

7º) **VALUACION POR PERITOS.-** Si en la apreciación de la invalidez del Asegurado surgieran divergencias entre su médico y el designado por la Compañía, ambos procederán de inmediato a nombrar a un tercero, quien previo examen del Asegurado dictaminará al respecto. Si no hubiera acuerdo entre las partes sobre la apreciación de cualquier lesión del Asegurado, la misma será analizada por dos médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los ocho 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.

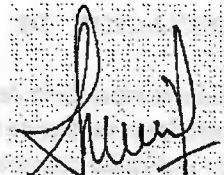
Si una de las partes omitiese designar médico dentro del octavo día de requerido por la otra, o si el tercer facultativo no fuese electo en el plazo establecido en el párrafo anterior, la parte más diligente previa intimación a la otra, procederá a su designación.

Los honorarios y 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.

8º) **TERMINACION DE LA COBERTURA.-** La cobertura del riesgo de invalidez prevista en esta Cláusula, cesará, para cada certificado, en las siguientes circunstancias:

- a) al caducar la póliza y/o el certificado individual por cualquier causa;
- b) a partir de la fecha en que el Asegurado cumpla sesenta y cinco (65) años de edad;
- c) al retirarse el empleado del servicio activo del Contratante.

Emitida en Buenos Aires el 13 de Febrero de 2006



ALICO COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

Esta cláusula ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación

SEGURO COLECTIVO DE VIDA

ANEXO

RIESGOS NO CUBIERTOS

de la Cláusula de Invalidez A

La Compañía no pagará la indemnización cuando la invalidez del Asegurado se produjera por alguna de las siguientes causas:

- a) Tentativa de suicidio voluntario del Asegurado;
- b) Si es provocada deliberadamente por acto ilícito del Contratante del presente seguro, excepto que el pago de la prima este a cargo del Asegurado; o en caso de accidente si es provocado por dolo o culpa grave del Asegurado;
- c) Por duelo o riña, salvo que se tratase de legítima defensa; empresa o acto criminal;
- d) Acto de guerra civil o internacional, guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo;
- e) Abuso del alcohol, drogas, estupefacientes, narcóticos o estimulantes;
- f) Someterse a intervenciones médicas o quirúrgicas ilícitas;
- g) Por la práctica o el uso de la navegación aérea, salvo como pasajero en líneas regulares, o por otras ascensiones aéreas o aladeltismo;
- h) Por la participación en viajes o prácticas deportivas submarinas o subacuáticas o escalamiento de montaña;
- i) Competir en pruebas de pericia y/o velocidad con vehículos mecánicos o de tracción a sangre o en justas hípicas, o cualquier otra prueba análoga;
- j) Intervenir en pruebas de prototipos de aviones, automóviles y otros vehículos de propulsión mecánica;
- k) Desempeño paralelo de las profesiones de acróbata, buzo, jockey y domador de potros o fieras y/o la 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;
- l) De una infección que sea consecuencia directa o indirecta del virus HIV (Human Immune Virus);
- m) Acontecimientos catastróficos originados por reacciones nucleares.

JORGE J. GIMENEZ LASCANO
ABOGADO
MAT. PROV. 4443
MAT. FED. T° 97 F° 372

CLAUSULA D

CLAUSULA DE ACCIDENTE

Incorporada a la póliza de Seguro Colectivo de Vida N° 302.169 emitida por ALICO COMPAÑIA DE SEGUROS S.A., que asegura la vida de los empleados de ALPARGATAS SAIC Y OTROS

INDEMNIZACION ADICIONAL POR ACCIDENTE

1°) RIESGO CUBIERTO

La Compañía concederá el beneficio que acuerda esta Cláusula cuando el Asegurado fallezca o sufra alguna pérdida de un órgano o miembro, prevista en el punto 2° de la presente Cláusula, como consecuencia de lesiones corporales producidas directa y exclusivamente por causas externas, violentas y fortuitas, ajenas a toda otra causa e independientes de su voluntad, siempre que el fallecimiento o la pérdida de un órgano o miembro se produzca dentro de los ciento ochenta (180) días del suceso o accidente y que éste ocurra durante la vigencia de su seguro y antes que haya cumplido sesenta y cinco (65) años de edad.

Se excluyen expresamente los casos que sean consecuencia de enfermedades o infecciones de cualquier naturaleza.

2°) BENEFICIO

La Compañía, comprobado el accidente, abonará, dentro del plazo estipulado en el Artículo 49°, 2° párrafo de la Ley N° 17.418, al Asegurado o al beneficiario instituido el porcentaje del capital asegurado por muerte que corresponda de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida, según se establece en la escala siguiente:

INDEMNIZACION TOTAL

. Pérdida de la vida	100 %
. Pérdida de ambas manos o de ambos pies o de la vista de ambos ojos, o de una mano y de un pie o de una mano y de la vista de un ojo, o de un pie y de la vista de un ojo	100 %
. Estado absoluto e incurable de alienación mental, que no permita al Asegurado ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida	100 %
. Fractura incurable de la columna vertebral que determine la invalidez total y permanente	100 %

INDEMNIZACION PARCIAL

a) Cabeza	
. Sordera total e incurable de los dos oídos	50%
. Pérdida de un ojo o reducción de la mitad de la visión binocular normal	40%
. Sordera total e incurable de un oído	15%
. Ablación de la mandíbula inferior	50%
b) Miembros superiores	Der. Izq.
. Pérdida total de un brazo	65% 52%
. Pérdida total de una mano	60% 48%

ALICO COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.
CALLE 14 N° 1000
CAROLINA, GUAYAMA, P.R.
TEL. (787) 833-1111

. Fractura no consolidada de un brazo (seudoar- trosis total)	45%	36%
. Anquilosis del hombro en posición no funcional	30%	24%
. Anquilosis del hombro en posición funcional	25%	20%
. Anquilosis del codo en posición no funcional	25%	20%
. Anquilosis del codo en posición funcional	20%	16%
. Anquilosis de la muñeca en posición no funcional	20%	16%
. Anquilosis de la muñeca en posición funcional	15%	12%
. Pérdida total del pulgar	18%	14%
. Pérdida total del índice	14%	11%
. Pérdida total del medio o anular	8%	6%
. Pérdida total del dedo meñique	9%	7%
c) Miembros inferiores		
. Pérdida total de una pierna	55%	
. Pérdida total de un pie	40%	
. Fractura no consolidada de un muslo (seudo artrosis total)	35%	
. Fractura no consolidada de una pierna (seudo artrosis total)	30%	
. Fractura no consolidada de una rótula	30%	
. Fractura no consolidada de un pie (seudo artrosis total)	20%	
. Anquilosis de la cadera en posición no funcional	40%	
. Anquilosis de la cadera en posición funcional	20%	
. Anquilosis de la rodilla en posición no funcional	30%	
. Anquilosis de la rodilla en posición funcional	15%	
. Anquilosis del empeine (garganta del pie) en posición no funcional	15%	
. Anquilosis del empeine (garganta del pie) en posición funcional	8%	
. Acortamiento de un miembro inferior de por lo me- nos cinco centímetros	15%	
. Acortamiento de un miembro inferior de por lo me- nos tres centímetros	8%	
. Pérdida total del dedo gordo de un pie	8%	
. Pérdida total de otro dedo del pie	4%	

Se entiende por pérdida total aquella que tiene lugar por la amputación o por la inhabilitación funcional total y definitiva del miembro u órgano lesionado.

La pérdida parcial de los miembros u órganos, será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la capacidad funcional.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada cuando se ha producido, por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponda por pérdida del dedo entero si la falange fuera del pulgar y a la tercera parte, por cada falange de cualquier otro dedo. Si la reducción de la respectiva capacidad funcional deriva de pseudo artrosis, la indemnización no podrá exceder del setenta por ciento (70 %) de la que corresponda por la pérdida total de la falange.

