia del suceso.

Una vez reunidos los antecedentes que corresponden para liquidar el siniestro y, hallados éstos de conformidad, La Caja abonará el capital vigente a la fecha de la desaparición o de la muerte que se establezca judicialmente.

Si se hubieran abonado primas con posterioridad a dicha fecha, La Caja sólo estará obligada a su devolución.

Artículo 18: Exclusiones

La presente póliza está exenta de toda restricción respecto de la residencia, ocupación y viajes del Asegurado, pero no cubre los siguientes riesgos:

a) Suicidio voluntario del Asegurado, salvo que el certificado individual haya estado en vigor ininterrumpidamente durante un año como mínimo;
b) Acto ilícito del Contratante del presente seguro, excepto que el pago de la prima esté a cargo del Asegurado; o en caso de accidente si es provocado por dolo o culpa grave del Asegurado;
c) Acto criminal contra el Asegurado por el que resulte responsabilizado el beneficiario;
d) Duelo o riña, salvo que se tratase de legítima defensa, empresa o acto criminal o aplicación legítima de la pena de muerte;
e) Riesgos derivados de guerra que no comprenda a la Nación Argentina. En caso de que la comprenda, las obligaciones tanto de parte de La Caja como de los Asegurados se regirán por las normas que para tal emergencia se dicten.
f) Guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando el Asegurado hubiera participado como sujeto activo;
g) Abuso del alcohol, drogas, estupefacientes, narcóticos o estimulantes;
h) Intervenciones médicas o quirúrgicas ilícitas;
i) Práctica o uso de la navegación aérea, salvo como pasajero en líneas autorizadas sujetas a itinerario fijo, o por otras ascensiones aéreas o aladeltismo;

j) Participación en viajes o prácticas deportivas submarinas o subacuáticas o escalamiento de montaña;
k) Competencia en pruebas de pericia y/o velocidad con vehículos mecánicos o de tracción a sangre o en justas hípicas, o cualquier otra prueba análoga;
l) Intervención en pruebas de prototipos de aviones, automóviles y otros vehículos de propulsión mecánica;
m) Desempeño paralelo de las profesiones de acróbata, buzo, jockey, domador de potros o fieras y/o las prácticas de deportes o actividades peligrosas como alpinismo, andinismo, esquí acuático o de montaña, motonáutica u otras actividades análogas y manipuleo de explosivos y/o armas o con exposición a radiaciones atómicas, salvo pacto en contrario;
n) Acontecimientos catastróficos originados por reacciones nucleares, epidemias, pandemias y fenómenos sísmicos o atmosféricos.

Artículo 19: Denuncia de otros seguros

Los Asegurados que estuvieran comprendidos en otros seguros colectivos contratados con La Caja u otras compañías aseguradoras, deberán comunicarlo en forma expresa a la misma.

En el primer supuesto, si tales seguros no fueran declarados, La Caja podrá solamente considerar válido al seguro de vida colectivo vigente de mayor capital y devolverá las primas cobradas de cualquier otro por el período de coberturas superpuestas.

Artículo 20: Obligaciones del contratante

Son obligaciones del Contratante:

a) Comunicar a La Caja en los formularios que ésta le suministre, el fallecimiento de cualquier Asegurado, dejando expresa constancia de las diferencias que comprobara en la edad declarada del mismo;
b) Certificar la exactitud de los datos contenidos en el formulario de solicitud individual de cada Asegurado;
c) Recepcionar y remitir a La Caja los formularios de solicitud individual en tiempo y forma;
d) Entregar al Asegurado el certificado de incorporación;
e) Remitir a La Caja la correspondiente denuncia de siniestro en tiempo y forma; conforme lo establecido en el artículo 46 de la Ley de Seguros;
f) Comunicar mensual y regularmente a La Caja, las altas y bajas del personal asegurado, y las bases para efectuar el cálculo de las primas y capitales asegurados, con la siguiente información: fecha de nacimiento, nombre y apellido, sueldo, capital asegurado, y descuento de primas. La documentación correspondiente deberá suministrarse dentro de los diez (10) días de practicados los descuentos de primas;
g) Proporcionar a La Caja toda información que ésta le requiera con motivo de la aplicación del seguro;
h) Practicar el descuento de las primas e ingresar en tiempo y forma el importe de las mismas según lo establecido en el artículo 11: Forma

de pago de las primas y el artículo 12: Plazo de gracia;

i) Hacer saber a La Caja cualquier cambio de denominación o domicilio;
j) Notificar a los Asegurados aquellas modificaciones que afecten el alcance de la cobertura brindada, a través de la distribución de certificados suplementarios oportunamente emitidos por La Caja o a través de cualquier otro medio fehaciente que pudiera acordarse entre las partes;
k) Distribuir la participación en utilidades, en caso de que así correspondiere contemplando los importes y porcentajes previstos para cada Asegurado en función a las primas pagadas.

A los efectos señalados en los apartados anteriores, el Contratante deberá remitir en cada caso a La Caja la documentación pertinente debidamente diligenciada.

Artículo 21: Prescripción

Las acciones emergentes de este contrato prescriben en el plazo de un año, computado desde que la correspondiente obligación es exigible.

El plazo de prescripción para el beneficiario se computará desde que conoce la existencia del beneficio, pero en ningún caso excederá de tres (3) años desde el siniestro.

Artículo 22: Cómputo de plazos

Todos los plazos de días indicados en esta póliza se considerarán corridos.

Artículo 23: Cesión de derechos

La presente póliza y los certificados de incorporación son intransferibles, por lo tanto cualquier cesión se considerará nula y sin valor.

Artículo 24: Jurisdicción

Toda controversia que pudiere suscitarse con relación al presente contrato se someterá a los tribunales competentes del lugar de emisión de esta póliza.

Artículo 25: Domicilio

El domicilio en que las partes deben efectuar las denuncias y declaraciones previstas en la Ley N°17.418 y en esta póliza, es el último declarado.

Artículo 26: Duplicado de póliza y copia

En caso de robo, pérdida o destrucción de esta póliza o de cualquier

certificado individual, el Contratante o el Asegurado, respectivamente, podrán obtener su sustitución por un duplicado. Una vez emitido el duplicado, el original pierde todo valor. Las modificaciones efectuadas después de emitido el duplicado serán las únicas válidas.

El Contratante o el Asegurado tienen derecho a que se le entregue copia de las declaraciones efectuadas para la celebración del contrato y copia no negociable de la póliza. En ambos casos, los gastos correspondientes serán por cuenta de los solicitantes.

Artículo 27: Impuestos, tasas y contribuciones

Los impuestos, tasas y contribuciones de cualquier índole y jurisdicción que puedan crearse en lo sucesivo o los aumentos eventuales de los existentes, estarán a cargo del Contratante, de los Asegurados, de sus beneficiarios o de sus herederos, según el caso, salvo cuando la ley los declare expresamente a cargo exclusivo de la Caja.

Artículo 28: Facultades del productor o agente

El productor o agente de seguros, cualquiera sea su vinculación con La Caja, autorizado por ésta para la intermediación, sólo está facultado con respecto a las operaciones en las cuales interviene para:

a) Recibir propuesta de celebración y modificación de contratos de seguro;
b) Entregar los instrumentos emitidos por La Caja, referentes a contratos o sus prórrogas;
c) Aceptar el pago en cheque de la prima si se halla en posesión de un recibo de La Caja.

ANEXO ADECUACIÓN AL NUEVO CÓDIGO CIVIL

En virtud de la adecuación al Nuevo Código Civil, se realizarán las siguientes modificaciones en Condiciones Generales:

- Se elimina el quinto párrafo del Artículo 13: Designación y Cambio de Beneficiarios, donde establece que "Los adherentes menores de edad mayores de 18 años, sólo podrán instituir como beneficiarios a sus ascendientes, descendientes, cónyuges o hermanos a su cargo"

- Se reemplaza el Artículo 24 por el siguiente:
  Artículo 24: Jurisdicción
  Toda controversia judicial que se plantee en relación con la presente póliza, se sustanciará ante los jueces competentes de la ciudad cabecera de la jurisdicción judicial del domicilio del Tomador o Asegurado -según corresponda-, siempre que sea dentro de los límites del país.
  Sin perjuicio de ello, el Tomador o el Asegurado o sus derecho-habientes, según corresponda, podrán presentar sus demandas contra la Aseguradora ante los tribunales del domicilio de la sede central o sucursal donde se emitió la póliza.
  Del mismo modo, se tramitarán ante ellos las acciones judiciales relativas al cobro de primas

CLAUSULA ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL EN TRANSPORTE PUBLICO

Artículo 1: Riesgo cubierto

La Caja concederá el beneficio que otorga esta Cláusula cuando el Asegurado fallezca como consecuencia de un accidente cubierto en calidad de pasajero en transporte público legalmente autorizado para servicio de transporte regular de pasajeros y habiendo pagado su correspondiente boleto o pasaje, comprobado por autoridad competente. Siempre que el fallecimiento ocurra dentro de los ciento ochenta (180) días del accidente cubierto y que éste ocurra dentro de la vigencia de presente Cláusula Adicional en el Certificado Individual y antes de haber cumplido los sesenta y cinco (65) años de edad.

A los efectos de esta cláusula adicional se considera accidente cubierto a la muerte producida directa y exclusivamente por causas externas, violentas y fortuitas, ajenas a toda otra causa e independientes de la voluntad del Asegurado, descartándose por lo tanto, en primer término las enfermedades y también las infecciones.

Artículo 2: Beneficio

La Caja, comprobado el hecho cubierto, abonará a los beneficiarios designados el capital asegurado definido en las Condiciones Particulares.

Artículo 3: Carácter del Beneficio

El beneficio previsto en esta cláusula es adicional e independiente del beneficio contemplado en la cobertura básica y en consecuencia, La Caja no hará por este concepto deducción alguna del capital asegurado de la cobertura básica.

Artículo 4: Comprobación del accidente

Corresponde al beneficiario o al Contratante:

1. Denunciar el fallecimiento por accidente en transporte público, dentro de los quince (15) días de la fecha en que haya ocurrido, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia, pudiendo perder todo derecho a indemnización.
2. Suministrar pruebas sobre la fecha y la causa del accidente, como acerca de la manera y el lugar en que se produjo.
3. Facilitar cualquier otra comprobación o aclaración.
4. Acreditar la calidad de pasajero.

La Caja se reserva el derecho de gestionar la exhumación de cadáver y

practicar la autopsia en presencia de uno de sus facultativos, con gastos a cargo de la misma. El beneficiario prestará su conformidad y su concurso para la obtención de las correspondientes autorizaciones para realizarla.

Artículo 5: 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 los 65 años de edad.
Adicionalmente, 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 6: 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.

CLAUSULA ADICIONAL DE CONYUGES

Artículo 1: Objeto del Seguro
La presente cláusula adicional tiene por objeto cubrir a los Cónyuges de los Asegurados Titulares en los riesgos definidos en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Artículo 2: Personas asegurables
Revisten carácter de asegurables, para la incorporación al presente seguro:

- Los Cónyuges de Los Asegurados Titulares.

Cuando el Cónyuge revista carácter de asegurable por estar vinculado con el Contratante, sólo podrá adherir al seguro en calidad de Asegurado Titular.

Asimismo, las personas que hubieran percibido el beneficio por Incapacidad Total y Permanente, en calidad de Asegurados Titulares no podrán incorporarse en calidad de Cónyuges.

Artículo 3: Forma y plazo de incorporación al seguro
El Asegurado Titular que desee incorporar a su Cónyuge a este adicional, deberá solicitarlo por escrito, en los formularios de solicitud individual que proporciona La Caja, dentro del plazo de treinta (30) días a contar desde la fecha de inicio de vigencia de esta cláusula o desde que adquiera la calidad de cónyuge, lo que ocurra después.

