

SEGURO COLECTIVO DE VIDA

ARTÍCULO 1. OBJETO

El Asegurador pagará el capital asegurado al beneficiario en caso de fallecimiento del Asegurado, estando vigente la cobertura del seguro sobre él y de acuerdo con las condiciones y las limitaciones establecidas en la presente póliza.

ARTÍCULO 2. COBERTURA Y EFECTOS

El Capital Asegurado por cada Asegurado se especificará en las Condiciones Particulares y podrá ser actualizado con cada prórroga del contrato en función de la edad y sexo del Asegurado.

La fecha de inicio de los efectos de la cobertura del seguro será la del primer día del mes siguiente a aquel en que el Asegurador haya admitido la Solicitud de Adhesión del Asegurado, siempre que se abone a su vencimiento el premio que corresponda. Mientras la compañía no haya aceptado la solicitud en forma expresa o tácita, mediante la emisión de la póliza o el cobro de las primas, el seguro no tendrá vigencia. En caso de silencio del asegurador la cobertura no se considerará aceptada y el seguro no estará vigente. Si el asegurador no aceptare una solicitud de incorporación a la póliza dentro del término de sesenta (60) días, contados desde la fecha de su presentación, la misma se considerará rechazada.

La cobertura del seguro tendrá efectos sobre todos aquellos que tengan el carácter de Asegurados, conforme a lo establecido en el Artículo 5, en el momento de producirse el siniestro.

ARTÍCULO 3. DURACIÓN DEL CONTRATO

La duración del contrato será de un (1) año desde la fecha de inicio de sus efectos.

Llegado el vencimiento del contrato, éste se prorrogará automáticamente por periodos sucesivos de un (1) año cada uno, salvo que alguna de las partes comunique a la otra su voluntad de resolver el contrato con no menos de treinta (30) días de antelación a la finalización del periodo de duración inicial o de cualquiera de sus prórrogas.

ARTÍCULO 4. GRUPO ASEGURABLE

El Grupo Asegurable está compuesto por el conjunto de personas que se encuentra en alguna de las siguientes situaciones respecto del Tomador:

- a) Trabajador, cualquiera que sea su vínculo contractual.
- b) Socio, asociado, accionista o integrante de cualquier tipo de sociedad, asociación, cooperativa, entidad, agrupación o colectivo de personas unidas por un vínculo o interés común.

En las Condiciones Particulares se especificará cuál es el Grupo Asegurable y se indicará tanto el número mínimo de personas necesario como el porcentaje de los mismos con relación a los que se hallen en condiciones de ser incorporados al seguro, para su formación y para el mantenimiento del seguro colectivo.

Si en un determinado momento no se reunieran los mínimos antes mencionados, el Asegurador podrá rescindir la cobertura, reducir las sumas aseguradas o modificar la tarifa de primas aplicada. En tal caso el Asegurador, notificará su decisión por escrito al contratante con una anticipación mínima de treinta (30) días y será de aplicación, en su caso, lo dispuesto en el artículo 19 de este contrato.

ARTÍCULO 5. ASEGURADO

Se considerará Asegurado a toda persona física perteneciente al Grupo Asegurable, cuya edad esté comprendida dentro de los límites establecidos en las Condiciones Particulares, que haya solicitado su inclusión a la cobertura y cuyo riesgo haya sido aceptado expresamente por el Asegurador.

ARTÍCULO 6. ADHESIÓN Y BAJA DE ASEGURADOS

Durante la vigencia del contrato de seguro, el Tomador podrá solicitar la extensión de la cobertura del seguro sobre nuevos asegurados. A estos efectos el Tomador deberá remitir al Asegurador la Solicitud de Adhesión al Seguro y la Declaración del Estado de Salud del nuevo Asegurado. La cobertura del seguro sobre el nuevo Asegurado producirá efectos a partir del primer día del mes siguiente a aquel en que el Asegurador haya admitido la Solicitud de Adhesión al Seguro del Asegurado, siempre que se abone, a su vencimiento, el premio correspondiente.