En caso de constar en la solicitud individual que el Asegurado haya declarado ser zurdo, se invertirán los porcentajes de indemnizaciones fijados por las pérdidas de los miembros superiores.

En el caso de varias pérdidas en uno o más accidentes, la Compañía abonará la indemnización que corresponda a la suma de los respectivos porcentajes. Cuando esa suma sea del 80 % o más, se pagará la indemnización máxima prevista por esta Cláusula que es del 100% del capital asegurado.

JORGE J. GIMENEZ LASCAN
ABOGADO
MAT. PROV. 4443
MAT. FED. Tº 37 Fº 372

Si las consecuencias de un accidente ya indemnizado se agravaran y, durante el transcurso de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha del accidente, ocasionaran otra u otras pérdidas o la muerte, la Compañía pagará cualquier diferencia que pudiera corresponder, sin excederse el máximo de la cobertura.

La indemnización por lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración que precede constituyan una pérdida permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de existir analogía, su comparación con la de los casos previstos y siempre independientemente de la profesión u ocupación del Asegurado.

3º) CARACTER DEL BENEFICIO

Las indemnizaciones por accidente son adicionales e independientes de los demás beneficios previstos en la póliza y, en consecuencia, la Compañía no hará, por tal concepto, deducción alguna de la suma asegurada al pagarse cualquiera de ellos, sea por fallecimiento o por invalidez del Asegurado.

4º) RIESGOS NO CUBIERTOS

La Compañía no pagará la indemnización cuando el accidente se produzca por alguna de las siguientes causas:

- a) Tentativa de suicidio voluntario del Asegurado;
- b) Si es provocada deliberadamente por acto ilícito del Contratante del presente seguro, excepto que el pago de la prima este a cargo del Asegurado; o en caso de accidente si es provocado por dolo o culpa grave del Asegurado;
- c) Por duelo o riña, salvo que se tratase de legítima defensa; empresa o acto criminal;
- d) Acto de guerra civil o internacional, guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo;
- e) Abuso del alcohol, drogas, estupefacientes, narcóticos o estimulantes;
- f) Someterse a intervenciones médicas o quirúrgicas ilícitas;
- g) Por la práctica o el uso de la navegación aérea, salvo como pasajero en líneas regulares, o por otras ascensiones aéreas o aladeltismo;
- h) Por la participación en viajes o prácticas deportivas submarinas o subacuáticas o escalamiento de montaña;
- i) Competir en pruebas de pericia y /o velocidad con vehículos mecánicos o de tracción a sangre o en justas hípicas, o cualquier otra prueba análoga;
- j) Intervenir en pruebas de prototipos de aviones, automóviles y otros vehículos de propulsión mecánica;
- k) Desempeño paralelo de las profesiones de acróbata, buzo, jockey y domador de potros o fieras y /o la 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;
- l) De una infección que sea consecuencia directa o indirecta del virus HIV (Human Immune Virus);
- m) Acontecimientos catastróficos originados por reacciones nucleares;
- n) Inhalación de gases o envenenamientos de cualquier naturaleza;
- ñ) Fenómenos sísmicos, huracanes;
- o) Actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por ninguna necesidad profesional, salvo en caso de tentativa de salvamento de vidas o bienes.

5º) COMPROBACION DEL ACCIDENTE

Corresponde al Asegurado o al beneficiario instituido:

- 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.

La Compañía, en caso de muerte del Asegurado, se reserva el derecho de gestionar la exhumación del 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.

6º) VALUACION POR PERITOS

Si en la apreciación de la invalidez del Asegurado surgieran divergencias entre su médico y el designado por la Compañía, ambos procederán de inmediato a nombrar a un tercero, quien previo examen del Asegurado dictaminará al respecto. Si no hubiera acuerdo entre las partes sobre la apreciación de cualquier lesión del Asegurado, la misma será analizada por dos médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los ocho 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 omitiese designar médico dentro del octavo día de requerido por la otra, o si el tercer facultativo no fuese electo en el plazo establecido en el párrafo anterior, la parte más diligente previa intimación a la otra, procederá a su designación.

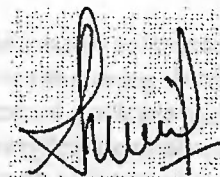
Los honorarios y gastos de los médicos de las partes estarán a su respectivo cargo, y los del tercero serán pagados por la parte cuyas pretensiones se alejen más del dictamen definitivo, salvo el caso de equidistancia en que se pagará por mitades entre las partes.

7º) TERMINACION DE LA COBERTURA

La cobertura del riesgo de accidente prevista en esta Cláusula, cesará para cada certificado en las siguientes circunstancias:

- a) a partir del momento en que el Asegurado haya percibido, por aplicación de esta Cláusula, indemnizaciones equivalentes al capital asegurado;
- b) al caducar la póliza y/o el certificado individual por cualquier causa;
- c) al producirse la invalidez total y permanente del Asegurado;
- d) a partir de la fecha en que el Asegurado cumpla los sesenta y cinco (65) años de edad;
- e) al retirarse el empleado del servicio activo del Contratante.

Emitida en Buenos Aires el 13 de Febrero de 2006



ALICO COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

Esta cláusula ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación

JORGE J. GIMENEZ LASCANO
ABOGADO
MAT. PROV. 4443
MAT. FED. Tº 97 Fº 372

SEGURO COLECTIVO DE VIDA

ANEXO

RIESGOS NO CUBIERTOS

de la Cláusula de Accidente D

La Compañía no pagará la indemnización cuando el accidente se produzca por alguna de las siguientes causas:

- a) Tentativa de suicidio voluntario del Asegurado;
- b) Si es provocada deliberadamente por acto ilícito del Contratante del presente seguro, excepto que el pago de la prima este a cargo del Asegurado; o en caso de accidente si es provocado por dolo o culpa grave del Asegurado;
- c) Por duelo o riña, salvo que se tratase de legítima defensa; empresa o acto criminal;
- d) Acto de guerra civil o internacional, guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo;
- e) Abuso del alcohol, drogas, estupefacientes, narcóticos o estimulantes;
- f) Someterse a intervenciones médicas o quirúrgicas ilícitas;
- g) Por la práctica o el uso de la navegación aérea, salvo como pasajero en líneas regulares, o por otras ascensiones aéreas o aladeltismo;
- h) Por la participación en viajes o prácticas deportivas submarinas o subacuáticas o escalamiento de montaña;
- i) Competir en pruebas de pericia y /o velocidad con vehículos mecánicos o de tracción a sangre o en justas hípicas, o cualquier otra prueba análoga;
- j) Intervenir en pruebas de prototipos de aviones, automóviles y otros vehículos de propulsión mecánica;
- k) Desempeño paralelo de las profesiones de acróbata, buzo, jockey y domador de potros o fieras y/o la 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;
- l) De una infección que sea consecuencia directa o indirecta del virus HIV (Human Immune Virus);
- m) Acontecimientos catastróficos originados por reacciones nucleares;
- n) Inhalación de gases o envenenamientos de cualquier naturaleza;
- ñ) Fenómenos sísmicos, huracanes;
- o) Actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por ninguna necesidad profesional, salvo en caso de tentativa de salvamento de vidas o bienes.

**a Adicional de Enfermedades Críticas
para Seguros Colectivos de Vida
Condiciones Generales**

Cláusula incorporada a la póliza de Seguro Colectivo de Vida N° 302.169 emitida por ALICO COMPAÑIA DE SEGUROS S. A., que asegura la vida de los empleados de ALPARGATAS SAIC Y OTROS.