Todos los Cónyuges asegurables que se incorporen a la presente cláusula después de transcurrido el plazo indicado en el párrafo anterior, como así mismo los que vuelvan a solicitar el seguro después de haberlo rescindido, deberán presentar pruebas de asegurabilidad satisfactorias para La Caja y pagar los gastos que se originen para obtenerlas.

Estas personas diligenciarán la solicitud individual que, junto con el formulario de alta suscripto por el Contratante, deberá obrar en poder de La Caja dentro del plazo de treinta (30) días a contar desde la fecha en que el solicitante reúna los requisitos de asegurabilidad.

Una vez recibidos los formularios de solicitud individual, La Caja entregará , si hubiera aceptado la incorporación, al Contratante el certificado de incorporación y este lo entregará al Asegurado con acuse de recibo. Este acuse deberá ser enviado a La Caja.

Transcurridos noventa (90) días desde la presentación de la solicitud, sin que se hubiera aceptado expresamente, la misma se considerará automáticamente rechazada.

Artículo 4: Inicio de cobertura

Una vez incorporado el Cónyuge al seguro por medio de esta cláusula, podrá estar sujeto a un plazo de carencia o de enfermedades preexistentes según se indique en Condiciones Particulares.

El plazo de carencia será de treinta (30) días, desde la fecha de incorporación individual al seguro, con primas pagas y sin cobertura. Dicho plazo de carencia se interrumpirá en caso de accidente.

Por enfermedad preexistente se entiende a toda enfermedad que padeciera el asegurado durante los primeros meses de vigencia del certificado individual, diagnosticada con anterioridad a su incorporación al seguro, y que fuera la causa directa del fallecimiento. Este plazo no podrá exceder de doce (12) meses.

Artículo 5: Capitales Asegurados
Los capitales asegurados correspondientes a los Cónyuges que se adhieran al seguro serán, determinados en las Condiciones Particulares, en función al capital asegurado del respectivo Asegurado Titular.

Los capitales asegurados serán reajustados cada vez que aumenten o disminuyan los importes correspondientes a los Asegurados Titulares, manteniéndose siempre la relación establecida inicialmente.

Los incrementos de capital que se produzcan, sufrirán las mismas carencias que rijan para los Asegurados Titulares correspondientes, con primas pagas y sin cobertura. Es decir que regirán a partir de lo estipulado en el artículo 9 de las Condiciones Generales.

Los incrementos de capital que se produzcan dentro del plazo de carencia, no interrumpirán el mismo, pero quedarán convalidados a su finalización.

Dicho plazo de carencia se interrumpirá en caso de accidente.

Artículo 6: Reajuste de primas
A los efectos del ajuste de prima determinada por el artículo 10 de las Condiciones Generales de la póliza, se computará como un solo grupo la totalidad de los Asegurados Titulares y Cónyuges comprendidos en esta póliza.

Artículo 7: 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 15 - Finalización de la Cobertura Individual - de las Condiciones Generales de la cobertura básica o en los siguientes casos:

a) Por dejar de estar el Asegurado Titular al Servicio del Contratante;
b) En caso que La Caja le otorgue al Asegurado Cónyuge el beneficio de incapacidad total y permanente, cuando dicha cobertura estuviera contemplada por la presente póliza;
c) Cuando el Asegurado Titular cumpla los 65 años de edad;
d) Cuando el Asegurado Cónyuge cumpla los 65 años de edad;
e) Por renuncia del Asegurado Cónyuge a continuar en el seguro;

f) Cuando sobrevenga cualquier causal en cuya virtud el vínculo matrimonial resulte afectado (nulidad, divorcio, separación de hecho por decisión unilateral o conjunta);

g) A partir de la fecha en que La Caja abone el adelanto correspondiente a la Cláusula Adicional de Enfernedades Graves, en caso de haber sido contratada dicha Cláusula, quedará amparado única y exclusivamente por la cobertura básica de Fallecimiento quedando sin efecto cualquier otra cobertura adicional.

Los casos previstos en los incisos a), e) y f) deberán ser comunicados por el Contratante en los formularios que se proveen al efecto, dentro de los treinta (30) días corridos desde la fecha en la cual se produjeron dichos eventos.

En los casos de los incisos a), c), d) y e), el seguro quedará rescindido a la hora 24 del último día del mes en que ocurra el evento descripto.

Se presumirá que el Cónyuge del Asegurado Titular ha renunciado a continuar con el seguro, sin admitirse prueba en contrario, cuando no se ingrese a La Caja el importe correspondiente a la prima de este seguro en la forma y plazo previstos.

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 8: Designación y cambio de Beneficiarios

Cada Asegurado Cónyuge designará en su Solicitud Individual, en oportunidad de incorporarse al seguro, el o los beneficiarios del mismo. Designadas varias personas sin indicación de cuota parte, se entiende que el beneficio se liquidará por partes iguales conforme a las disposiciones de la Ley de Seguros Nø 17.418. Si alguno de los beneficiarios falleciera antes o al mismo tiempo que el Asegurado Cónyuge, su asignación se repartirá entre los demás beneficiarios, si los hubiere, en la proporción de sus propias asignaciones.

La designación de beneficiario es válida aunque se notifique a La Caja después del evento previsto, pero con anterioridad al pago del siniestro. Por lo tanto, con el pago efectuado a los beneficiarios registrados al momento de cancelarse el mismo, La Caja queda liberada de toda obligación.

La Caja quedará liberada si actuando diligentemente hubiere pagado las indemnizaciones correspondientes a los beneficiarios designados con la anterioridad a la recepción de cualquier notificación que modificara la designación.

Artículo 9: Denuncia de otros seguros

Los Asegurados que estuvieran comprendidos en otros seguros colectivos contratados con La Caja u otras compañías aseguradoras, deberán comunicarlo en forma expresa a la misma.

En el primer supuesto, si tales condiciones no fueran declaradas, La Caja podrá solamente considerar válido al seguro de vida vigente de mayor capi-

tal y devolverá las primas cobradas de cualquier otro por el período de superposición.

Artículo 10: Interpretación de la cláusula
Esta cláusula queda sometida a las condiciones y estipulaciones de la póliza en cuanto sean compatibles las presentes condiciones.

Cláusula 813

CLASULA ADICIONAL DE TRASPLANTES

Exclusiones Específicas

Además de las exclusiones del Artículo 18 de las Condiciones Generales y de las previstas en el Artículo 3 de esta cláusula adicional, no se cubren los trasplantes que fueren necesarios como consecuencia directa o indirecta de:

1. Enfermedades preexistentes o secuelas de dichas enfermedades, entendiéndose como tales a aquellas contraídas por el Asegurado con anterioridad a su incorporación a la cobertura reglada por esta cláusula adicional.
2. Enfermedades producidas como consecuencia de intento de suicidio voluntario del asegurado, daño corporal o enfermedad autoinfligida.
3. Síndromes depresivos activos y cuadros neuróticos; en ambos casos cuando fueran posibles de franca remisión con un tratamiento específico.
4. Cáncer de mamas, ovarios; uterino cervical in situ y melanomas múltiples.
5. Cáncer de piel, salvo melanoma maligno.
6. Consumo de medicamentos no autorizados por el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación.
7. Abuso de alcohol, narcóticos o drogas no prescriptas por un profesional.
8. Padecimientos congénitos.
9. Exposición prolongada del Asegurado a sustancias químicas, asbestos, fibras y otras partículas, material nuclear, contaminación y otros cuerpos extraños que podrían aumentar el potencial para adquirir una enfermedad grave que requiera para su tratamiento el trasplante de órgano.

CLASULA ADICIONAL DE TRASPLANTES

Artículo 1: Personas Asegurables

Quedan cubiertos por la presente cláusula Adicional los Asegurados Titulares de la Póliza a la cual se incorpora esta cláusula.

También son asegurables las personas que compongan el Grupo Familiar del Asegurado Titular definido en las Condiciones Particulares.

Artículo 2: Riesgo Cubierto

La Caja pagará el beneficio previsto por esta cláusula cuando el Asegurado se someta a alguna de las intervenciones quirúrgicas de los trasplantes definidos en el Artículo tres (3), siempre que:

1. Haya sido prescripto como consecuencia de una enfermedad iniciada durante la vigencia de la cobertura individual de la presente Cláusula adicional,
2. Y siempre que el diagnóstico se hubiere efectuado o el tratamiento hubiere comenzado después de transcurrido el plazo de carencia definido en Condiciones Particulares contado desde el comienzo de vigencia de cada cobertura individual de la presente Cláusula adicional.

El beneficio previsto en la presente cláusula se pagará una sola vez durante la vigencia del certificado individual ante la ocurrencia de alguno de los trasplantes definidos en el artículo tercero de estas condiciones. Por lo tanto, si posteriormente se manifestare alguno de los eventos definidos en el artículo tres, sea el que provocó el pago del beneficio o uno distinto, el mismo no generará pago alguno.

Artículo 3: Definición del Riesgo Cubierto

A los fines de esta cláusula se entenderá por Trasplante, a la cirugía de trasplante siempre que se trate de la ablación para la implantación de órganos humanos entre seres humanos o de cadáveres humanos en seres humanos.

Los trasplantes que se podrán cubrir serán:

Trasplante de Médula: Se entenderá por tal al trasplante homólogo ante un cáncer que requiere el trasplante de médula como alternativa válida de sobrevida. No se dará cobertura para trasplantes realizados como esquema terapéutico de rescate de tumores sólidos de cualquier origen.

Trasplante de Hígado: Trasplante de órgano a pacientes con insuficiencias crónicas terminales no cancerosas o atresia de vías biliares congénita o adquirida. No se aplicará a pacientes portadores de tumores de cualquier índole.

Trasplante de Corazón: Trasplante de órgano para el Asegurado con insuficiencia cardíaca irreversible y compromiso de vida severo, para quien no exista posibilidad de tratamiento alternativo.

Trasplante de Pulmón: Trasplante de órgano para el Asegurado con insuficiencia pulmonar irreversible y compromiso de vida severo, para quien no exista posibilidad de tratamiento alternativo.

Trasplante de Pulmón-Corazón: Trasplante de órgano para el Asegurado con insuficiencia cardiorespiratoria y compromiso de vida severo, para quien no exista posibilidad de tratamiento alternativo.

Trasplante de Páncreas: Trasplante de órgano para el Asegurado con insuficiencia de la glándula pancreática, tanto en su función endócrina como exócrina. Dicha insuficiencia debe ser de carácter irreversible.

Trasplante Renal: Trasplante de riñón proveniente de dador vivo o cadavérico, al Asegurado con insuficiencia renal crónica, no portador de tumores en general y que se encuentre en tratamiento de hemodiálisis o diálisis peritoneal.

Trasplante de Córnea: Trasplante de una córnea para el Asegurado con lesiones traumáticas o degenerativas, sin otra alternativa terapéutica para mantener o recuperar la visión.

En todos los casos el trasplante deberá estar autorizado por el Instituto Nacional Unico Coordinador de Ablación e Implante o el Organismo que lo sustituyera, con sujeción a la normas vigentes.

La incorporación del Asegurado a la presente cláusula será nula si, a la fecha de tal incorporación, el Asegurado se encontrare en algún tipo de Institución de Salud, con indicación médica de trasplante, en tratamiento oncológico de cualquier naturaleza o en hemodiálisis crónica en cualquiera de sus formas; en lista de espera para trasplantes en el I.N.C.U.C.A.I., toda vez que la invalidez no afecta al beneficio sino a la incorporación a la cobertura reglada por esta Cláusula Adicional.

Artículo 4: Beneficio

El beneficio previsto por esta cláusula adicional consiste en un pago único del Capital Asegurado. Dicho capital se establece en Condiciones Particulares con respecto a cada uno de los trasplantes cuya cobertura fuere contratada.