El Tomador comunicará al Asegurador las bajas de Asegurados que se produzcan durante la vigencia del contrato de seguro, lo que producirá la cancelación de los efectos de la póliza sobre dichos Asegurados.

Póliza de empleados

Exclusivamente cuando se trate de grupos asegurables constituidos por los empleados de un mismo empleador, se consideran asegurables a la fecha de emisión de esta póliza a todos aquellos empleados del Tomador que se encuentren en servicio activo, en dicha fecha, y tengan la antigüedad mínima ininterrumpida indicada en Condiciones Particulares. Salvo que se indique lo contrario en las condiciones particulares de la póliza no serán requeridos otros requisitos de salud.

Los empleados del Contratante que a la fecha de emisión de esta póliza no se encuentren en servicio activo deberán presentar para poder ser aceptados, en todos los casos, los requisitos de asegurabilidad que establezca el Asegurador.

Los empleados que en el futuro entren al servicio del Tomador, podrán solicitar su incorporación al seguro dentro de los treinta días de su ingreso al empleo, sin presentar requisitos de salud, si el empleador hubiera realizado un examen médico preocupacional. De lo contrario deberán presentar las pruebas de asegurabilidad que establezca el Asegurador.

Se entiende por "servicio activo" el desempeño normal de tareas al servicio del Contratante y el cumplimiento completo del horario laboral habitual, de las personas que figuren en la lista del personal en relación de dependencia y el no encontrarse en uso y goce de licencias ordinarias o extraordinarias por cualquier causa.

El término "empleados" comprende a éstos como así mismo los obreros y a los dueños únicos o socios y directores de la empresa que dediquen a la misma un mínimo de 30 horas semanales.

ARTÍCULO 7. CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN AL SEGURO

El Asegurador emitirá, por cada Asegurado, un Certificado Individual de Incorporación al Seguro que contendrá una síntesis de las Condiciones Generales de la póliza y las demás menciones, requisitos y advertencias exigidos por las normas aplicables, además de los siguientes datos:

- Número de Póliza,
- Número de Certificado Individual de Cobertura,
- Fecha de emisión del certificado individual,
- Vigencia inicial,
- Nombre, CUIT/CUIL y domicilio Tomador,
- Nombre, CUIT/CUIL del Asegurado,
- Riesgos cubiertos,
- Suma asegurada, y nombre del o los Beneficiarios designados.

Producida la modificación del capital asegurado se emitirá un nuevo Certificado Individual de Seguro, que dejará sin efecto al de fecha anterior.

El Asegurado podrá solicitar al Asegurador o al Tomador una copia completa de la póliza en cualquier momento.

ARTÍCULO 8. DECLARACIONES

El contrato de seguro se basa en las declaraciones realizadas por el Tomador y por los Asegurados. El Tomador y el Asegurado están obligados a declarar todas las circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo. Dichas declaraciones son esenciales para la apreciación y aceptación del riesgo por parte del Asegurador.

ARTÍCULO 9. RETICENCIA.

Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Tomador o por el Asegurado, aún hecha de buena fe, que a juicio de peritos hubiere impedido el contrato o habría modificado las condiciones de los mismos, si el Asegurador hubiese sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato (art. 5 Ley 17.418)

ARTÍCULO 10. AGRAVACIÓN DEL RIESGO

Durante la vigencia del contrato, el Tomador y el Asegurado deberán comunicar al Asegurador todo cambio de profesión o actividad que pueda suponer una agravación o modificación del riesgo, o que puedan influir en su valoración, antes que se produzcan.

Los cambios de profesión o de actividad del asegurado autorizan la rescisión cuando agravan el riesgo de modo tal que de existir a la celebración, el asegurador no habría concluido el 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.