1.- Disposiciones Fundamentales

a.- La presente Cobertura Adicional queda sometida a las condiciones y estipulaciones de la Póliza Básica en cuanto no sean modificadas o derogadas expresamente por la presente Cláusula.

b.- Esta Cobertura Adicional se otorga sobre la base de las declaraciones suscriptas por el Tomador en su solicitud y las declaraciones suscriptas por los asegurados en sus solicitudes y en los cuestionarios relativos a su salud. Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Tomador o los Asegurados, aun hecha de buena fe, que a juicio de peritos hubiere impedido la aceptación de los riesgos individuales o modificado las condiciones si la Compañía hubiese sido cerciorada del verdadero estado del riesgo, hace nula la cláusula o los certificados de los asegurados, según el caso. La Compañía no invocará, como reticencia o falsa declaración, la omisión de hechos o circunstancias, cuya pregunta no conste expresa y claramente en las solicitudes y en sus declaraciones personales para el seguro.

c.- Esta cobertura adquiere fuerza legal desde las cero (0) horas del día fijado como comienzo de su vigencia.

2.- Riesgos Cubiertos

La Compañía concederá el beneficio acordado por esta cláusula, al Asegurado que se le diagnostique alguna de la enfermedades críticas definidas en el apartado N° 3 "Enfermedades Cubiertas", siempre y cuando tal diagnóstico hubiese sido emitido por primera vez, una vez transcurrido el Período de Carencia indicado en el apartado N° 4 de esta cobertura y antes de la fecha en que el asegurado alcance los 65 años de edad.

3.- Enfermedades Cubiertas

La Compañía concederá el beneficio acordado por esta cláusula, según el o los módulos contratados, al Asegurado que se le diagnostique alguna de las siguientes enfermedades:

MODULO I

Cáncer: Se entiende por esta enfermedad toda forma de crecimiento y dispersión de células malignas y la invasión del tejido, positivamente diagnosticado como cáncer -neoplasma maligno - por un profesional especializado. Quedan excluidas todas las formas de tumores benignos, carcinomas de piel - salvo el melanoma maligno o melanosarcoma-, los estadios de tumores muy precoces y no invasivos (carcinoma in-situ) y cualquier tipo de tumor asociado al síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

El presente módulo contempla las siguientes coberturas:

a.- **Primer Pago Global por Diagnóstico de Cáncer:** Contra la confirmación del padecimiento del Cáncer, tal como ha sido definido en la presente póliza, la Compañía se compromete a pagar una Suma Global, tal como se estipula en el Esquema de Beneficios.


JORGE J. GIMENEZ LASCARI
ABOGADO
MAT. PROV. 4443
MAT. FED. T° 97 F° 370

b.- **Beneficio de Soporte Trimestral:** Comprobado el diagnóstico de Cáncer, tal como ha sido definido en la presente póliza, la Compañía pagará al Asegurado, una Suma en efectivo cada tres meses y hasta un máximo de 4 pagos, tal como está estipulado en el Esquema de Beneficios.

c.- **Renta Diaria por Internación a Causa de Cáncer:** Si como resultado del diagnóstico de Cáncer, el Asegurado debiera permanecer Internado en algún Establecimiento Asistencial (Sanatorio, Hospital, Clínica, Instituto, Policlínica, etc.), la Compañía abonará una Suma Diaria a partir del primer día de Internación del importe que figura en el Esquema de Beneficios, y a hasta un máximo de 180 días. No serán cubiertas aquellas hospitalizaciones que ocurran luego del 3 año de diagnóstico del Cáncer.

d.- **Beneficio de Fallecimiento a causa de Cáncer:** Si como resultado del diagnóstico de Cáncer e independientemente de cualquier otra causa, el Asegurado fallece antes de cumplir los 65 años de edad, la Compañía abonará a sus Beneficiarios una Suma Asegurada, tal como se estipula en el Esquema de Beneficios.

MODULO II

Transplante de Órganos: Transplante de corazón, pulmón, corazón y pulmón, hígado, páncreas, riñón o médula ósea. Queda excluida todo transplante asociado con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

El diagnóstico y la recomendación de transplante deberán ser efectuados por al menos dos Médicos especialistas, uno de ellos a ser designado por la Compañía, y deberá, fehacientemente, concretarse la operación.

MODULO III

a.- **Infarto de Miocardio:** Se entiende por esta enfermedad la necrosis de tejido miocárdico, como consecuencia de un inadecuado suministro sanguíneo al área relevante del músculo. El diagnóstico deberá ser inequívoco y soportado por:

- Historia de dolor de pecho - indicativo de Cardiopatía Isquémica.
- Cambios nuevos y relevantes detectados por Electrocardiograma.
- Aumento de las enzimas cardíacas por encima de los valores standard de laboratorio.

Quedan excluidos los infartos silenciosos.

b.- **Cirugía arterio-coronaria / by pass:** Se entiende por esta intervención la operación de "puente coronario" realizada con el objeto de tratar afecciones de dos o más arterias coronarias por indicación de un especialista, evidenciada por el resultado de una angiografía y destinada a corregir una estenosis u oclusión en las mencionadas arterias. Quedan excluidas las angioplastias, tratamientos por láser y todas las otras técnicas que no requieran la apertura quirúrgica del tórax, así como las operaciones de válvulas, operaciones por tumoración intracardiaca o alteración congénita.

c.- **Infarto o Hemorragia Cerebral:** Se entiende por esta enfermedad la necrosis del tejido cerebral como resultado de una interrupción brusca del suministro sanguíneo adecuado al área involucrada, ya sea por trombosis, embolia o hemorragia masiva intra - cerebral o dentro del espacio subaracnoideo, que causan deficiencia neurológica por más de 24 horas.

Quedan excluidos los episodios de isquemia transitoria y las alteraciones neurológicas consecutivas a traumatismo encefálico o enfermedades intra craneanas ocupantes e infecciones.

d.- **Insuficiencia Renal Crónica:** Estadío final de la Insuficiencia Renal bilateral caracterizada como crónica e irreversible, que hace necesario someter al asegurado a un programa de diálisis peritoneal, hemodiálisis periódica o transplante de riñón.

Queda excluida toda enfermedad unilateral falla renal aguda que presuponga recuperación de la función renal.

También quedan excluidas todas las insuficiencias renales asociadas con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

4.- Período de Carencia

El Período de Carencia estipulado por la Compañía para la Presente Cláusula Adicional figurará en cada Certificado Individual. Si durante el período de Carencia el Asegurado padeciera o se le diagnosticare alguna de las enfermedades cubiertas o se le practicare alguna de las cirugías que figuran en la presente póliza, no serán de aplicación los beneficios de esta póliza, la cual esta referida a cubrir aquellas enfermedades que se iniciaren con posterioridad al plazo de carencia.

5.- Enfermedades Preexistentes

Se entiende como tales a aquellas enfermedades que, iniciadas con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia del Certificado Individual, o por la cual hubiere recibido cuidado, tratamiento o atención médica, y tuvieren conexidad directa o indirectamente con la afección que genera el reclamo. Dicha enfermedad preexistente será tenida en cuenta a los fines de esta exclusión de cobertura cuando resulte desencadenante del proceso motivo del reclamo, fuera base del mismo o tuviere conexión principal con él.

6.- Personas Asegurables

Se consideran Personas Asegurables a la fecha de emisión de la presente cobertura a todas aquellas personas integrantes del grupo regido por el Tomador siempre que no hayan cumplido sesenta y cinco (65) años de edad. Las personas que en lo futuro entren a formar parte del grupo, así como las que reingresen al mismo, serán asegurables respectivamente, a partir de la fecha de su incorporación o reincorporación.

7.- Beneficio

La Compañía, una vez recibida la documentación probatoria detallada en el apartado N° 11 -"Requisitos para la Validez del Diagnostico y Plazo de Prueba" y luego de verificado el diagnóstico, acuerda abonar al Asegurado los beneficios que otorga la presente Cláusula Adicional, y cuyo esquema figura en las Condiciones Particulares, luego de transcurridos los siguientes plazos:

MODULO I

Una vez verificado por la Compañía.

MODULO II

Una vez producida y verificada la intervención.

MODULO III

- Infarto de Miocardio

72 Hs. de producido.

- Cirugía Arterio Coronaria / By Pass

Una vez producida y verificada la intervención.