La Caja indemnizará la realización de uno solo de los trasplantes cubiertos bajo esta cláusula, agotándose con dicho pago la obligación a cargo de la misma.

A los efectos de esta cláusula solamente se considerará cubierto aquel o aquellos trasplantes definidos en el artículo tres (3) con respecto a los cuales se establezca un capital asegurado, de conformidad con lo previsto en el párrafo primero de este artículo.

Artículo 5: Denuncia del Siniestro

El Asegurado o sus representantes, o el Contratante deberán presentar a La Caja, en el plazo de treinta (30) días contados desde la intervención quirúrgica, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia: :

1. El formulario de denuncia de siniestro para Trasplante de órganos y el informe del médico debidamente cumplimentado por el facultativo que asiste o hubiera asistido al Asegurado.
2. Diagnóstico preciso con fechas de consulta (primera y subsiguientes) y características del tratamiento, informes de otros profesionales o centros asistenciales que hayan asistido al reclamante.
3. En el caso de tratarse de un integrante del Grupo Familiar cubier-

to, se deberá presentar la documentación que acredite el vínculo correspondiente con el Asegurado Titular.

Artículo 6: Comprobación del Siniestro

La Caja podrá efectuar todas las verificaciones que estime necesarias para acreditar la ocurrencia del siniestro. A este efecto el Asegurado se obliga a:

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

2. Autorizar expresamente a su médico asistente y a las entidades de prestación de servicios de asistencia médico - hospitalaria involucradas en su atención, a proporcionar toda la información que el médico asesor de La Caja solicite a los efectos de este contrato. La Caja se obliga a mantener la confidencialidad de la información recibida.

Artículo 7: Peritaje

En el caso de existir discrepancia con el Asegurado con respecto a la existencia o inexistencia de siniestro cubierto por esta cláusula, los estudios deberán efectuarse por dos peritos médicos, designados uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los ocho (8) días contados desde su designación a un tercer facultativo para el caso de divergencia.

Los peritos médicos designados por las partes deberán presentar su informe dentro de los treinta (30) días contados desde su designación y en caso de divergencia el tercer facultativo deberá expedirse dentro del plazo de quince (15) días contados desde que los peritos de las partes hubieran presentado su informe.

Si una de las partes omitiera designar médico dentro del octavo día desde que hubiera sido requerido por la otra 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.

Cada parte pagará los honorarios de su propio perito y la mitad de los honorarios del tercero.

Artículo 8: Exclusiones Específicas

Además de las exclusiones del Artículo 18 de las Condiciones Generales y de las previstas en el Artículo 3 de esta cláusula adicional, no se cubren los trasplantes que fueren necesarios como consecuencia directa o indi-

recta de:

1. Enfermedades preexistentes o secuelas de dichas enfermedades, entendiéndose como tales a aquellas contraídas por el Asegurado con anterioridad a su incorporación a la cobertura reglada por esta cláusula adicional.
2. Enfermedades producidas como consecuencia de intento de suicidio voluntario del asegurado, daño corporal o enfermedad autoinfligida.
3. Síndromes depresivos activos y cuadros neuróticos; en ambos casos cuando fueran posibles de franca remisión con un tratamiento específico.
4. Cáncer de mamas, ovarios; uterino cervical in situ y melanomas múltiples.
5. Cáncer de piel, salvo melanoma maligno.
6. Consumo de medicamentos no autorizados por el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación.
7. Abuso de alcohol, narcóticos o drogas no prescriptas por un profesional.
8. Padecimientos congénitos.
9. Exposición prolongada del Asegurado a sustancias químicas, asbestos, fibras y otras partículas, material nuclear, contaminación y otros cuerpos extraños que podrían aumentar el potencial para adquirir una enfermedad grave que requiera para su tratamiento el trasplante de órgano.

Artículo 9: Finalización de la cobertura

La cobertura del riesgo que esta cláusula otorga terminará, tanto para el Asegurado Titular como así también para el grupo Familiar cubierto, en la fecha que se verifique alguno de los eventos previstos en el artículo 15 de las Condiciones Generales o en la fecha en la cual se produjera alguno de los siguientes hechos:

1. Se extinguiese por cualquier causa el Seguro de Vida Colectivo, al cuál esta cláusula se encuentra incorporada.
2. Cuando el Asegurado Titular cumpla los 65 años de edad.
3. Por rescisión de esta cobertura adicional a pedido del Contratante o por decisión de La Caja. La rescisión deberá sujetarse al procedimiento previsto en el artículo 14 de las Condiciones Generales que regla el seguro, al cuál esta cláusula se encuentra incorporada.
4. Se extinguiere por cualquier causa el certificado individual del Asegurado Titular.
5. Se indemnizare al Asegurado con el pago del capital asegurado de alguno de los transplantes cubiertos por esta cláusula adicional.
6. El asegurado adquiriere derecho a ser indemnizado por Incapacidad Total y Permanente en el caso de que el seguro cubriere este riesgo.

Condiciones de rescisión del certificado individual aplicables específicamente al Cónyuge cubierto del Asegurado Titular.

1. Cuando por cualquier causa quedare disuelto el vínculo matrimonial

o se produjere su separación personal judicialmente decretada, o se produjere su separación de hecho.
2. Cuando se suprimiere por Condiciones Particulares la inclusión de esta cobertura para los cónyuges.
3. Cuando el cónyuge cumpla los 65 años de edad.

Condiciones de rescisión del certificado individual aplicables específicamente a los hijos cubiertos del Asegurado Titular.

1. Cuando el hijo cumpla la edad de veintiún (21) años o se emancipare por matrimonio.
2. Cuando se suprimiere por Condiciones Particulares la inclusión de esta cobertura para los hijos.

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 10: Interpretación de la cláusula

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

CLAUSULA ADICIONAL DE INCAPACIDAD FISICA TOTAL PERMANENTE E IRREVERSIBLE

Artículo 1 - 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 3 - 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 éstas supere el SESENTA Y SEIS POR CIENTO (66 %) de la capacidad física del Asegurado. 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 corres-

pondientes 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 4 - Beneficio

Una vez comprobada la incapacidad física, total permanente e irreversible conforme a lo establecido en los Artículos 1, 2 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 5 - 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 6 - 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 7 - 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 8 - 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 9 - 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 10 - 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 9°, salvo que se acredite caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia y mientras se mantengan estas circunstancias.

Artículo 11 - Plazo de Pago

El Asegurador, dentro de los quince (15) días de recibida la denuncia y las constancias médicas 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 quince (15) días previsto en el párrafo anterior.

Si las comprobaciones a que se refiere el Artículo 9, no fueran conclu-

yentes, 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 12 - 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 13 - 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 14 - 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.

CLÁUSULA DE INDEMNIZACIONES POR MUERTE Y POR PÉRDIDAS ANATÓMICAS Y/O FUNCIONALES TAXATIVA CAUSADAS POR ACCIDENTE AL ASEGURADO

Exclusiones Específicas

Quedan excluidas de esta cobertura: las consecuencias de enfermedades, infecciones, actos de guerra, shock anafiláctico, medicamentoso o quirúrgico, congelamientos, paracaidismo, insolación, actos intencionales o causados por culpa grave del asegurado y los riesgos expresamente exceptuados en la póliza y en las leyes aplicables al seguro.

No serán indemnizables los accidentes que se produzcan como consecuencia de participación en calidad de conductor o acompañante en carrera de automóviles o de cualquier vehículo motorizado o mecánico así como los determinados por intervención en competencias aéreas y viajes submarinos.

CLÁUSULA DE INDEMNIZACIONES POR MUERTE Y POR PÉRDIDAS ANATÓMICAS Y/O FUNCIONALES TAXATIVA CAUSADAS POR ACCIDENTE AL ASEGURADO

Artículo 1 - Riesgo Cubierto

La Caja abonará el capital asegurado en caso de que el asegurado fallezca o sufra las pérdidas anatómicas y/o funcionales indicadas taxativamente en el artículo 3°, siempre que ambos eventos se produzcan a consecuencia de un accidente cubierto y durante la vigencia de esta cláusula.

Se define al accidente como toda lesión corporal que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta sufrida por el asegurado independientemente de su voluntad, por la acción repentina y violenta de o con un agente externo.

Artículo 2 - Beneficio por Fallecimiento

La Caja, comprobado el accidente y sus consecuencias, abonará a los beneficiarios designados o a los herederos del asegurado el CIENTO POR CIENTO (100%) del capital por el que se encontraba cubierto el asegurado fallecido.

Artículo 3 - Beneficio por Pérdidas Anatómicas y/o Funcionales

Si el asegurado sufriera un accidente que le ocasionara alguna de las pérdidas anatómicas y/o funcionales que taxativamente se indican a continuación, La Caja abonará al asegurado una indemnización adicional equivalente al porcentaje del capital asegurado que en cada caso se detalla:

Amputación del brazo o de la mano derecha	60%
Amputación del brazo o de la mano izquierda	50%
Amputación de una pierna o de un pie	50%
Pérdida de un globo ocular o pérdida total de la visión de un ojo	40%

Pérdida funcional total del hombro, o del codo o de la muñeca	20%
Pérdida funcional total de la cadera o de la rodilla o del tobillo	20%
Amputación del dedo pulgar de una mano	18%
Amputación del dedo índice de una mano	10%
Amputación del dedo medio de una mano	9%
Amputación del dedo anular o el meñique de una mano	8%
Amputación del dedo gordo de un pie	8%
Amputación de otro dedo del pie	4%

Cuando se trate de un asegurado zurdo se invertirán los porcentajes de indemnización fijados por las pérdidas de los miembros superiores.

Para que resulte aplicable la previsión del párrafo precedente, el Asegurado deberá informar a La Caja si es zurdo o no al momento de completar la Solicitud Individual de Incorporación al seguro.

También será indemnizable la pérdida de las falanges de los dedos de las manos, siempre que se haya producido por amputación total de cada una. En esos casos, si se trata de falanges del dedo pulgar la indemnización por pérdida de cada una será igual a la mitad de la que corresponde por amputación del dedo entero; mientras que la indemnización por pérdida de cada falange de los demás dedos será igual a la tercera parte de la que se fija por amputación del dedo respectivo.

Artículo 4 - Carácter de los Beneficios
Los beneficios precitados son adicionales e independientes de los demás beneficios previstos en la póliza y, en consecuencia, La Caja no hará, por tal concepto, deducción alguna del capital asegurado al pagarse por cualquiera de ellos, sea por fallecimiento o por las pérdidas anatómicas y/o funcionales del asegurado.

Para tener derecho a las indemnizaciones adicionales por accidente, tanto la referida a pérdidas anatómicas y/o funcionales, como por muerte accidental, son condiciones indispensables, que la pérdida anatómica y/o funcional o la muerte se produzcan dentro de los CIENTO OCHENTA (180) días de ocurrido el accidente y como consecuencia directa del mismo.

Si en uno o en varios accidentes un mismo asegurado sufriera varias de las pérdidas taxativamente enumeradas, la cantidad total a abonarse por este concepto no podrá exceder el CIEN POR CIEN (100%) de la indemnización adicional establecida.

Artículo 5 - Exclusiones
Quedan excluidos de esta cobertura: las consecuencias de enfermedades, infecciones, actos de guerra, shock anafiláctico, medicamentoso o quirúrgico, congelamientos, paracaidismo, insolación, actos intencionales o causados por culpa grave del asegurado y los riesgos expresamente exceptuados en la póliza y en las leyes aplicables al seguro.
No serán indemnizables los accidentes que se produzcan como consecuencia de participación en calidad de conductor o acompañante en carrera de automóviles o de cualquier vehículo motorizado o mecánico así como los determinados por intervención en competencias aéreas y viajes submarinos.