El asegurador, en el término de siete días, deberá notificar su decisión de rescindir (art. 39 ley 17418)

La rescisión del contrato da derecho al Asegurador:

- a. Si la agravación del riesgo le fue comunicada oportunamente, a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido;
- b. Si no le fue comunicada oportunamente, a percibir la prima por el período de seguro en curso. (art. 41 ley 17.418)

El derecho a rescindir se extingue si no se ejerce en los plazos previstos, o si la agravación ha desaparecido (art. 42 ley 17.418)

En caso de que no habiéndose producido la declaración de agravación del riesgo sobreviniere el siniestro, el Asegurador quedará exonerado del pago del capital asegurado salvo que el Tomador y el Asegurado hayan incurrido en la omisión o demora sin culpa o negligencia o que el asegurador conozca la agravación al tiempo en que debía hacerse la denuncia.

ARTÍCULO 11. FINALIZACIÓN DE LA COBERTURA DEL SEGURO

La cobertura del seguro sobre cada Asegurado finalizará en los siguientes casos:

- a) Si el Asegurado pide su baja del seguro, rescindiendo su certificado individual.
- b) Por la extinción del vínculo o de la relación existente entre el Tomador y el Asegurado.
- c) Al finalizar la anualidad en la que el Asegurado cumpla la edad máxima establecida en las Condiciones Particulares.
- d) Por el fallecimiento del Asegurado.

ARTÍCULO 12. RIESGOS EXCLUIDOS

Queda excluido de la cobertura del seguro y el Asegurador exonerado del pago del capital asegurado, el fallecimiento producido en los siguientes supuestos:

- a) Fallecimiento producido por suicidio voluntario dentro de los tres primeros años de vigencia de la cobertura (art. 135 ley 17.418)
- b) Fallecimiento producido como consecuencia de la participación del Asegurado en actos delictivos (art. 137 ley 17.418).
- c) Fallecimiento causado intencionadamente por el Tomador. Pierde todo derecho el beneficiario que provoca deliberadamente la muerte del asegurado con un acto ilícito, acreciendo el capital a los demás beneficiarios (art. 136 ley 17.418).
- d) Fallecimiento producido como consecuencia de accidentes que tengan su origen en la práctica de actividades o deportes de alto riesgo, considerándose tales al esquí, artes marciales, automovilismo, motociclismo, montañismo, paracaidismo y aladeltismo, así como aquéllos que tengan por finalidad causar una lesión al contrincante o que se practiquen profesionalmente.
- e) Fallecimiento producido como consecuencia de un accidente aéreo, salvo que el Asegurado realice el viaje como pasajero de un vuelo de transporte regular.
- f) Fallecimiento producido como consecuencia de la navegación submarina o en viajes de exploración.
- g) Fallecimiento producido como consecuencia de fenómenos naturales de carácter extraordinario o catastrófico, se trate de terremotos, maremotos, huracanes, tornados, inundaciones, tempestades, erupciones volcánicas, elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos o desprendimiento de rocas.
- h) Fallecimiento producido como consecuencia de guerras que comprendan o no a la Nación Argentina.
- i) Fallecimiento producido como consecuencia de radiación nuclear atómica o contaminación radiactiva, cualquiera que sea su naturaleza.

ARTÍCULO 13. DESIGNACIÓN Y CAMBIO DE BENEFICIARIOS

El Asegurado podrá realizar la designación de Beneficiarios en la póliza o en una declaración posterior escrita y comunicada al Asegurador, aun después de su fallecimiento.

En caso de no existir designación de Beneficiarios o en caso de caducidad de la designación efectuada el capital asegurado se abonará a los herederos legales del Asegurado.

El Asegurador abonará el capital asegurado de acuerdo con el orden de preferencia establecido en la designación de Beneficiarios. Si existen varios Beneficiarios designados y no se indica orden de preferencia, se abonará por partes iguales entre ellos. Si la designación se hace a favor de los herederos y no se indica la forma de distribución, ésta se hará en proporción a la cuota hereditaria.