- Infarto o Hemorragia cerebral

72 Hs. de producido.

- Insuficiencia Renal Crónica

Una vez verificado por la Compañía.

8.- Carácter del Beneficio

Los beneficios que acuerda la presente Cláusula Adicional son independientes de otros previstos en la póliza, y en consecuencia, la Compañía no hará deducción alguna de la indemnización a pagar por la Cobertura Básica de la Póliza.

JORGE J. GIMENEZ LASCAN
ABOGADO
MAT. PROV. 4443
MAT FED. T° 97 F° 372

9.- Forma de Pago de Beneficios

La Compañía pagará el beneficio estipulado dentro de los 15 días de la comprobación y aceptación por parte de la Compañía de la enfermedad o intervención que dió origen al reclamo, salvo para el caso de Infarto de Miocardio y Derrame o Infarto Cerebral, donde se estipula un plazo de prueba de 72 Hs. luego de producido dicha enfermedad.

10.- Primas

Las primas correspondientes a la presente Cláusula, regirán durante el primer año de vigencia de la Cobertura, y serán ajustadas en cada aniversario del Certificado Individual por la Compañía, la que comunicará por escrito al Tomador la nueva prima resultante, con una anticipación no menor de treinta (30) días a la fecha del aniversario en que comience su renovación.

11.- Requisitos para la Validez del Diagnostico y Plazo de Prueba.

Para que la denuncia del siniestro sea considerada como válida, se requiere la presentación de un informe escrito con el diagnóstico del Médico Especialista que asistió al Asegurado, acompañado con documentación respaldatoria del diagnóstico, originada en estudios clínicos, radiológicos, histológicos y/o de laboratorio. Tal documentación deberá ser presentada dentro de los treinta (30) días de la fecha de determinación del diagnóstico definitivo en las oficinas de la Compañía; salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho.

La Compañía, dentro de los treinta (30) días de recibida las constancias detalladas en el párrafo anterior, deberá manifestar su aceptación, postergación o rechazo del reclamo. Si la información presentada no resultara concluyente, la Compañía podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor a treinta (30) días, a fin de confirmar el diagnóstico.

La Compañía se reserva el derecho de solicitar -a su cargo- exámenes médicos adicionales realizados por un profesional de su elección. La no contestación por parte de la Compañía dentro del plazo establecido, significará automáticamente el reconocimiento del beneficio reclamado.

12.- Valuación de Peritos

En caso de sobrevenir alguna diferencia sobre la naturaleza del diagnóstico, la misma será sometida a la decisión de peritos médicos nombrados uno por cada parte, quienes antes de desempeñar su cometido, designarán un tercero para que decida en caso de desacuerdo.

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 omitiese designar médico dentro del octavo día de requerido por la otra o si el tercer facultativo no fuese electo en el plazo establecido en el párrafo anterior, la parte más diligente -previa intimidación a la otra- procederá a su designación.

Los honorarios y gastos de los médicos de las partes estarán a su respectivo cargo y los del tercer facultativo serán pagados por la parte cuyas pretensiones se alejen más del dictamen definitivo, salvo el caso de equidistancia en que será abonado por las partes en igual proporción.

13.- Riesgos No Cubiertos

Las enfermedades y/o intervenciones quirúrgicas establecidas en el apartado N° 3 de la presente Cláusula Adicional no estarán cubiertas cuando se produjeran como consecuencia de:

a.- Herida o enfermedad infligida intencionalmente a si mismo;

- b.- Acontecimientos catastróficos originados en la energía nuclear, inhalación de gases o envenenamiento de cualquier naturaleza;
- c.- Abuso de alcohol, uso de drogas, salvo que hubiese sido prescripto por profesional médico e ingerido de acuerdo con tal prescripción, o el uso de narcóticos;
- d.- Intervenciones médicas o tratamientos con drogas o materiales que se encuentren en procesos de experimentación, cualquiera sea su etapa de desarrollo;
- e.- Toda enfermedad que tenga origen o causa en el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA);
- f.- Enfermedades preexistentes, entendiéndose por tales aquellas que se definen en el apartado N°5 de la presente cláusula adicional.
- g.- Cualquier enfermedad que no este específicamente definida en la presente Cláusula Adicional;
- h.- Anomalías congénitas y patológicas derivadas o resultantes de las mismas.
- i.- Cualquier diagnóstico efectuado por algún integrante del Grupo Familiar Directo del Asegurado, entendiéndose como Grupo Familiar Directo a sus abuelos, padres, hermanos, hijos, independientemente del hecho que tal persona fuere un Médico o profesional de Salud.

14.- Agravación del Riesgo

El Tomador o el Asegurado deberán comunicar a la Compañía, antes de que se produzca, cualquier cambio o desempeño paralelo de profesión, ocupación o actividad del Asegurado que agrave el riesgo asumido por la Compañía, entendiéndose por tal:

a.- La dedicación profesional en tareas de fábricas, como usinas o laboratorios con exposición a radiaciones atómicas, u otras profesiones, ocupaciones o actividades de análogas características.

La Compañía dentro de los treinta (30) días de recibida la comunicación del Tomador o del Asegurado, podrán rescindir el seguro si los cambios de profesión, ocupación o actividad del Asegurado agravaran el riesgo de modo tal que, de existir en el momento de contratación, la Compañía no hubiera emitido el correspondiente Certificado Individual.

15.- Inicio y Terminación de la Cobertura

La cobertura prevista en esta cláusula rige desde la fecha indicada en el correspondiente Certificado Individual a tal efecto y cesará en la primera de las siguientes circunstancias:

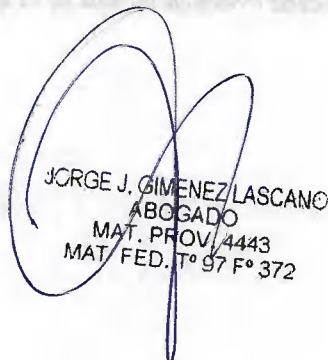
- a.- Al pagarse cualquiera de los beneficios previstos en esta cláusula;
- b.- Al dejar de hallarse la póliza en pleno vigor;
- c.- Al dejar de hallarse el Certificado Individual en pleno vigor;
- d.- A partir de la fracción de año que coincida con el vencimiento de la prima inmediato posterior a que el asegurado cumpla los sesenta y cinco (65) años de edad para el seguro.

En los casos a) y d) el costo de la cobertura dejará de integrar la prima mensual.

Emitida en Buenos Aires, 13 de Febrero de 2006



ALICO Cía. de Seguros S.A.



JORGE J. GIMENEZ LASCANO
ABOGADO
MAT. PROV. 4443
MAT. FED. T° 97 F° 372

SEGURO ADICIONAL DE CONYUGES

Cláusula incorporada a la póliza de Seguro Colectivo de Vida N° 302.169 emitida por **ALICO COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.**, que asegura la vida de los empleados (en adelante denominados los Asegurados Principales) de **ALPARGATAS SAIC Y OTROS** (en adelante denominado el Contratante).

ALICO COMPAÑIA DE SEGUROS S. A. (en adelante denominada la Compañía), de acuerdo a las condiciones de esta Cláusula y a las condiciones de la Póliza que resulten aplicables, **SE OBLIGA A PAGAR** la suma estipulada en el art. 3° de la presente Cláusula para el caso de fallecimiento, incapacidad total y permanente por accidente y doble indemnización por muerte accidental del cónyuge del Asegurado Principal, al beneficiario instituido, en su oficina central en la ciudad de Buenos Aires, dentro de los plazos legales.

1°. OBJETO Y EXTENSION DEL SEGURO: Esta Cláusula comprende a los cónyuges de los Asegurados Principales incorporados a la Póliza, y los cubre contra el riesgo de :

- ☐ Muerte
- ☐ Incapacidad total y permanente por accidente
- ☐ Doble indemnización por muerte accidental

En todos los casos, las coberturas previstas en este artículo están sujetas a los límites, condiciones y exclusiones previstos en la Póliza para cada tipo de riesgo.