Artículo 6 - Agravación del Riesgo

Si dentro de los CIENTO OCHENTA (180) días de ocurrido el accidente origen se produjera la agravación de la pérdida, como consecuencia directa del mismo La Caja liquidará la diferencia que corresponda hasta el máximo de la respectiva indemnización adicional.

Asimismo, si dentro de los CIENTO OCHENTA (180) días de ocurrido el accidente origen y como consecuencia directa del mismo, se produjera la muerte del asegurado, La Caja liquidará el CIENTO POR CIENTO (100%) del capital asegurado o la diferencia hasta completar ese importe si antes se hubiera pagado alguna indemnización de las previstas por esta cláusula.

Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas, sea a raíz de una enfermedad independiente de él, sea por un estado constitucional anormal, sea con motivo de un defecto físico de cualquier naturaleza y origen, la indemnización que corresponda se liquidará de acuerdo con los efectos que el mismo accidente hubiera presumiblemente producido sin la mencionada concausa, salvo que ésta fuera consecuencia de un accidente cubierto por éste seguro.

Artículo 7 - Comprobación del Accidente
Corresponde al asegurado, beneficiario o al Contratante:

a. Denunciar el accidente dentro de los quince (15) días de la fecha en que haya ocurrido, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia, so pena de perder todo derecho a indemnización.
b. Suministrar pruebas sobre la fecha y la causa del accidente, como acerca de la manera y el lugar en que se produjo.
c. Facilitar cualquier comprobación o aclaración.
d. Adoptar todas las medidas posibles conducentes a disminuir las consecuencias del accidente.
e. En caso de fallecimiento, presentar la documentación pertinente y todas las pruebas relacionadas con el fallecimiento del asegurado y la comprobación del derecho de los reclamantes. Recibida la documentación, La Caja pondrá, si correspondiere, el importe de la indemnización a disposición de los beneficiarios designados o a los herederos del asegurado, dentro del plazo estipulado en el artículo 49°), segundo párrafo de Ley N° 17.418.

Artículo 8 - Comprobación de la Pérdida Anatómica y/o Funcional
Corresponde al asegurado o a su representante:

a. Denunciar la existencia de la Pérdida Anatómica y/o Funcional.
b. Presentar las constancias médicas y/o testimoniales de su comienzo y causas.
c. Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta dos exámenes médicos por facultativos designados por La Caja y con gastos a cargo de ésta.

Artículo 9 - Plazo de Prueba
La Caja, dentro de los quince (15) días de recibida la denuncia o la información complementaria solicitada oportunamente, deberá hacer saber al asegurado la aceptación, postergación o rechazo del siniestro.

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

Artículo 10 - 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, 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 fuere electo en el plazo estipulado en el primer párrafo, la parte más diligente, previa intimación a la otra, procederá a su designación.

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 11 - Finalización de la Cobertura
La cobertura del riesgo cubierto por esta cláusula adicional 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 a partir del último día del mes en que el asegurado exceda la edad establecida en las Condiciones Particulares de la póliza como edad límite para esta cobertura adicional.

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.

CLAUSULA ADICIONAL DE INDEMNIZACION DIARIA POR INTERNACION POR ACCIDENTE

Exclusiones Específicas

Quedan excluidas de esta cobertura las internaciones que sean consecuencia de:

a) Participación como conductor o integrantes de equipo en competencias de pericia o velocidad, vehículos mecánicos o de tracción a sangre, o en justas hípicas.
b) Intervención en la prueba de prototipos de aviones, automóviles u otros vehículos de propulsión mecánica.
c) Intervención en ascensiones aéreas, práctica o utilización de la aviación, salvo como pasajero en servicios de transporte aéreo regular.
d) Participación en viajes o prácticas deportivas submarinas o subacuáticas, o escalamiento de montañas, o práctica de deportes de alto riesgo, por ejemplo paracaidismo, aladeltismo, etc.
e) Actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo o tumulto popular, cuando el asegurado hubiera participado como elemento activo.
f) Abuso de alcohol, drogas o narcóticos.
g) Actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por ninguna necesidad profesional, salvo en caso de tentativa de salvamento de vidas o bienes.
h) Participación en duelo riña, salvo que se tratase de legítima defensa.

CLAUSULA ADICIONAL DE INDEMNIZACION DIARIA POR INTERNACION POR ACCIDENTE

Artículo 1: Riesgo Cubierto

La Caja concederá el beneficio que acuerda ésta Cláusula cuando el Asegurado, por indicación de un médico, sea sometido a internación en un establecimiento asistencial a consecuencia de un accidente.

Se entenderá por accidente todo acontecimiento producido por causas externas, circunstancias súbitas, violentas y fortuitas, ajenas a toda otra causa independiente de la voluntad del asegurado, descartándose por lo tanto las enfermedades y también las infecciones.

Tampoco se considerarán accidentes, a los efectos de esta cláusula, a:

a) Las enfermedades producidas por afecciones cardiovasculares provocadas, desencadenadas o agravadas por esfuerzos físicos de cualquier índole y así como tampoco las enfermedades profesionales.
b) El Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) en cualquiera de sus manifestaciones, derivaciones o consecuencias directas o indirectas.
c) Accidentes provocados dolosamente o con culpa grave del Asegurado.
d) Tentativa de suicidio o mutilación voluntaria, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental.

A los efectos de la presente cobertura se entenderá por:

. Médico: al profesional legalmente calificado y autorizado para ejercer

la medicina en el lugar donde practica.

. Establecimiento Asistencial: al establecimiento público o privado legalmente autorizado para el tratamiento médico de enfermedades o lesiones corporales, provisto con facilidades para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas. Dicho establecimiento deberá estar atendido por un Médico durante las 24 horas del día y los tratamientos que se ofrezcan en él deberán ser realizados por personal médico calificado y en donde sólo deberán admitirse personas enfermas o lesionadas.
. Internación: a la registración de una persona en un establecimiento asistencial, permaneciendo en el mismo durante 24 horas, como mínimo, en calidad de paciente.
. Período de internación: al período comprendido entre las fechas de entrada y de salida del establecimiento asistencial. Si dentro de los noventa (90) días contados a partir de la fecha de la última salida del establecimiento asistencial, llegaran a producirse una o más internaciones sucesivas, originadas por las mismas causas, éstas se considerarán como una sola internación a todos los efectos de esta cláusula.

Artículo 2: Beneficio
La Caja, una vez comprobada la ocurrencia del hecho cubierto, acordará una renta diaria equivalente al importe especificado en las Condiciones Particulares.
Este beneficio tendrá efecto a partir del día de internación que corresponda de acuerdo al período de espera especificado en las Condiciones Particulares y se extenderá hasta que se verifique el primero de los siguientes eventos:
I. Que el Asegurado obtenga el alta médica.
II. Que el Asegurado cumpla los días de internación máximos.
III. Que el Asegurado fallezca.
Se entenderá por período de espera los días que deberá permanecer internado para acceder al beneficio que se percibirá sólo por los días que excedan dicho período.

Artículo 3: Carácter del Beneficio
El beneficio previsto en esta cláusula es adicional e independiente de los otros beneficios previstos en la póliza y, en consecuencia, La Caja no hará deducción alguna en concepto de rentas de internación pagadas, de la indemnización a pagar por la cobertura principal.

Artículo 4: Exclusiones Especiales
Quedan excluidas de esta cobertura las internaciones que sean consecuencia de:
a) Participación como conductor o integrantes de equipo en competencias de pericia o velocidad, vehículos mecánicos o de tracción a sangre, o en justas hípicas.
b) Intervención en la prueba de prototipos de aviones, automóviles u otros vehículos de propulsión mecánica.
c) Intervención en ascensiones aéreas, práctica o utilización de la aviación, salvo como pasajero en servicios de transporte aéreo regular.
d) Participación en viajes o prácticas deportivas submarinas o subacuáticas, o escalamiento de montañas, o práctica de deportes de alto riesgo, por ejemplo paracaidismo, aladeltismo, etc.
e) Actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo o tumulto popular, cuando el asegurado hubiera participado como elemento activo.

f) Abuso de alcohol, drogas o narcóticos.
g) Actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por ninguna necesidad profesional, salvo en caso de tentativa de salvamento de vidas o bienes.
h) Participación en duelo riña, salvo que se tratase de legítima defensa.

Artículo 5: Agravación del Riesgo
El Contratante deberá comunicar a La Caja, antes de que se produzca, cualquier cambio o desempeño paralelo de profesión, ocupación o actividad que agrave el riesgo asumido por ésta cuando los mismos obedezcan a motivos específicamente previstos en el contrato.

a) Si el cambio de profesión, ocupación o actividad agravare el riesgo -de modo tal que, de existir en el momento de la contratación de esta cobertura, la misma no hubiera sido otorgada- La Caja podrá optar por las siguientes opciones según su naturaleza a saber: Cuando la agravación del riesgo sea provocada por el Tomador, la cobertura quedará suspendida y La Caja, en el término de siete (7) días de recibida la comunicación, deberá notificar su decisión de rescindir.
b) Cuando la agravación del riesgo sea por hecho ajeno al Tomador ó si este debió permitirlo o provocarlo por razones ajenas a su voluntad, La Caja deberá notificar su decisión de rescindir dentro del término de un (1) mes de recibida la comunicación y con un preaviso de siete (7) días.

Si La Caja hubiera otorgado la cobertura por un premio mayor, el mismo se ajustará según el verdadero riesgo asumido.

Artículo 6: Comprobación de la Internación
Corresponde al Asegurado o a su Representante:
a) Denunciar a La Caja, dentro de los quince (15) días contados a partir del último día de espera establecido en las Condiciones Particulares, la existencia de la internación del Asegurado en el establecimiento asistencial
b) Presentar las constancias médicas y/o testimoniales de su comienzo, causas; lugar y fecha de internación y certificado médico del facultativo asistente, indicando la cantidad de días que el Asegurado deberá permanecer internado.
c) Facilitar cualquier comprobación o aclaración, incluso hasta dos (2) exámenes médicos por facultativos designados por La Caja y con gastos a cargo de ésta.

Artículo 7: Plazo de Prueba
La Caja, dentro de los quince (15) días de recibidas la denuncia y las constancias satisfactorias a que se refiere el artículo anterior, deberá hacer saber al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. Si las comprobaciones a que se refiere el Artículo 6 no resultaran concluyentes en cuanto al carácter de la internación, La Caja podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor de dos (2) meses, a fin de confirmar el diagnóstico.
La no contestación, por parte de La Caja dentro del plazo establecido, significará automáticamente el reconocimiento del derecho al beneficio reclamado.

Artículo 8: Valuación por Peritos
Si no hubiera acuerdo entra las partes sobre la apreciación del hecho generador del beneficio, el mismo será analizado por dos peritos 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 fuere electo en el plazo estipulado en el primer párrafo, la parte más diligente, previa intimación a la otra, procederá a su designación.
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 9: 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 10: Interpretación de la Cláusula
Esta cobertura adicional queda sometida a las condiciones y estipulaciones de la Póliza en cuanto no sean modificadas o derogadas expresamente por las presentes condiciones.

Cláusula 881

OPCION MAYORES
CONDICIONES GENERALES ESPECIFICAS

El Asegurado activo que tenga una antiguedad mínima de un (1) año como asegurado en el grupo podrá optar por continuar en el seguro si lo solicita con treinta (30) días de antelación, como mínimo, a la fecha en que cumpla los sesenta y cinco (65) años de edad y bajo las siguientes condiciones:

a) El riesgo cubierto será el de muerte únicamente;
b) A partir del primer día del mes siguiente a aquel en que el Asegurado cumpla sesenta y cinco (65) años de edad el capital asegurado quedará automáticamente definido de acuerdo con lo establecido en las Condiciones Particulares, y no podrá ser mayor al valor que se defina en las mismas para esta opción de la póliza;
c) La prima se abonará a través del Tomador en forma mensual adelantada;
d) Si el certificado individual fuere rescindido no podrá ser rehabilitado en ningún caso;
e) Todo lo que no tenga una regulación especial para la presente opción se regirá por las Condiciones Generales de póliza.