ARTÍCULO 14. DETERMINACIÓN DEL PREMIO DEL SEGURO.

La prima media inicial por mil de capital asegurado inserta en las Condiciones Particulares de esta póliza, con más sus recargos e impuestos, regirá el primer año de vigencia del seguro. Se denomina premio a la prima media, así determinada, con más los impuestos y recargos que sean aplicables conforme a la legislación y a lo establecido en las condiciones particulares de la póliza.

La prima media será ajustado con cada aniversario de la póliza, por el Asegurador, quien comunicará por el escrito al Contratante el nuevo premio medio resultante, con una anticipación no menor de treinta (30) días de la fecha del aniversario en que comience a regir la misma.

Si del cálculo resultara un incremento del premio acordado deberá requerirse una nueva conformidad a los Asegurados.

En cualquier momento en que se produzca una variación superior al diez por ciento (10%) en la cantidad inicial de Asegurados y/o en la suma de los seguros individuales, el Contratante o el Asegurador podrán exigir un nuevo cálculo de del premio medio, el que regirá hasta el próximo aniversario de esta póliza.

El importe del premio a pagar por el Contratante resultará de multiplicar el premio medio por el total de los capitales asegurados correspondiente.

ARTÍCULO 15. PAGO DEL PREMIO. PLAZO DE GRACIA

El premio deberá ser pagado por adelantado por el Contratante en las oficinas del Asegurador, en sus agencias oficiales, en los bancos o el domicilio de corresponsales o asesores/productores, debidamente autorizados por éste para dicho fin.

El Asegurador concede un plazo de gracia de un mes (no inferior a treinta -30- días) para el pago, sin recargo de intereses, de todos los premios. Durante ese plazo esta póliza continuará en vigor, y si dentro de él se produjera el fallecimiento de uno o más de los Asegurados, el premio correspondiente al seguro de los fallecidos deberá ser pagado por el Contratante junto con la de los Asegurados sobrevivientes.

Para el pago del primer premio el plazo de gracia se contará desde la fecha de vigencia de esta póliza. Para el pago de los premios siguientes dicho plazo de gracia correrá a partir de las doce (12) horas del día en que venza cada uno.

Los derechos que esta póliza acuerda al Contratante y a los asegurados nacen el mismo día y hora en que comienzan las obligaciones a su cargo establecidas en el presente contrato.

Artículo 16 - FALTA DE PAGO DE LOS PREMIOS.

Si cualquier premio no fuere pagado dentro del plazo de gracia, esta póliza caducará automáticamente, pero el Contratante adeudará al Asegurador el premio correspondiente al mes de gracia, salvo que dentro de dicho plazo hubiere solicitado por escrito su rescisión, en cuyo caso deberá pagar un premio calculado a prorrata por los días transcurridos desde el vencimiento del premio impago hasta la fecha de envío de tal solicitud.

Vencido el plazo de gracia la póliza caducará automáticamente y ni el Tomador ni los Asegurados podrán rehabilitar la póliza sino presentando pruebas de asegurabilidad a satisfacción del Asegurador y pagando el premio adeudado.

ARTÍCULO 17. COMUNICACIÓN DEL SINIESTRO

En caso de producirse el fallecimiento del Asegurado, el Tomador o los Beneficiarios deberán comunicar directamente al Asegurador el acaecimiento del siniestro, antes de que opere el plazo previsto en la legislación para la prescripción de la acción.