2°. CONYUGES ASEGURABLES: Son asegurables los cónyuges de los Asegurados Principales que se encuentren a su cargo y convivan bajo el mismo techo. Quedan expresamente excluidos los cónyuges que estuvieran comprendidos en el Seguro Colectivo como integrantes del personal del Contratante. Podrán también adherir a la cobertura las personas a que se refieren los incisos c y d del artículo 53 de la Ley 24.241 y que reúnan los requisitos exigidos por dicha norma.

3°. SUMA ASEGURADA: El seguro adicional para el cónyuge es del 50 % (cincuenta) del capital asegurado del Asegurado Principal correspondiente. En todos los casos, el porcentaje indicado se calculará sobre el capital asegurado del Asegurado Principal vigente a la fecha del fallecimiento del cónyuge.

4°. INICIACION Y VIGENCIA: Los cónyuges asegurables, deberán cumplimentar al momento del ingreso a la póliza un formulario de **Declaración Jurada de Salud**, el cual será evaluado por el Dpto. Médico de la Compañía.

El plazo para la incorporación del cónyuge al seguro adicional es de dos meses -no menos de sesenta (60) días- corridos desde la fecha en que resultaran asegurables o en que el Asegurado Principal contrajera matrimonio. Excedido el plazo antes mencionado, incluso por haber excedido el Asegurado Principal el plazo para la propia adhesión, el cónyuge que deseara incorporarse habrá de suministrar pruebas de asegurabilidad satisfactorias para la Compañía con gastos a cargo del Asegurado Principal. El seguro adicional regirá a partir de la cero (0) hora del día primero del mes que siga a la fecha de la solicitud, o a la de aprobación de las pruebas de asegurabilidad en caso de ser necesarias. Quienes invoquen el carácter de convivientes, en todos los casos, deberán aportar pruebas de su carácter de tales y presentar evidencia médica de su asegurabilidad, a satisfacción de la Compañía.

ALICOM S.A. - SE
CALLE 14 N° 1000
CABA - CABA
TEL. 011 4380 0000

5° PRIMAS Y SU PAGO: La prima promedio resultante para el grupo de Asegurados Principales se aplicará también al seguro adicional de cónyuges y su pago se hará conjuntamente con el correspondiente a los Asegurados Principales.

6° - BENEFICIARIO: El beneficiario de este seguro adicional será el Asegurado Principal, y en caso de muerte simultánea el seguro adicional se liquidará a los herederos legales del Asegurado Principal.

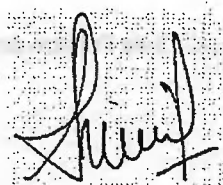
7° - INFORMACION QUE DEBE SUMINISTRARSE A LA COMPAÑIA: Los Asegurados Principales, de estado civil casados o que hubieren asegurado a sus convivientes, proporcionarán en los formularios suministrados al efecto los nombres y apellidos de sus cónyuges o convivientes – según corresponda-, fechas de nacimiento, etc., e informarán a la Compañía de cualquier circunstancia que afecte el vínculo matrimonial o la convivencia.

8° - RESCISION DEL SEGURO ADICIONAL: La cobertura del Seguro Adicional de Cónyuges, quedará rescindida o caducará, para cada Certificado, en los siguientes casos:

- a) por la renuncia a continuar con esta cobertura;
- b) al caducar la póliza y/o el certificado del Asegurado Principal, por cualquier causa;
- c) cuando sobrevenga cualquier causal en cuya virtud el vínculo matrimonial resulte afectado (nulidad, divorcio, separación de hecho por decisión unilateral o conjunta, etc.) o cesare la convivencia en aparente matrimonio según correspondiere;
- d) en cualquier aniversario de la póliza en que la cantidad de cónyuges asegurados sea inferior al setenta y cinco por ciento (75 %) de los cónyuges asegurables;
- e) al fallecimiento del Asegurado Principal;
- f) por rescisión de esta Cláusula a pedido del Contratante o por decisión de la Compañía, de acuerdo a lo estipulado en el Artículo 23° de las Condiciones Generales;
- g) por conversión del certificado colectivo del Asegurado Principal en póliza de vida individual;
- h) al retirarse el Asegurado Principal del servicio activo del Contratante.

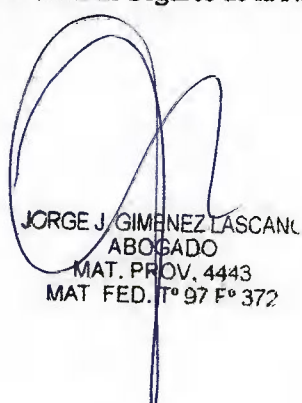
9° - CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA: Esta Cláusula amplía las Condiciones Generales de la Póliza. Sin perjuicio de lo anterior, las Condiciones Generales de la Póliza y sus cláusulas adicionales regirán esta Cláusula en todo lo que no haya sido aquí modificado.”

Buenos Aires, 13 de Febrero de 2006



ALICO COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

Esta Cláusula ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación



JORGE J. GIMENEZ LASCANL
ABOGADO
MAT. PROV. 4443
MAT. FED. T° 97 F° 372

SEGURO ADICIONAL PARA CÓNYUGES VIUDOS – HIJOS PÓSTUMOS

BENEFICIO - COBERTURA PARA CÓNYUGE VIUDO

La Compañía otorgará al cónyuge viudo, en forma automática y sin pago ulterior de primas, un seguro de vida temporario por un año para cubrir su riesgo de fallecimiento. Esta cobertura comenzará el día de la fecha de fallecimiento del Asegurado Titular de la póliza. .

El Capital Asegurado por el que será cubierto el Cónyuge viudo, será el mismo Capital por el que se encontraba cubierto a través de la Cláusula de Seguro Adicional de Cónyuges y los beneficiarios de esta cobertura serán sus herederos legales.

Esta cobertura resulta de aplicación únicamente a los cónyuges de los Asegurados Titulares, que hubiesen sido incorporados al Seguro Colectivo bajo la Cláusula de Seguro Adicional de Cónyuges.

En caso de contratarse el presente beneficio quedará sin efecto el inciso e) del artículo 8 de las Condiciones Generales de la Cláusula de Cónyuges.”

BENEFICIO - COBERTURA DE HIJO PÓSTUMO

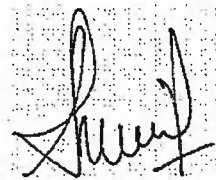
Si dentro del término de 270 días posteriores al fallecimiento del titular de la póliza, tuviera lugar el nacimiento con vida de algún hijo, la Compañía abonará al padre supérstite, tutor o encargado designados, un importe equivalente al Capital Asegurado que hubiere sido oportunamente abonado a los beneficiarios del Asegurado Titular fallecido. Bajo ningún concepto –aún en el caso de tener lugar nacimientos múltiples- se reconocerá una indemnización superior al Capital Asegurado correspondiente al Asegurado Titular fallecido, o a \$50.000 (Pesos cincuenta mil) de ambas, la suma que resulte inferior.

Esta cobertura no procederá si la Compañía hubiese rechazado, por cualquier causa, el pago de la prestación por el fallecimiento del Asegurado Titular.

Determinación de la Cobertura:

Estas Cláusulas amplían las Condiciones Generales de la póliza a que están adheridas y de las cuales se consideran complementarias.

Buenos Aires, el 13 de Febrero de 2006



ALICO Cia. de Seguros S.A.

SEGURO COLECTIVO DE VIDA COLECTIVO

CONDICIONES GENERALES

Artículo 1. DISPOSICIONES FUNDAMENTALES

1) Las partes contratantes se someten a las disposiciones de la Ley de Seguros N° 17.418 y a las de la presente póliza que la complementan o modifican, cuando ello es admisible. En caso de no coincidir las Condiciones Generales con las Particulares, se estará a lo que dispongan estas últimas.