ANEXO G

TRASPASO DE POLIZA

La Caja concede el beneficio de otorgar la cobertura establecida en esta póliza, a todas las personas que al inicio de vigencia poseían cobertura en la póliza anterior de Vida Colectivo y se encuentran aseguradas en la presente.
Se tendrá por válida la última designación de beneficiarios realizada por el asegurado en la póliza anterior de Vida Colectivo hasta el momento en que efectúe una nueva designación. En caso de que no existiera designación de beneficiarios, se entiende que el asegurado ha designado a los herederos, de acuerdo al art.145 de la ley 17.418.

ANEXO H

GRUPO FAMILIAR ASEGURABLE PARA LA CLAUSULA ADICIONAL
DE TRASPLANTE DE ORGANOS

A los efectos previstos en la presente Póliza, los familiares del Asegurado titular, mientras éste permanezca incorporado a la póliza, que a continuación se indican, compondrán el "Grupo Familiar Asegurable":

a) Los cónyuges:
A partir del día de la celebración del matrimonio, con las limitaciones de edad indicadas para Asegurado Titular.-.

b) Los hijos:
Entendiéndose encuadrado dentro del concepto "hijo" al habido intra o extramatrimonial, al adoptado en forma legal, al hijastro o al menor entregado en guarda o tenencia concedida por el Servicio Nacional de la Minoridad o por resolución judicial. Los hijos así definidos, adquirirán calidad de asegurados a partir de que: (i) el hijo nazca con vida; (ii) quede firme la sentencia de adopción; (iii) se concrete efectivamente la guarda o tenencia en virtud de una decisión del Servicio Nacional de la Minoridad o resolución judicial. En todos los casos será hasta alcanzar los Veintiún (21) años, no estableciéndose límite máximo de edad para el aseguramiento de hijos incapacitados que se encuentren legalmente a cargo del Asegurado titular.

Queda entendido y convenido que cuando dos o más Asegurados titulares pueden incorporar como integrantes del Grupo Familiar a la o las mismas personas, dicha inclusión deberá ser efectuada únicamente por el Asegurado titular de parentesco más próximo. En caso de tener el mismo grado de parentesco, lo incorporará el Asegurado titular con mayor remuneración.

ANEXO J

* Definición de sueldo

Entiéndase por "sueldo mensual" la remuneración fija en dinero, percibida por el asegurado en forma regular y habitual, sujeta a descuentos jubilatorios. En consecuencia, no se considerará "sueldo" los importes percibidos por horas extras, aguinaldos, gratificaciones, participaciones en las utilidades, adicionales por residir fuera del país o domicilio habitual (traslado y desarraigo), asignaciones familiares, asignaciones pagadas en concepto de beca o por devolución de gastos efectuados por cuenta del empleador, incluidos gastos presuntos y en general, cualquier otra forma de remuneración que se constituya en elemento variable de la misma.

ANEXO S

Queda especialmente convenido que las primas de este seguro son pagaderas a mes vencido, a contar desde la fecha de celebración del presente contrato. Para quienes se incorporen al seguro con posterioridad a la fecha de vigencia de esta póliza, se abonarán a mes vencido las primas correspondientes al mes de su respectiva incorporación

ANEXO U

Condición Particular

CLAUSULA DE ASIMILACION A CONYUGE

A los efectos de su incorporación a la cobertura conforme las condiciones que rigen para el seguro de los cónyuges de los Asegurados Titulares de la presente póliza, revisten carácter de asegurables, los convivientes de los Asegurados Titulares que soliciten su incorporación al presente seguro, mediante el formulario de "Solicitud Individual" que se provee a tal efecto. Todo aquello no regulado específicamente por la presente cláusula, se rige por las condiciones aplicables al seguro de cónyuges.

Se entenderá por conviviente a la persona que se encuentre comprendida en alguna de las siguientes situaciones:
a) Persona conviviente con el Asegurado Titular sin vínculo matrimonial, en tanto y en cuanto el Asegurado haya manifestado -ante el Tomador o ante su respectiva obra social- su situación de convivencia con dicha persona, con anterioridad a la solicitud de incorporación al seguro; y cuya convivencia tenga una antiguedad mínima de cinco años. El plazo máximo de convivencia se reducirá a dos años cuando hubiera descendencia común, reconocida por ambos convivientes.
b) Persona cuya convivencia con el Asegurado Titular durante los lapsos exigidos en el punto a), conste en información sumaria judicial, o en instrumento público que lo reconozca expresamente, anterior a la solicitud de incorporación al seguro.
c) Persona conviviente con el Asegurado Titular durante los lapsos exigidos en el punto a), con vínculo matrimonial contraído en el extranjero y no reconocido como válido por la legislación argentina, con o sin hijos, que acredite el vínculo contraído con documentación fehaciente.
d) Persona unida civilmente con el Asegurado Titular en los términos de la Ley nro. 1004 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
En caso de que el conviviente no reúna alguno de los requisitos mencionados, La Caja se reservará el derecho de solicitar las pruebas que considere necesarias, a los efectos de definir su asegurabilidad en carácter de tal.

La cobertura permanecerá vigente en tanto perdure la convivencia, y se extinguirá automáticamente cuando cese la misma cualquiera fuere la causa de la interrupción. En este caso, si el hecho no se comunica oportunamente al asegurador, éste sólo estará obligado a reintegrar las primas abonadas indebidamente por falta de comunicación oportuna de la interrupción de la convivencia.

En caso de finalización por cualquier causa de la cobertura del cónyuge o del conviviente, y siempre que en la póliza estén taxativamente previstos como asegurables, finalizará también la cobertura de los familiares directos en el primer grado de la línea ascendente del cónyuge o conviviente.

Se deja expresa constancia que sólo podrá asegurarse un conviviente a la vez, y que ésta cobertura es excluyente de la del cónyuge, y viceversa.

ANEXO 1010
RESOLUCIÓN 202/2015 - UNIDAD DE INFORMACIÓN FINANCIERA

1. De acuerdo a lo establecido en la ley 25.246 y en la Resolución 202/2015 de la Unidad de Información Financiera (UIF), a continuación se hace saber al asegurado los requisitos de información que podrán ser requeridos al momento de cualquier pago que deba realizarse en virtud de la póliza y/o de cualquier cesión de derechos o cambio de beneficiario y/o anulación.

2. Información a Requerir para la identificación de Clientes

A) Pago de siniestros y/o indemnizaciones:
Al momento de abonar la indemnización o suma asegurada relativa a un siniestro , cuando quien percibe el beneficio es una persona distinta del Asegurado o Tomador del Seguro, la Aseguradora requerirá:
- Nombre y Apellido o Razón Social.
- Fecha y lugar de nacimiento; nacionalidad, sexo (personas físicas)
- Fecha y número de inscripción registral, fecha del contrato o escritura de constitución (personas jurídicas)
- Número y tipo de documento de identidad que deberá exhibir en original. Se aceptan como documentos validos para acreditar la identidad, el Documento Nacional de Identidad, Libreta Civica, Libreta de Enrolamiento, Cédula de Identidad otorgada por autoridad competente de los respectivos países limítrofes o Pasaporte.
- CUIL (clave única de identificación laboral), C.U.I.T. (clave única de identificación tributaria) o CDI (clave de identificación).
-Domicilio real, laboral o comercial, o domicilio de la sede social principal, número de teléfono, y dirección de correo electrónico y actividad principal realizada. Datos identificatorios del Representante Legal, apoderado y/o autorizado con uso de firma ante la Aseguradora.
-Vinculo con el Asegurado o Tomador del seguro, si lo hubiere.
-Calidad bajo la cual cobra la indemnización. A tales efectos deberá preverse la siguiente clasificación básica:
a) Titular del interés Asegurado.
b) Tercero damnificado.
c) Beneficiario designado o heredero legal.
d) Cesionario de los derechos de la póliza
e) Aquellas que se abonan en cumplimiento de una sentencia judicial condenatoria: nombre y apellido, número de expediente, juzgado en el que tramita, copia certificada de la sentencia y de haberse efectuado, de la liquidación aprobada judicialmente.
f) Otros conceptos que resulten de interés.

B) Cesión de derechos o cambio de beneficiarios designados:
En el momento de notificarse una cesión de derechos derivados de la póliza o un cambio en los beneficiarios designados, la Aseguradora deberá requerir la siguiente información:
- Identificación del cesionario o beneficiario, en los términos previstos en los arts. 14 a 18 de la Res UIF 202/15, según corresponda.
- Causa que origina la cesión de derechos o cambio de beneficiarios.
- Vinculo que une al asegurado o tomador del seguro con el cesionario o beneficiario.

3. Procedimientos especiales de identificación:

En los casos que se enumeran a continuación, la Aseguradora requerirá además de los datos identificatorios indicados en el punto 2., documentación respaldatoria que permita definir el perfil del cliente.

a) Cuando se contraten pólizas cuya prima única, o primas anuales pactadas, excedan en su conjunto la suma de PESOS CIENTO CUARENTA MIL ($140.000) o su equivalente en moneda extranjera, en los últimos 12 meses, para el caso de Personas Físicas o la suma de PESOS DOSCIENTOS SESENTA MIL ($260.000) o su equivalente en moneda extranjera, en los últimos 12 meses, para el caso de Personas Jurídicas.

b) Aportes extraordinarios: Cuando se efectúen aportes extraordinarios que excedan, en su conjunto la suma de PESOS CIENTO CUARENTA MIL ($140.000) o su equivalente en moneda extranjera, en los últimos 12 meses, para el caso de Personas Físicas o la suma de PESOS DOSCIENTOS SESENTA MIL ($260.000) o su equivalente en moneda extranjera, en los últimos 12 meses, para el caso de Personas Jurídicas.

c) Cuando la aseguradora deba abonar al tomador o asegurado, siniestros y/o indemnizaciones en forma extrajudicial, que en su conjunto en los últimos 12 meses sean igual o superior a PESOS CUATROCIENTOS CINCUENTA MIL ($450.000), o su equivalente en moneda extranjera, para el caso de Personas Físicas, y cuando sea igual o superior a PESOS NOVECIENTOS MIL ($900.000), o su equivalente en moneda extranjera, para el caso de Personas Jurídicas.

d) Cuando, como consecuencia de solicitudes de anulación de pólizas que generen movimientos de fondos a favor del asegurado o tomador, la aseguradora deba restituir primas al cliente por un monto igual o superior a PESOS SETENTA MIL ($70.000), o su equivalente en moneda extranjera, en los últimos 12 meses, en caso de Personas Físicas o por un monto igual o superior a PESOS CIENTO TREINTA MIL ($130.000), o su equivalente en moneda extranjera, en los últimos 12 meses, en caso de ser Personas Jurídicas.

Para estos casos, se requerirá adicionalmente:

-Información y documentación relativa a la situación económica, patrimonial, financiera y tributaria (manifestación de bienes, certificación de ingresos, DDJJ de impuestos, estados contables, documentación bancaria, etc., según corresponda).
-DDJJ indicando estado civil y profesión, oficio, industria o actividad principal que realice.
-DDJJ indicando expresamente si reviste la calidad de Persona Expuesta Políticamente, de acuerdo a la Res. UIF 52/2012.

- En el caso de tratarse de personas jurídicas, además de los datos detallados anteriormente:
- Listado de los miembros que integran el órgano de Administración y de socios que ejercen el control de la sociedad.
- Copia del Acta de órgano decisorio designando autoridades,

representantes legales, apoderados y/o autorizados con uso de firma.
- Titularidad del capital social actualizado.
- Datos identificatorios de las autoridades, del representante legal, apoderados y/o autorizados con uso de firma.