Asimismo, los Beneficiarios deberán aportar al Asegurador la siguiente documentación:

- a) Copia certificada de la partida de defunción del Asegurado.
- b) Certificado médico indicativo de la fecha y circunstancias del fallecimiento. En caso de fallecimiento por enfermedad, certificado médico indicativo de su causa y circunstancias, así como la fecha de inicio de la enfermedad causante del fallecimiento del Asegurado.
- c) En su caso, diligencias expedidas por el Juzgado o las autoridades policiales donde se acredite la causa y circunstancias de la muerte. De ser solicitado por el asegurador y si hubieren sido practicados en la causa, informe de la autopsia, informe toxicológico y análisis histopatológico.
- d) Fotocopia del Documento de Identidad de los Beneficiarios o de otro documento que acredite su identidad conforme a derecho.
- e) En caso de falta de designación de Beneficiarios o que se haya designado como Beneficiarios a los herederos legales, la documentación acreditativa de tal condición.
- f) Cualquier otro documento adicional que, como complemento de los anteriores y a petición del Asegurador, sea necesario según las causas del fallecimiento para determinar las circunstancias en que se produjo, así como para acreditar el derecho de los Beneficiarios a percibir el capital asegurado.

ARTÍCULO 18. PAGO DEL CAPITAL ASEGURADO

En el plazo de quince días (15) días desde la recepción de la documentación exigida en el artículo anterior, el Asegurador deberá realizar el pago del capital asegurado a los Beneficiarios o comunicar su denegación debido a la concurrencia de algún motivo que excluya la cobertura del seguro. Dicho plazo se suspenderá en caso de que el Asegurador solicite documentación adicional, y se iniciará de nuevo desde que ésta sea aportada.

ARTÍCULO 19. CAUSAS DE RESOLUCIÓN DEL CONTRATO. COMUNICACIÓN DE LA DECISIÓN DE NO RENOVACIÓN DEL CONTRATO EN CADA ANUALIDAD.

El contrato de seguro se resolverá por falta de pago del premio, una vez vencido el plazo de gracia.

Cualquiera de las partes podrá decidir no renovar el contrato mediando comunicación fehaciente a la otra con no menos de (30) días de antelación a la fecha de cumplimiento de cada aniversario del mismo.

El certificado individual será dado de baja, cesando el Asegurado en la cobertura

- a) Si el Asegurado individual dejara de pertenecer al grupo asegurado por cualquier circunstancia.
- b) Si el Asegurado individual renunciara a continuar con la cobertura.

ARTÍCULO 20. NOMINA DE ASEGURADOS

El Contratante entregará al Asegurador al momento de emitir la póliza, una nómina de los Asegurados con los elementos necesarios para la determinación de los capitales individualmente asegurados en forma clara, absteniéndose de incluir en dicha nómina a las personas que por distintas causas no se encuentren cubiertas por el presente seguro.

Además deberá suministrar listas adicionales, cada vez que la nómina original sufra modificaciones (Ingresos/Egresos, reducción y/o aumentos de los capitales asegurados, etc.), contando para ello con un plazo máximo de un mes (treinta -30- días) que se computará a partir de que se produzca cada modificación en los términos referidos.

ARTÍCULO 21. EJECUCIÓN DEL CONTRATO. COMUNICACIONES Y CÓMPUTO DE LOS PLAZOS

Las relaciones entre el Asegurador y los Asegurados se desarrollarán siempre por intermedio del Contratante, salvo en caso de siniestro en el cual se estará a lo dispuesto en el Artículo 17. En consecuencia, el Contratante efectuará el pago de las primas al Asegurador y cobrará a los Asegurados su parte proporcional asignada.

Las comunicaciones entre las partes se realizarán de modo fehaciente por escrito y por cualquier medio por el que quede constancia de su contenido, remisión y recepción.

Las comunicaciones entre las partes se remitirán al domicilio que, a tal efecto, conste en las Condiciones Particulares, o a aquel que se haya designado posteriormente. Las partes deberán comunicarse el cambio de domicilio, en caso contrario será válida la comunicación realizada en el último domicilio designado.

Las comunicaciones a un Asegurado deberán cursarse al domicilio que haya hecho constar en su Formulario de Adhesión individual o al que comunique posteriormente.