2) Esta póliza ha sido extendida por la Compañía sobre la base de las declaraciones suscriptas por el Contratante y por los Asegurados en sus respectivas solicitudes. Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Contratante o por los Asegurados, aún hecha de buena fe, que a juicio de peritos hubiere impedido el contrato o la aceptación de los seguros individuales, o habría modificado las condiciones de los mismos, si la Compañía hubiese sido cerciorada del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato o los certificados de los Asegurados, según el caso.

3) Esta póliza adquiere fuerza legal desde las cero (0) horas del día fijado como comienzo de su vigencia y se renueva en cada aniversario de la misma, por periodos anuales en forma automática.

Artículo 2. PERSONAS ASEGURABLES

1) Se consideran asegurables a la fecha de emisión de esta póliza, todos aquellos empleados del Contratante menores de 65 años de edad que se encuentren en servicio activo en dicha fecha.

2) Los empleados del Contratante que a la fecha de emisión de esta póliza no se encuentren en servicio activo serán asegurables a partir del día primero del mes siguiente a aquel en que reanuden su trabajo.

3) Los empleados que en lo futuro entren al servicio del Contratante, serán asegurables a partir del día primero del mes siguiente a la fecha en que cumplan dos meses de servicio activo y continuo. Los empleados que reingresen al servicio del Contratante, podrán eximirse del plazo de espera siempre que presenten pruebas de asegurabilidad satisfactorias para la Compañía y paguen los gastos necesarios para obtenerlas.

4) Se entiende por "servicio activo" el desempeño normal de tareas al servicio del Contratante por las personas que figuren en la lista del personal activo, sin perjuicio de que en los casos que indica el Artículo 12°, inciso 4) la suspensión del trabajo o la terminación del empleo no implique la cancelación del seguro.

5) El término "empleados" comprende a éstos como asimismo los obreros, los jubilados en las condiciones del Artículo 13°, y los dueños únicos o socios y directores de la empresa que dediquen a la misma un mínimo de 30 horas semanales.

6) Queda convenido que toda persona que se incorpore al grupo asegurado, o que permanezca incluida en él, y que no cumpla con los requisitos para ser incluida o permanecer en el seguro, según la definición de asegurable convenida en el presente artículo, aún cuando hubiera abonada primas, no será cubierta por este seguro y sólo dará lugar a la devolución de primas pagadas.

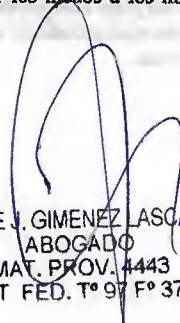
Artículo 3. FORMA Y PLAZO PARA SOLICITAR EL SEGURO INDIVIDUAL

1) Todo empleado asegurable que desee incorporarse a esta póliza, deberá solicitarlo por escrito en los formularios de solicitud individual que a este efecto proporciona la Compañía. La solicitud deberá formularla dentro del plazo de un mes -no superior a treinta (30) días-, a contar desde la fecha en que sea asegurable.

2) Los empleados asegurables que soliciten su incorporación a esta póliza después de transcurrido el plazo indicado en el inciso anterior, como asimismo los que vuelvan a solicitar el seguro después de haberlo rescindido, deberán presentar pruebas de asegurabilidad satisfactorias para la Compañía y pagar los gastos que se originen para obtenerlas.

Artículo 4. CANTIDAD MINIMA DE ASEGURADOS Y PORCENTAJE MINIMO DE ADHESION

1) Es requisito primordial para que este seguro pueda mantenerse en vigencia, en las condiciones pactadas en materia de capitales asegurados y tarifa de 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 los menos a los mínimos indicados en las Condiciones Particulares de esta póliza.


JORGE J. GIMENEZ LASCANO
ABOGADO
MAT. PROV. #443
MAT. FED. T° 97 F° 372

2) Si en un determinado momento no se reunieran los mínimos antes mencionados, la Compañía se reserva el derecho de reducir las sumas aseguradas o de modificar la tarifa de primas aplicada. La Compañía notificará su decisión por escrito al Contratante con una anticipación mínima de treinta (30) días.

Artículo 5. FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DE CADA SEGURO INDIVIDUAL

1) El seguro de los empleados asegurables que hubieran solicitado su incorporación a esta póliza hasta las cero (0) horas del día fijado como comienzo de su vigencia, comenzará a regir desde dicha hora y fecha.

2) El seguro de los empleados asegurables que soliciten su incorporación a esta póliza con posterioridad al momento de su vigencia, regirá a partir de la cero (0) hora del día primero del mes que siga a la fecha de la solicitud, o a la de aprobación de las pruebas de asegurabilidad en caso de ser necesarias.

Artículo 6. ESCALA DE CAPITALS ASEGURADOS

1) La suma con que está cubierto cada Asegurado se ajustará a la escala que se consigna en el cuadro "Capitales Asegurados Individuales".

2) El Contratante deberá comunicar de inmediato a la Compañía 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 Compañía reciba la mencionada comunicación o desde la fecha en que se opere el cambio de sueldo, si esta fuese posterior, y siempre que la Compañía devengue la correspondiente prima desde esa fecha y que el Asegurado se encuentre entonces en servicio activo. Cuando el Asegurado no se halle en servicio activo, la modificación regirá desde el día primero del mes siguiente al de su reincorporación al mismo.

3) A partir del día 1° del mes siguiente a aquel en que el Asegurado cumpla los 65 años de edad, el capital asegurado vigente a esa fecha se reducirá al cincuenta por ciento (50 %) sin admitirse posteriores aumentos.

4) Todo exceso de capitales sobre el máximo convenido en esta póliza, aún cuando se haya abonado primas sobre el excedente, no será cubierto por este seguro y sólo dará lugar a la devolución de primas por dicho excedente.

Artículo 7. PRIMAS DEL SEGURO

1) La prima media inicial por mil de capital asegurado inserta en las Condiciones Particulares de esta póliza regirá durante el primer año de vigencia del seguro. Dicha prima media será ajustada en cada aniversario de la póliza por la Compañía, quien comunicará por escrito al Contratante la nueva prima media resultante, con una anticipación no menor de treinta (30) días a la fecha del aniversario en que comience a regir la misma.

2) La prima media se aplicará sin ninguna discriminación de edades a todos los Asegurados que se encuentren en servicio activo definido en el Artículo 2, inciso 4).

3) La prima media resultará de aplicar la tarifa de la Compañía correspondiente a la edad alcanzada y al capital asegurado de cada seguro individual, de los empleados en servicio activo del Contratante y de dividir la suma correspondiente por el total de los capitales asegurados.

4) En cualquier momento en que se produzca una variación superior al veinticinco por ciento (25 %) en la cantidad de Asegurados y/o en la suma de los seguros individuales, el Contratante o la Compañía podrán exigir un nuevo cálculo de prima promedio, la que regirá hasta el próximo aniversario de esta póliza.

5) El importe de las primas a pagar por el Contratante resultará de multiplicar la prima media por el total de los capitales asegurados vigentes.

Artículo 8. PAGO DE LAS PRIMAS: Las primas deberán ser pagadas por adelantado por el Contratante en las oficinas de la Compañía, en sus agencias oficiales, en los bancos o en el domicilio de corresponsales debidamente autorizados por ella para dicho fin.

Artículo 9. PLAZO DE GRACIA

1) La Compañía concede un plazo de gracia de un mes -no inferior a treinta (30) días- para el pago, sin recargo de intereses, de todas las primas. Durante ese plazo esta póliza continuará en vigor, y si dentro de él se produjera el fallecimiento de uno o más de los Asegurados, la prima correspondiente al seguro de los fallecidos deberá ser pagada por el Contratante junto con la de los Asegurados sobrevivientes.

2) Para el pago de la primera prima el plazo de gracia se contará desde la fecha de vigencia de esta póliza. Para el pago de las primas siguientes dicho plazo de gracia correrá a partir de las cero (0) horas del día en que venza cada una.