- En ambos casos -personas físicas y personas jurídicas-, declaración jurada sobre licitud y origen de los fondos.

CLAUSULA 91

ANEXO S

Queda especialmente convenido que las primas de este seguro son pagaderas a mes vencido , a contar desde la fecha de celebración del presente contrato.

Para quienes se incorporen al seguro con posterioridad a la fecha de vigencia de esta póliza, se abonarán a mes vencido las primas correspondientes al mes de su respectiva incorporación.

CLAUSULA 91

ANEXO A EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

Se deja expresa constancia que, con efecto al 1° de Enero de 2019, no se establece edad límite de ingreso ni de permanencia (titulares y sus cónyuges). Los cónyuges permanecerán asegurados mientras el titular lo esté.

CLAUSULA 91

ANEXO B MODIFICACIÓN CONDICIONES PARTICULARES - OPCION MAYORES

Por medio del presente endoso, con efecto al 1° de Enero de 2019, se reemplaza lo establecido en Condiciones Particulares referente a la "Opción Mayores - Titulares en Actividad" por lo siguiente:

ASEGURADOS MAYORES DE 65 AÑOS (Titular en actividad y su cónyuge)

Capital Asegurado: múltiplo de 30 Sueldos

El premio se fija en 0,80 (ochenta centavos mensuales por cada mil pesos de suma asegurada)

CLAUSULA 91

ANEXO ACLARACIÓN CONDICIONES PARTICULARES

Por medio del presente endoso, con efecto al 1° de Enero de 2019 , se deja expresa constancia que quedan sin efecto el capital mímimo y máximo de póliza establecido en condiciones particulares

CLAUSULA 91

ANEXO - PLAZO DE PRESCRIPCIÓN

Por medio del presente endoso, con efecto al 1° de Enero de 2019 se deja expresa constancia que a los efectos del Artículo 21° de las Condiciones Generales de Póliza y Cláusulas Adicionales, se extiende a 3 (tres) años el plazo de prescripción para las acciones emergentes de la presente póliza.

Las demás condiciones vigentes no se modifican.

CLAUSULA 91

ANEXO "PREMIO TOTAL"

Contrariamente a lo establecido en las Condiciones Particulares de la presente póliza, se deja expresa constancia que el Premio Total es de 0,80 o/oo mensual (ochenta centavos por cada mil pesos de suma asegurada mensual).

CLAUSULA 91

ANEXO - PLAZO DE PRESCRIPCIÓN

Por medio del presente endoso, con efecto al 1° de Enero de 2019 se deja expresa constancia que a los efectos del Artículo 21° de las Condiciones Generales de Póliza y Cláusulas Adicionales, se extiende a 3 (tres) años el plazo de prescripción para las acciones emergentes de la presente póliza.

Las demás condiciones vigentes no se modifican.

CLAUSULA 91

Por medio del presente endoso, con efecto al inicio de vigencia de esta póliza, se deja constancia que el Capital Asegurado es un Múltiplo de 30 Sueldos tomando como base el sueldo correspondiente al código 201.

ANEXO M

MEDIOS HABILITADOS DE PAGO

Se deja constancia que, conforme Resolución 429/2000 y modificatorias del Ministerio de Economía, los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros son los siguientes
a) Entidades especializadas en cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION.
b) Entidades financieras sometidas al régimen de la Ley N 21.526.
c) Tarjetas de crédito, débito o compras emitidas en el marco de la Ley N 25.065
d) Medios electrónicos de cobro habilitados previamente por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION a cada entidad de seguros, los que deberán funcionar en sus domicilios, puntos de venta o cobranza. En este caso, el pago deberá ser realizado mediante alguna de las siguientes formas efectivo en moneda de curso legal, cheque cancelatorio Ley N 25.345 o cheque no a la orden librado por el asegurado o tomador a favor de la entidad aseguradora.
Cuando la percepción de premios se materialice a través del SISTEMA UNICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (SUSS) se considerará cumplida la obligación establecida en el presente artículo.

* * * * *

5330135451301228 00

PREFECTURA NAVAL ARGENTINA
AV E MADERO 235 5º42
C1106ACC CAPITAL FEDERAL
CAPITAL FEDERAL

CAJA DE SEGUROS S.A.(EX CSVSA)
C.U.I.T 30-66320562-1 ING.BRUTOS 901-157582-4
ROBERTO FITZ ROY 957
1414 - CIUDAD AUTONOMA BUENOS AIRES
CAPITAL FEDERAL
TEL. 4857-8469 FAX. 4857-8899

LA CAJA de ahorro y seguro
GENERALI

* Los seguros son emitidos por su empresa controladora CAJA DE SEGUROS S.A

ES COPIA

CONDICIONES PARTICULARES

SECCION	POLIZA N°	CONTROL	ENDOSO N°
VIDA COLECTIVO	5330-1354513-01	3	147

Entre CAJA DE SEGUROS S.A. (en adelante La Caja) y quien se designa con el nombre del Asegurado, se conviene en celebrar el presente contrato de seguro con arreglo a las Condiciones Particulares y Generales de la presente Póliza que se agregan y de conformidad con la solicitud de seguro, la que se declara parte integrante de este contrato.

CONCEPTO	VIGENCIA
ENDOSO	desde las 00 hs. del 01-02-2020 hasta las 00 hs. del 01-01-2021

ASEGURADO Y/O TOMADOR	PREFECTURA NAVAL ARGENTINA
DOMICILIO	AV E MADERO 235 5º42 C1106ACC - CAPITAL FEDERAL CAPITAL FEDERAL

COND. DE IVA	SOLICITUD Nº	Nº DOC./Nº DE CUIT	VENCIMIENTO PAGO CONTADO
EXENTO		CT 30-54669471-9	22-03-2020

OBJETO DEL SEGURO Y RIESGOS ASEGURADOS	SUMA ASEGURADA INICIAL
	$ 242.229.516-

SEGURO DE VIDA COLECTIVO
Actividad del Tomador: Servicios para el orden público y la seguridad
Seguro anual renovable
Carácter de la póliza: CONTRIBUTIVA
Tipo de Facturacion: ANALITICA
Frecuencia de Facturación: Mensual Cantidad de cuotas: 1 Forma de Pago: Según Anexo "M"
Fecha de vencimiento de pago contado: 22-03-2020

CAUSA DEL ENDOSO: ACTUALIZACION SALARIOS POR NOMINA
Plazo de suspensión: 90 días

Cantidad de Asegurables : 9.234
Porc.Mínimo de Adhesión : 60,00 % Cantidad Mínima de Asegurados: 11576

TIPO DE CAPITAL:
TITULAR HASTA CUMPLIR 65 AÑOS
30,Sueldos con un capital máximo de $3.000.000,00
CÓNYUGE DE TITULAR HASTA CUMPLIR 65 AÑOS
100,00 % del capital del Titular, con un capital máximo de $3.000.000,00
HIJO DE TITULAR HASTA CUMPLIR 65 AÑOS
$3.000.000,00
HIJO DISCAPACITADO DE TITULAR HASTA CUMPLIR 65 AÑOS
$3.000.000,00
CÓNYUGE DE TITULAR MAYOR DE 65 AÑOS
100,00 % del capital del Titular, con un capital máximo de $3.000.000,00
TITULAR CON CONYUGE S/N
30,Sueldos con un capital máximo de $3.000.000,00
CONYUGES S/N
100,00 % del capital del Titular, con un capital máximo de $3.000.000,00
HIJO DE TITULAR CON CONYUGE S/N

COND.ANEXOS Y/O CLAUSULAS INTEGRANTES DE ESTA POLIZA

1,82,808,803,813,819,826,830,881,G,H,J,S,U,A1010,M

MONEDA	PRIMA	DERECHO DE EMISIÓN	RECARGOS ADMINISTRATIVOS	RECARGOS FINANCIEROS	BONIFICACIÓN
$	574.096,72-				

IMPUESTOS Y TASAS	SELLADOS	PERCEP. I.B.	IVA BÁSICO	IVA ADICIONAL	PREMIO
3.444,58-					577.541,30-

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN: CAPITAL FEDERAL, 8 de Abril de 2020

Cuando el texto de la Póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el Asegurado o tomador del seguro, si no reclama dentro de un mes de haber recibido la Póliza. Cuando se mencionan los vocablos "Asegurado", "Tomador" y "Contratante" se considerarán indistintamente según corresponda.

El impuesto de Sellos será ingresado por la Caja en la jurisdicción correspondiente, mediante declaración jurada.

La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8 del Reglamento General de la Actividad Aseguradora

ESTA POLIZA HA SIDO APROBADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION

Jorge Mignone
Gerente General

La entidad aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado. Por reclamos, que no hayan sido solucionados previamente por las vías de atención al público de la entidad, podrán comunicarse con este Servicio al teléfono 4857-7677 opción 2. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.lacaja.com.ar.En caso de que existiera un reclamo ante la entidad aseguradora y que el mismo no haya sido resuelto o haya sido desestimado, total o parcialmente, o que haya sido denegada su admisión, podrá comunicarse con la Superintendencia de Seguros de la Nación por teléfono al 0800-666-8400 o por correo electrónico a consultas@ssn.gob.ar.

5330135451301228 00

PREFECTURA NAVAL ARGENTINA
AV E MADERO 235 5º42
C1106ACC CAPITAL FEDERAL
CAPITAL FEDERAL

CAJA DE SEGUROS S.A.(EX CSVSA)
C.U.I.T 30-66320562-1 ING.BRUTOS 901-157582-4
ROBERTO FITZ ROY 957
1414 - CIUDAD AUTONOMA BUENOS AIRES
CAPITAL FEDERAL
TEL. 4857-8469 FAX. 4857-8899

LA CAJA de ahorro y seguro
GENERALI

* Los seguros son emitidos por su empresa controladora CAJA DE SEGUROS S.A

ES COPIA

CONDICIONES PARTICULARES

SECCION	POLIZA N°	CONTROL	ENDOSO N°
VIDA COLECTIVO	5330-1354513-01	3	147

Entre CAJA DE SEGUROS S.A. (en adelante La Caja) y quien se designa con el nombre del Asegurado, se conviene en celebrar el presente contrato de seguro con arreglo a las Condiciones Particulares y Generales de la presente Póliza que se agregan y de conformidad con la solicitud de seguro, la que se declara parte integrante de este contrato.

CONCEPTO	VIGENCIA
ENDOSO	desde las 00 hs. del 01-02-2020 hasta las 00 hs. del 01-01-2021

ASEGURADO Y/O TOMADOR	PREFECTURA NAVAL ARGENTINA
DOMICILIO	AV E MADERO 235 5º42 C1106ACC - CAPITAL FEDERAL CAPITAL FEDERAL

COND. DE IVA	SOLICITUD Nº	Nº DOC./Nº DE CUIT	VENCIMIENTO PAGO CONTADO
EXENTO		CT 30-54669471-9	22-03-2020

OBJETO DEL SEGURO Y RIESGOS ASEGURADOS	SUMA ASEGURADA INICIAL
	$ 242.229.516-

```
          $0,00
HIJO DISCAPACITADO DEL TITULAR CON CONYUGE S/N
          $0,00
CÓNYUGE DE TITULAR MAYOR DE 65 AÑOS S/N
100,00 % del capital del Titular, con un capital máximo de    $3.000.000,00

Capital Asegurado Mínimo:              $0,00      Capital Asegurado Máximo:       $3.000.000,00

Período de Permanencia (para adquirir Condición de Asegurable):  0 MESES

CONDICIONES
EDAD MAXIMA DE INGRESO: 64  años inclusive
EDAD MAXIMA DE PERMANENCIA: Hasta cumplir los: 65  años
```

COND.ANEXOS Y/O CLAUSULAS INTEGRANTES DE ESTA POLIZA

1,82,808,803,813,819,826,830,881,G,H,J,S,U,A1010,M

MONEDA	PRIMA	DERECHO DE EMISIÓN	RECARGOS ADMINISTRATIVOS	RECARGOS FINANCIEROS	BONIFICACIÓN
$	574.096,72-				

IMPUESTOS Y TASAS	SELLADOS	PERCEP. I.B.	IVA BÁSICO	IVA ADICIONAL	PREMIO
3.444,58-					577.541,30-

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN CAPITAL FEDERAL, 8 de Abril de 2020

Cuando el texto de la Póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el Asegurado o tomador del seguro, si no reclama dentro de un mes de haber recibido la Póliza. Cuando se mencionan los vocablos "Asegurado", "Tomador" y "Contratante" se considerarán indistintamente según corresponda.