En caso de traslado al extranjero, el Tomador deberá designar un domicilio en la República Argentina a efectos de comunicaciones.

Los plazos señalados por días empezarán a contarse desde el día siguiente del inicial del cómputo, sin excluir los días inhábiles. Los plazos señalados por meses y por años computarán de fecha a fecha. Cuando en el mes del vencimiento no hubiere día equivalente al inicial del cómputo, se entenderá que el plazo termina el último día del mes.

ARTÍCULO 22. LEY Y JURISDICCIÓN APLICABLES

Las partes se someten a las condiciones establecidas en la póliza. Para todo lo no regulado en la misma será de aplicación la legislación de la República Argentina.

En caso de no coincidir las Condiciones Generales con las Condiciones Particulares se estará a lo que dispongan estas últimas.

Serán competentes para el conocimiento de las acciones derivadas de esta póliza los Juzgados y Tribunales del domicilio del Asegurado o Beneficiario.

ARTÍCULO 23. FACULTADES DEL PRODUCTOR O AGENTE

El productor o agente de seguros, cualquiera sea su vinculación con el asegurador, autorizado por éste para la intermediación promoviendo la concertación de contratos de seguros, sólo está facultado con respecto a las operaciones en las cuales interviene, para:

- a) Recibir propuestas de celebración y modificación de contratos de seguros.
- b) Entregar los instrumentos emitidos por el Asegurador, referentes a contratos o sus prórrogas.

ARTÍCULO 24. DEFINICIONES

A los efectos de la póliza contratada se entiende por:

- ACCIDENTE. Lesión corporal derivada de una causa ajena a la voluntad del Asegurado y que produce su muerte.
- ASEGURADO. Cada una de las personas que, perteneciendo al grupo asegurable, cumple las condiciones de adhesión al seguro y sobre cuya vida se contrata la cobertura del seguro

ASEGURADOR. FEDERADA COMPAÑIA DE SEGUROS, S.A., entidad aseguradora que asume la cobertura de los riesgos objeto de este contrato y garantiza el pago del capital asegurado de acuerdo con las condiciones del mismo.

BENEFICIARIO. Persona física o jurídica titular del derecho a percibir el capital asegurado.

CAPITAL ASEGURADO. Cuantía económica establecida en las Condiciones Particulares para cada Asegurado y a cuyo pago se obliga el Asegurador en caso de fallecimiento del Asegurado, de acuerdo con las condiciones previstas.

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN A LA PÓLIZA. Documento suscrito por el Asegurador que deberá entregarse a todos los Asegurados y en el que constará el nombre y domicilio y demás datos de identificación del

Asegurado, los datos de sus Beneficiarios, los riesgos y capitales asegurados, y las demás menciones que requiere la legislación vigente.

-

CONDICIONES PARTICULARES. Documento suscrito por el Asegurador que contiene los datos identificativos de las partes y especificaciones del seguro.

-

DECLARACIÓN DEL ESTADO DE SALUD. Declaración realizada por el Tomador o el Asegurado en el cuestionario facilitado por el Asegurador con el objeto de determinar las circunstancias que influyen en la valoración del riesgo.

-

PÓLIZA. Documento donde se formaliza el contrato de seguro y que contiene las Condiciones Generales y Particulares y cualquier otra documentación complementaria.

-

PREMIO. Precio total del seguro, incluyendo los recargos e impuestos que sean de

legal aplicación.

-

SINIESTRO. Fallecimiento del Asegurado.

-

SOLICITUD DE ADHESIÓN AL SEGURO. Documento suscrito por cada Asegurable que contiene sus datos identificativos, la designación de Beneficiarios, la declaración del estado de salud y otras informaciones necesarias para la evaluación de los riesgos.

-

TOMADOR. Persona física o jurídica que, junto con el Asegurador, suscribe el contrato de seguro y representa al grupo asegurado, comprometiéndose al pago del premio y al cumplimiento de las obligaciones establecidas.