3) Vencido el plazo de gracia y no abonada la prima caducarán los derechos emergentes de esta póliza.

4) 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 establecidos precedentemente.

Artículo 10. FALTA DE PAGO DE LAS PRIMAS: Si cualquier prima no fuere pagada dentro del plazo de gracia, esta póliza caducará automáticamente, pero el Contratante adeudará a la Compañía la prima correspondiente al mes de gracia, salvo que dentro de dicho plazo hubiese solicitado por escrito su rescisión, en cuyo caso deberá pagar una prima calculada a prorrata por los días transcurridos desde el vencimiento de la prima impaga hasta la fecha de envío de tal solicitud.

Artículo 11. CERTIFICADOS INDIVIDUALES: La Compañía proporcionará a cada Asegurado, por intermedio del Contratante, un certificado individual en el que se establecen los derechos y obligaciones de las partes, así como también el monto del respectivo capital asegurado, la fecha de su entrada en vigor y el nombre del beneficiario designado. Otorgará además un certificado suplementario cada vez que se produzca un aumento de la cantidad asegurada y reemplazará el o los certificados en caso de reducción de la suma asegurada.

Artículo 12. RESCISION DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL

1) El seguro de cada Asegurado quedará rescindido o caducará en los siguientes casos:

- a) Por su renuncia a continuar con el seguro;
- b) Por cesantía o retiro voluntario del empleo;
- c) Por rescisión o caducidad de la póliza;
- d) Al cumplir el Asegurado la edad de setenta y cinco (75) años.

2) Tanto la renuncia a que se refiere el punto a) como la terminación del empleo prevista en el punto b) del inciso precedente, serán comunicadas a la Compañía por intermedio del Contratante.

En los casos previstos en los puntos a), b) y d) el seguro quedará rescindido a la hora veinticuatro (24) del último día del mes en que se haya producido la renuncia, cesantía, retiro voluntario o el Asegurado haya cumplido los setenta y cinco (75) años de edad.

Se presumirá que un 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 y no se ingrese a la Compañía dicho importe en la forma y plazo previstos en los Artículos 8 y 9 de estas Condiciones Generales.

3) En cualquier caso de rescisión o caducidad de esta póliza, caducarán simultáneamente todos los seguros individuales cubiertos por ella, salvo las obligaciones pendientes a cargo de la Compañía.

4) No se considerará terminación del empleo a los efectos de la caducidad de los seguros individuales:

- a) La suspensión en el servicio activo a causa de enfermedad;
- b) La suspensión temporaria en el trabajo por otros motivos, cuando no exceda de tres (3) meses;
- c) El retiro del servicio activo por jubilación, de acuerdo con lo establecido en el Artículo 13;
- d) El cumplimiento del servicio militar obligatorio.

Artículo 13. OPCION PARA LOS JUBILADOS: El Asegurado que en el futuro se acoja a los beneficios jubilatorios, siempre que haya estado asegurado en el grupo por el término mínimo de un año anterior a la jubilación, podrá continuar en el seguro si lo solicita dentro de los treinta (30) días, contados desde la fecha de cese del servicio activo y bajo las siguientes condiciones:

- a) Solamente podrá continuar en la cobertura de muerte únicamente;
- b) El capital asegurado será igual o menor al vigente a la fecha de retiro, sin derecho a posteriores aumentos y no podrá ser superior al cincuenta por ciento (50 %) del capital máximo vigente en la póliza;
- c) La prima será la correspondiente a su edad alcanzada en cada momento y será abonada directamente en la Compañía en forma semestral o anual adelantada. Dicha prima deberá ser abonada dentro de los treinta (30) días de la fecha de su vencimiento.
- d) El capital asegurado quedará reducido al cincuenta por ciento (50 %) a partir del primer día del mes siguiente en el que el Asegurado cumpla setenta (70) años de edad;

JORGE J. GIMENEZ LASCANO
ABOGADO
MAT. PROV. 4443
MAT. FED. T° 97 F° 372

e) El seguro que fuese rescindido por voluntad del jubilado o caducara por falta de pago en término de una prima cualquiera, no será rehabilitado en ningún caso.

Artículo 14. DERECHOS EN CASO DE SERVICIO MILITAR

1) El Asegurado que deba prestar servicio militar en tiempo de paz, podrá continuar en el seguro con tal de que las primas correspondientes sean pagadas.

2) De no hacer uso de este derecho, podrá solicitar su reincorporación al seguro, sin aportar pruebas de asegurabilidad, dentro del plazo de un mes de haberse reintegrado al servicio activo del Contratante.

Artículo 15. OPCION DE CONVERSION: Todo Asegurado que deje de serlo por haber cesado en el servicio del Contratante podrá optar por un Seguro de Vida Individual en las siguientes condiciones:

a) Que ejerza la opción por escrito dentro del mes siguiente a la fecha de terminación de su empleo;

b) Podrá optar por cualquiera de los planes usuales en que opera la Compañía (excepto el temporario de menos de 10 años de duración), debiendo cumplimentar los requisitos de asegurabilidad que la Compañía establezca, reservándose ésta el derecho de aceptar o rechazar la solicitud;

c) La suma asegurada del Seguro de Vida Individual será igual o menor a la que tenía en vigor el Asegurado en esta póliza al momento de cesar en su empleo;

d) La prima del Seguro de Vida Individual será la que resulte de considerar la edad alcanzada, las evidencias de salud presentadas y la nueva ocupación del Asegurado. Dicha prima deberá ser abonada dentro de los treinta (30) días de la fecha de su vencimiento;

e) La Compañía otorgará una bonificación al Asegurado que haya ejercido esta opción, la que será determinada en el momento de la contratación del Seguro de Vida Individual.

En caso de rescisión total de esta póliza, no se concederá la opción de conversión, sino a los empleados con edades inferiores a sesenta (60) años que hubieran estado cubiertos por la póliza por más de cinco (5) años y cuando la cantidad de los que ejerzan esa opción no sea inferior al cincuenta por ciento (50 %) de los que pudieran hacerlo.

Artículo 16. DESIGNACION Y CAMBIO DE BENEFICIARIOS

1) La designación de beneficiario o beneficiarios la hará cada Asegurado por escrito, en su solicitud individual de seguro o en cualquier otra comunicación como se establece en el inciso 2) de este Artículo. Designadas varias personas sin indicación de proporciones, se entiende que el beneficio es por partes iguales. Si un beneficiario hubiere fallecido antes o al mismo tiempo que el Asegurado, la asignación correspondiente del seguro acrecerá a la de los demás beneficiarios, si los hubiere, en la proporción de sus propias asignaciones. Cuando se designe a los hijos se entiende los concebidos y los sobrevivientes al tiempo de ocurrido el evento previsto. Cuando se designe a los herederos, se entiende a los que por ley suceden al Asegurado, si no hubiere otorgado testamento; si lo hubiere otorgado, se tendrá por designados a los herederos instituidos. Si no se fija cuota parte, el beneficio se distribuirá conforme a las cuotas 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.

2) Todo Asegurado podrá cambiar, en cualquier momento, el beneficiario o beneficiarios por él designados, salvo que la designación sea a título honorario. El cambio de beneficiario surtirá efecto frente a la Compañía, si el Asegurado dirige a sus oficinas la comunicación respectiva y presenta el certificado para que se efectúe en él la anotación correspondiente. Si el cambio no hubiera llegado a ser registrado por la Compañía en el certificado individual, en caso de fallecimiento del Asegurado el pago se hará consignando judicialmente los importes que correspondan a la orden conjunta de los beneficiarios anotados en el certificado individual y los designados con posterioridad mediante cualquier comunicación escrita del Asegurado recibida por la Compañía hasta el momento de la consignación. La Compañía quedará liberada de toda obligación en caso de pagar la indemnización sustitutiva a los beneficiarios designados en el certificado individual con anterioridad a la recepción de cualquier comunicación modificatoria de esa designación.