El impuesto de Sellos será ingresado por la Caja en la jurisdicción correspondiente, mediante declaración jurada.

La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8 del Reglamento General de la Actividad Aseguradora

ESTA POLIZA HA SIDO APROBADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION

Jorge Mignone
Gerente General

La entidad aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado. Por reclamos, que no hayan sido solucionados previamente por las vías de atención al público de la entidad, podrán comunicarse con este Servicio al teléfono 4857-7677 opción 2. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.lacaja.com.ar.En caso de que existiera un reclamo ante la entidad aseguradora y que el mismo no haya sido resuelto o haya sido desestimado, total o parcialmente, o que haya sido denegada su admisión, podrá comunicarse con la Superintendencia de Seguros de la Nación por teléfono al 0800-666-8400 o por correo electrónico a consultas@ssn.gob.ar.

5330135451301228000

PREFECTURA NAVAL ARGENTINA
AV E MADERO 235 5º42
C1106ACC CAPITAL FEDERAL
CAPITAL FEDERAL

CAJA DE SEGUROS S.A.(EX CSVSA)
C.U.I.T 30-66320562-1 ING.BRUTOS 901-157582-4
ROBERTO FITZ ROY 957
1414 - CIUDAD AUTONOMA BUENOS AIRES
CAPITAL FEDERAL
TEL. 4857-8469 FAX. 4857-8899

LA CAJA de ahorro y seguro
GENERALI

* Los seguros son emitidos por su empresa controladora CAJA DE SEGUROS S.A

ES COPIA

CONDICIONES PARTICULARES

SECCION	POLIZA N°	CONTROL	ENDOSO N°
VIDA COLECTIVO	5330-1354513-01	3	147

Entre CAJA DE SEGUROS S.A. (en adelante La Caja) y quien se designa con el nombre del Asegurado, se conviene en celebrar el presente contrato de seguro con arreglo a las Condiciones Particulares y Generales de la presente Póliza que se agregan y de conformidad con la solicitud de seguro, la que se declara parte integrante de este contrato.

CONCEPTO	VIGENCIA
ENDOSO	desde las 00 hs. del01-02-2020 hasta las 00 hs. del01-01-2021

ASEGURADO Y/O TOMADOR	PREFECTURA NAVAL ARGENTINA
DOMICILIO	AV E MADERO 235 5º42 C1106ACC - CAPITAL FEDERAL CAPITAL FEDERAL

COND. DE IVA	SOLICITUD Nº	Nº DOC./Nº DE CUIT	VENCIMIENTO PAGO CONTADO
EXENTO		CT 30-54669471-9	22-03-2020

OBJETO DEL SEGURO Y RIESGOS ASEGURADOS

SUMA ASEGURADA INICIAL $ 242.229.516-

Prima Seguro de Vida:

Prima de Tarifa	Impuestos y/o Sellados	Premio Total
0,79 %o	0,60 %	0,79 %o

La prima media inicial se fija en 0,79 %o(SETENTA Y NUEVE CENTAVOS mensuales por cada mil pesos de suma asegurada)

Cláusula Adicional de Trasplante de Organos Suma Asegurada (costo mensual por grupo familiar):

Prima Pura	Cláusulas Ad ic y/o Comp.	Subtotal Coberturas	Gastos de Administrac.	Gastos de Adquisición	Prima de Tarifa	Impuestos y/o Sellados	Premio Total
$3,98		$3,98	20,00 %	0,00 %	$4,97	0,60 %	$5,00

Cláusula Adicional de Indemnización Diaria por Internación por Accidente (costo por titular):

Prima Pura	Cláusulas Ad ic y/o Comp.	Subtotal Coberturas	Gastos de Administrac.	Gastos de Adquisición	Prima de Tarifa	Impuestos y/o Sellados	Premio Total
$1,67		$1,67	20,00 %	0,00 %	$2,09	0,60 %	$2,10

Revisten carácter de asegurables para la incorporación al presente seguro, la totalidad de los empleados en Relación De Dependencia con el Contratante.

COND.ANEXOS Y/O CLAUSULAS INTEGRANTES DE ESTA POLIZA

1,82,808,803,813,819,826,830,881,G,H,J,S,U,A1010,M

MONEDA	PRIMA	DERECHO DE EMISIÓN	RECARGOS ADMINISTRATIVOS	RECARGOS FINANCIEROS	BONIFICACIÓN
$	574.096,72-				

IMPUESTOS Y TASAS	SELLADOS	PERCEP. I.B.	IVA BÁSICO	IVA ADICIONAL	PREMIO
3.444,58-					577.541,30-

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN CAPITAL FEDERAL, 8 de Abril de 2020

Cuando el texto de la Póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el Asegurado o tomador del seguro, si no reclama dentro de un mes de haber recibido la Póliza. Cuando se mencionan los vocablos "Asegurado", "Tomador" y "Contratante" se considerarán indistintamente según corresponda.

El impuesto de Sellos será ingresado por la Caja en la jurisdicción correspondiente, mediante declaración jurada.

La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8 del Reglamento General de la Actividad Aseguradora

ESTA POLIZA HA SIDO APROBADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION

Jorge Mignone
Gerente General

La entidad aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado. Por reclamos, que no hayan sido solucionados previamente por las vías de atención al público de la entidad, podrán comunicarse con este Servicio al teléfono 4857-7677 opción 2. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.lacaja.com.ar.En caso de que existiera un reclamo ante la entidad aseguradora y que el mismo no haya sido resuelto o haya sido desestimado, total o parcialmente, o que haya sido denegada su admisión, podrá comunicarse con la Superintendencia de Seguros de la Nación por teléfono al 0800-666-8400 o por correo electrónico a consultas@ssn.gob.ar.

5330135451301228 00

PREFECTURA NAVAL ARGENTINA
AV E MADERO 235 5º42
C1106ACC CAPITAL FEDERAL
CAPITAL FEDERAL

CAJA DE SEGUROS S.A.(EX CSVSA)
C.U.I.T 30-66320562-1 ING.BRUTOS 901-157582-4
ROBERTO FITZ ROY 957
1414 - CIUDAD AUTONOMA BUENOS AIRES
CAPITAL FEDERAL
TEL. 4857-8469 FAX. 4857-8899

LA CAJA de ahorro y seguro
GENERALI

* Los seguros son emitidos por su empresa controladora CAJA DE SEGUROS S.A

ES COPIA

CONDICIONES PARTICULARES

SECCION	POLIZA N°	CONTROL	ENDOSO N°
VIDA COLECTIVO	5330-1354513-01	3	147

Entre CAJA DE SEGUROS S.A. (en adelante La Caja) y quien se designa con el nombre del Asegurado, se conviene en celebrar el presente contrato de seguro con arreglo a las Condiciones Particulares y Generales de la presente Póliza que se agregan y de conformidad con la solicitud de seguro, la que se declara parte integrante de este contrato.

CONCEPTO	VIGENCIA
ENDOSO	desde las 00 hs. del 01-02-2020 hasta las 00 hs. del 01-01-2021

ASEGURADO Y/O TOMADOR	PREFECTURA NAVAL ARGENTINA
DOMICILIO	AV E MADERO 235 5º42 C1106ACC - CAPITAL FEDERAL CAPITAL FEDERAL

COND. DE IVA	SOLICITUD Nº	Nº DOC./Nº DE CUIT	VENCIMIENTO PAGO CONTADO
EXENTO		CT 30-54669471-9	22-03-2020

OBJETO DEL SEGURO Y RIESGOS ASEGURADOS	SUMA ASEGURADA INICIAL
	$ 242.229.516-

OPCION MAYORES - SOLO TITULARES EN ACTIVIDAD

TITULAR MAYOR DE 65 AÑOS :
100,00 % del capital asegurado del titular con un máximo de $ 3,000,000.00
manteniéndose fijo en valor absoluto sin admitirse posteriores aumentos. .
El premio se fija en .80 o/oo (OCHENTA CENTAVOS
mensuales por cada mil pesos de suma asegurada)

TITULAR MAYOR DE 65 AÑOS CON CONYUGE S/N :
100,00 % del capital asegurado del titular con un máximo de $ 3,000,000.00
manteniéndose fijo en valor absoluto sin admitirse posteriores aumentos. .
El premio se fija en .80 o/oo (OCHENTA CENTAVOS
mensuales por cada mil pesos de suma asegurada)

COND.ANEXOS Y/O CLAUSULAS INTEGRANTES DE ESTA POLIZA

1,82,808,803,813,819,826,830,881,G,H,J,S,U,A1010,M

MONEDA	PRIMA	DERECHO DE EMISIÓN	RECARGOS ADMINISTRATIVOS	RECARGOS FINANCIEROS	BONIFICACIÓN
$	574.096,72-				

IMPUESTOS Y TASAS	SELLADOS	PERCEP. I.B.	IVA BÁSICO	IVA ADICIONAL	PREMIO
3.444,58-					577.541,30-

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN: CAPITAL FEDERAL, 8 de Abril de 2020

Cuando el texto de la Póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el Asegurado o tomador del seguro, si no reclama dentro de un mes de haber recibido la Póliza. Cuando se mencionan los vocablos "Asegurado", "Tomador" y "Contratante" se considerarán indistintamente según corresponda.

El impuesto de Sellos será ingresado por la Caja en la jurisdicción correspondiente, mediante declaración jurada.

La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8 del Reglamento General de la Actividad Aseguradora

ESTA POLIZA HA SIDO APROBADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION

Jorge Mignone
Gerente General

La entidad aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado. Por reclamos, que no hayan sido solucionados previamente por las vías de atención al público de la entidad, podrán comunicarse con este Servicio al teléfono 4857-7677 opción 2. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.lacaja.com.ar.En caso de que existiera un reclamo ante la entidad aseguradora y que el mismo no haya sido resuelto o haya sido desestimado, total o parcialmente, o que haya sido denegada su admisión, podrá comunicarse con la Superintendencia de Seguros de la Nación por teléfono al 0800-666-8400 o por correo electrónico a consultas@ssn.gob.ar.

5330135451301228 00

PREFECTURA NAVAL ARGENTINA
AV E MADERO 235 5º42
C1106ACC CAPITAL FEDERAL
CAPITAL FEDERAL

CAJA DE SEGUROS S.A.(EX CSVSA)
C.U.I.T 30-66320562-1 ING.BRUTOS 901-157582-4
ROBERTO FITZ ROY 957
1414 - CIUDAD AUTONOMA BUENOS AIRES
CAPITAL FEDERAL
TEL. 4857-8469 FAX. 4857-8899

LA CAJA de ahorro y seguro
GENERALI

* Los seguros son emitidos por su empresa controladora CAJA DE SEGUROS S.A

ES COPIA

CONDICIONES PARTICULARES

SECCION	POLIZA N°	CONTROL	ENDOSO N°
VIDA COLECTIVO	5330-1354513-01	3	147

Entre CAJA DE SEGUROS S.A. (en adelante La Caja) y quien se designa con el nombre del Asegurado, se conviene en celebrar el presente contrato de seguro con arreglo a las Condiciones Particulares y Generales de la presente Póliza que se agregan y de conformidad con la solicitud de seguro, la que se declara parte integrante de este contrato.

CONCEPTO	VIGENCIA
ENDOSO	desde las 00 hs. del 01-02-2020 hasta las 00 hs. del 01-01-2021

ASEGURADO Y/O TOMADOR	PREFECTURA NAVAL ARGENTINA
DOMICILIO	AV E MADERO 235 5º42 C1106ACC - CAPITAL FEDERAL CAPITAL FEDERAL

COND. DE IVA	SOLICITUD Nº	Nº DOC./Nº DE CUIT	VENCIMIENTO PAGO CONTADO
EXENTO		CT 30-54669471-9	22-03-2020

OBJETO DEL SEGURO Y RIESGOS ASEGURADOS — **SUMA ASEGURADA INICIAL**: $ 242.229.516-

	TITULARES	CONYUGES	HIJOS	PADRES
* COBERTURA: MUERTE	X	X		
* COBERTURA: CLAUSULA ADICIONAL DE MUERTE ACCIDENTAL EN TRANSPORTE PUBLICO	X			
* COBERTURA: CLAUSULA ADICIONAL DE INCAPACIDAD FISICA TOTAL PERMANENTE E IRREVERSIBLE	X			
* COBERTURA: CLAUSULA ADICIONAL DE MUERTE Y PERDIDAS ANATOMICAS Y/O FUNCIONALES POR ACCIDENTE	X	X		
* COBERTURA: CLAUSULA ADICIONAL DE INDEMNIZACION DIARIA POR INTERNACION POR ACCIDENTE	X			

Renta diaria por Internación:	$400,00	
Franquicia Máxima:	10	días
Suplemento Estancia U.C.I:	No	
Límite Máximo Cobertura:	90	días

* COBERTURA: CLAUSULA ADICIONAL DE TRASPLANTE DE ORGANOS

Fecha Inicio Vigencia : 01-01-2019

Trasplantes cubiertos	Capital Asegurado Individual
TRASPLANTE DE MEDULA	$260.000,00
TRASPLANTE DE HIGADO	$260.000,00

COND.ANEXOS Y/O CLAUSULAS INTEGRANTES DE ESTA POLIZA

1,82,808,803,813,819,826,830,881,G,H,J,S,U,A1010,M

MONEDA	PRIMA	DERECHO DE EMISIÓN	RECARGOS ADMINISTRATIVOS	RECARGOS FINANCIEROS	BONIFICACIÓN
$	574.096,72-				

IMPUESTOS Y TASAS	SELLADOS	PERCEP. I.B.	IVA BÁSICO	IVA ADICIONAL	PREMIO
3.444,58-					577.541,30-

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN CAPITAL FEDERAL, 8 de Abril de 2020

Cuando el texto de la Póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el Asegurado o tomador del seguro, si no reclama dentro de un mes de haber recibido la Póliza. Cuando se mencionan los vocablos "Asegurado", "Tomador" y "Contratante" se considerarán indistintamente según corresponda.

El impuesto de Sellos será ingresado por la Caja en la jurisdicción correspondiente, mediante declaración jurada.

La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8 del Reglamento General de la Actividad Aseguradora

ESTA POLIZA HA SIDO APROBADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION

Jorge Mignone
Gerente General

La entidad aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado. Por reclamos, que no hayan sido solucionados previamente por las vías de atención al público de la entidad, podrán comunicarse con este Servicio al teléfono 4857-7677 opción 2. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.lacaja.com.ar.En caso de que existiera un reclamo ante la entidad aseguradora y que el mismo no haya sido resuelto o haya sido desestimado, total o parcialmente, o que haya sido denegada su admisión, podrá comunicarse con la Superintendencia de Seguros de la Nación por teléfono al 0800-666-8400 o por correo electrónico a consultas@ssn.gob.ar.

5330135451301228 00

PREFECTURA NAVAL ARGENTINA
AV E MADERO 235 5º42
C1106ACC CAPITAL FEDERAL
CAPITAL FEDERAL

CAJA DE SEGUROS S.A.(EX CSVSA)
C.U.I.T 30-66320562-1 ING.BRUTOS 901-157582-4
ROBERTO FITZ ROY 957
1414 - CIUDAD AUTONOMA BUENOS AIRES
CAPITAL FEDERAL
TEL. 4857-8469 FAX. 4857-8899

LA CAJA de ahorro y seguro
GENERALI

* Los seguros son emitidos por su empresa controladora CAJA DE SEGUROS S.A

ES COPIA

CONDICIONES PARTICULARES

SECCION	POLIZA N°	CONTROL	ENDOSO N°
VIDA COLECTIVO	5330-1354513-01	3	147

Entre CAJA DE SEGUROS S.A. (en adelante La Caja) y quien se designa con el nombre del Asegurado, se conviene en celebrar el presente contrato de seguro con arreglo a las Condiciones Particulares y Generales de la presente Póliza que se agregan y de conformidad con la solicitud de seguro, la que se declara parte integrante de este contrato.

CONCEPTO	VIGENCIA
ENDOSO	desde las 00 hs. del 01-02-2020 hasta las 00 hs. del 01-01-2021

ASEGURADO Y/O TOMADOR	PREFECTURA NAVAL ARGENTINA
DOMICILIO	AV E MADERO 235 5º42 C1106ACC - CAPITAL FEDERAL CAPITAL FEDERAL

COND. DE IVA	SOLICITUD Nº	Nº DOC./Nº DE CUIT	VENCIMIENTO PAGO CONTADO
EXENTO		CT 30-54669471-9	22-03-2020

OBJETO DEL SEGURO Y RIESGOS ASEGURADOS	SUMA ASEGURADA INICIAL
	$ 242.229.516-

TRASPLANTE DE CORAZON $260.000,00
TRASPLANTE DE PULMON $260.000,00
TRASPLANTE DE PULMON-CORAZON $260.000,00
TRASPLANTE DE PANCREAS $260.000,00
TRASPLANTE RENAL $260.000,00

TIPO ASEGURADOS: OPCION MAYORES : SOLO TITULARES EN ACTIVIDAD

CANTIDAD DE ASEGURADOS: 111

COND.ANEXOS Y/O CLAUSULAS INTEGRANTES DE ESTA POLIZA

1,82,808,803,813,819,826,830,881,G,H,J,S,U,A1010,M

MONEDA	PRIMA	DERECHO DE EMISIÓN	RECARGOS ADMINISTRATIVOS	RECARGOS FINANCIEROS	BONIFICACIÓN
$	574.096,72-				

IMPUESTOS Y TASAS	SELLADOS	PERCEP. I.B.	IVA BÁSICO	IVA ADICIONAL	PREMIO
3.444,58-					577.541,30-

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN: CAPITAL FEDERAL, 8 de Abril de 2020

Cuando el texto de la Póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el Asegurado o tomador del seguro, si no reclama dentro de un mes de haber recibido la Póliza. Cuando se mencionan los vocablos "Asegurado", "Tomador" y "Contratante" se considerarán indistintamente según corresponda.

El impuesto de Sellos será ingresado por la Caja en la jurisdicción correspondiente, mediante declaración jurada.

La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8 del Reglamento General de la Actividad Aseguradora

ESTA POLIZA HA SIDO APROBADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION

Jorge Mignone
Gerente General

La entidad aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado. Por reclamos, que no hayan sido solucionados previamente por las vías de atención al público de la entidad, podrán comunicarse con este Servicio al teléfono 4857-7677 opción 2. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.lacaja.com.ar.En caso de que existiera un reclamo ante la entidad aseguradora y que el mismo no haya sido resuelto o haya sido desestimado, total o parcialmente, o que haya sido denegada su admisión, podrá comunicarse con la Superintendencia de Seguros de la Nación por teléfono al 0800-666-8400 o por correo electrónico a consultas@ssn.gob.ar.

5330135451301228 00

PREFECTURA NAVAL ARGENTINA
AV E MADERO 235 5º42
C1106ACC CAPITAL FEDERAL
CAPITAL FEDERAL

CAJA DE SEGUROS S.A.(EX CSVSA)
C.U.I.T 30-66320562-1 ING.BRUTOS 901-157582-4
ROBERTO FITZ ROY 957
1414 - CIUDAD AUTONOMA BUENOS AIRES
CAPITAL FEDERAL
TEL. 4857-8469 FAX. 4857-8899

LA CAJA de ahorro y seguro
GENERALI

* Los seguros son emitidos por su empresa controladora CAJA DE SEGUROS S.A

ES COPIA

CONDICIONES PARTICULARES

SECCION	POLIZA N°	CONTROL	ENDOSO N°
VIDA COLECTIVO	5330-1354513-01	3	147

Entre CAJA DE SEGUROS S.A. (en adelante La Caja) y quien se designa con el nombre del Asegurado, se conviene en celebrar el presente contrato de seguro con arreglo a las Condiciones Particulares y Generales de la presente Póliza que se agregan y de conformidad con la solicitud de seguro, la que se declara parte integrante de este contrato.

CONCEPTO	VIGENCIA
ENDOSO	desde las 00 hs. del 01-02-2020 hasta las 00 hs. del 01-01-2021

ASEGURADO Y/O TOMADOR	PREFECTURA NAVAL ARGENTINA
DOMICILIO	AV E MADERO 235 5º42 C1106ACC - CAPITAL FEDERAL CAPITAL FEDERAL

COND. DE IVA	SOLICITUD Nº	Nº DOC./Nº DE CUIT	VENCIMIENTO PAGO CONTADO
EXENTO		CT 30-54669471-9	22-03-2020

OBJETO DEL SEGURO Y RIESGOS ASEGURADOS	SUMA ASEGURADA INICIAL
	$ 242.229.516-

TITULARES CONYUGES HIJOS PADRES

* COBERTURA: MUERTE

ESTA POLIZA HA SIDO APROBADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION, MEDIANTE PROVEIDO N°87.848 DE FECHA 29/07/1998. FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA POLIZA LOS ANEXOS DE LAS EXCLUSIONES DE ACUERDO AL PUNTO 25.1 DE LA RESOLUCION 21.523.

Gastos de Producción Gastos de Explotación

COND.ANEXOS Y/O CLAUSULAS INTEGRANTES DE ESTA POLIZA

1,82,808,803,813,819,826,830,881,G,H,J,S,U,A1010,M

MONEDA	PRIMA	DERECHO DE EMISIÓN	RECARGOS ADMINISTRATIVOS	RECARGOS FINANCIEROS	BONIFICACIÓN
$	574.096,72-				

IMPUESTOS Y TASAS	SELLADOS	PERCEP. I.B.	IVA BÁSICO	IVA ADICIONAL	PREMIO
3.444,58-					577.541,30-

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN: CAPITAL FEDERAL, 8 de Abril de 2020

Cuando el texto de la Póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el Asegurado o tomador del seguro, si no reclama dentro de un mes de haber recibido la Póliza. Cuando se mencionan los vocablos "Asegurado", "Tomador" y "Contratante" se considerarán indistintamente según corresponda.

El impuesto de Sellos será ingresado por la Caja en la jurisdicción correspondiente, mediante declaración jurada.

La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8 del Reglamento General de la Actividad Aseguradora

ESTA POLIZA HA SIDO APROBADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION

Jorge Mignone
Gerente General

La entidad aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado. Por reclamos, que no hayan sido solucionados previamente por las vías de atención al público de la entidad, podrán comunicarse con este Servicio al teléfono 4857-7677 opción 2. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.lacaja.com.ar.En caso de que existiera un reclamo ante la entidad aseguradora y que el mismo no haya sido resuelto o haya sido desestimado, total o parcialmente, o que haya sido denegada su admisión, podrá comunicarse con la Superintendencia de Seguros de la Nación por teléfono al 0800-666-8400 o por correo electrónico a consultas@ssn.gob.ar.