Atento el carácter irrevocable de la designación de beneficiario a título honorario, la Compañía en ningún caso asume responsabilidad alguna por la validez del negocio jurídico que dió lugar a la designación y además, por las cuestiones que se susciten con motivo de esa designación beneficiaria.

Artículo 17. LIQUIDACION POR FALLECIMIENTO

1) Ocurrido el fallecimiento de un Asegurado durante la vigencia de esta póliza y del certificado respectivo, el Contratante hará a la brevedad la correspondiente comunicación a la Compañía en el formulario que ésta proporciona al efecto, el que irá acompañado de copia de la partida de defunción, de una declaración del médico que haya asistido al Asegurado o certificado su muerte, de cualquier otra documentación razonable que la Compañía considere necesaria y del testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del hecho determinante de la muerte, salvo que razones procesales lo impidieran.

COMPANIA SEGUROS VIDA
CARTAGENA
CALLE 100 N. 100
TELEFONO 100 100

2) Aprobada esa documentación, la Compañía pondrá el importe del capital asegurado a disposición del beneficiario o beneficiarios, dentro del plazo estipulado en el Artículo 49º, 2º párrafo de la Ley N° 17.418, comunicando previamente dicha circunstancia al Contratante.

Artículo 18. INFORMACIONES QUE DEBEN SUMINISTRARSE A LA COMPAÑÍA: El Contratante y los Asegurados en cuanto sea razonable, se comprometen a suministrar todas las informaciones necesarias para el fiel cumplimiento de esta póliza, tales como fechas de nacimiento, fechas de ingreso al empleo, sueldos, pruebas y certificados de defunción o cualquier otra que se relacione con el seguro. Si resultará errónea la edad, sueldo o salario o cualquier otro dato referente a un Asegurado, la Compañía se obliga a pagar la suma que hubiera estado a su cargo de ser exacta la información, salvo que fuese aplicable el inciso 2) del Artículo 1.

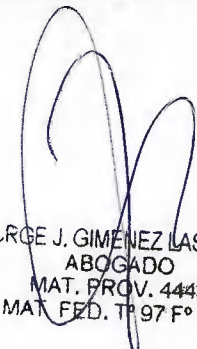
Artículo 19. NOMINA DE ASEGURADOS: La Compañía entregará al Contratante, al momento de emitir la póliza, una nómina de los Asegurados con las respectivas sumas aseguradas y periódicamente listas adicionales de modificación por el ingreso y/o egreso de Asegurados y/o por el aumento o reducción de capitales asegurados.

Artículo 20. EJECUCION DEL CONTRATO: Las relaciones entre la Compañía y los Asegurados o beneficiarios de éstos se desenvolverán siempre por intermedio del Contratante, salvo en lo referente a la Opción de Conversión previsto en el Artículo 15, que será tratado directamente. En consecuencia, el Contratante efectuará el pago de las primas a la Compañía y cobrará a los Asegurados su parte proporcional asignada. Lo convenido precedentemente no excluye el derecho propio que contra la Compañía tienen los Asegurados y sus respectivos beneficiarios desde que ocurriera alguno de los eventos previstos por esta póliza.

Artículo 21. DENUNCIA DE OTROS SEGUROS COLECTIVOS: Los Asegurados que estuvieran o llegaran a estar incorporados a otra póliza de Seguro Colectivo emitida por la Compañía, análoga a la presente, deberán comunicarlo por escrito a la Compañía, la que podrá aceptar esa situación o reducir la suma a asegurar. En caso de transgresión, la Compañía considerará válido únicamente el certificado vigente de mayor suma y devolverá las primas cobradas de cualquier otro por el período de coberturas superpuestas.

Artículo 22. RESIDENCIA Y VIAJES - RIESGOS NO CUBIERTOS

- 1) El Asegurado está cubierto por esta póliza sin restricciones en cuanto a residencia y viajes que pueda realizar, dentro o fuera del país.
- 2) La Compañía no pagará la indemnización cuando el fallecimiento de un Asegurado se produjera por alguna de las siguientes causas:
 - a) Suicidio voluntario del Asegurado, salvo que este contrato haya estado en vigor ininterrumpidamente durante un año como mínimo;
 - b) Si es provocada deliberadamente por acto ilícito del Contratante del presente seguro, excepto que el pago de la prima este a cargo del Asegurado; o en caso de accidente si es provocado por dolo o culpa grave del Asegurado;
 - c) Por duelo o riña, salvo que se tratase de legítima defensa; empresa o acto criminal o aplicación legítima de la pena de muerte;
 - d) Acto de guerra civil o internacional, guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo;
 - e) Abuso del alcohol, drogas, estupefacientes, narcóticos o estimulantes;
 - f) Someterse a intervenciones médicas o quirúrgicas ilícitas;
 - g) Por la práctica o el uso de la navegación aérea, salvo como pasajero en líneas regulares, o por otras ascensiones aéreas o aladeltismo;
 - h) Por la participación en viajes o prácticas deportivas submarinas o subacuáticas o escalamiento de montaña;
 - i) Competir en pruebas de pericia y/o velocidad con vehículos mecánicos o de tracción a sangre o en justas hípicas, o cualquier otra prueba análoga;
 - j) Intervenir en pruebas de prototipos de aviones, automóviles y otros vehículos de propulsión mecánica;
 - k) Desempeño paralelo de las profesiones de acróbata, buzo, jockey y domador de potros o fieras y/o la 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;
 - l) Acontecimientos catastróficos originados por reacciones nucleares.


JORGE J. GIMÉNEZ LASCANO
ABOGADO
MAT. PROV. 4443
MAT. FED. TP 97 F° 372

Artículo 23. RESCISION DE ESTA POLIZA: Sin perjuicio de las demás causales de rescisión y caducidad ya previstas, esta póliza podrá ser rescindida tanto por el Contratante como por la Compañía, previo aviso por escrito remitido con anticipación no menor de un mes, treinta (30) días, a cualquier vencimiento de primas.

Artículo 24. CESIONES: Los derechos emergentes de esta póliza y los certificados respectivos son intransferibles. Toda cesión o transferencia se considerará nula y sin efecto alguno.

Artículo 25. DUPLICADO DE POLIZA Y DE CERTIFICADOS - COPIAS

1) En caso de robo, pérdida o destrucción de la póliza o de cualquier certificado individual, el Contratante o el Asegurado, respectivamente, podrán obtener su sustitución por un duplicado. Las modificaciones o suplementos que se incluyan en el duplicado, a pedido del Contratante o del Asegurado, según el caso, serán los únicos válidos.

2) El Contratante o los Asegurados tienen derecho a que se les entregue copia de sus declaraciones efectuadas con motivo de este contrato y copia no negociable de la póliza o del correspondiente certificado individual.

3) Serán por cuenta de los solicitantes los gastos que origine la extensión de duplicados y copias.

Artículo 26. IMPUESTOS, TASAS Y CONTRIBUCIONES: Los impuestos, tasas y contribuciones de cualquier índole y jurisdicción que se crearen 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 Compañía.

Artículo 27. FACULTADES DEL PRODUCTOR O AGENTE: El productor o agente de seguro, cualquiera sea su vinculación con la Compañía, autorizado por ésta para la mediación, 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 la Compañía, referentes a contratos o sus prórrogas;
- c) Aceptar el pago de la prima si se halla en posesión de un recibo de la Compañía.

Artículo 28. DOMICILIO: El domicilio en el que las partes deben efectuar las denuncias, declaraciones y demás comunicaciones previstas en este contrato o en la Ley de Seguros N° 17.418 es el último declarado por ellas.

Artículo 29. PRESCRIPCION: Las acciones fundadas en esta póliza y en los certificados respectivos prescriben al año de ser exigible la obligación correspondiente. Para el beneficiario el plazo de prescripción se computa desde que conozca la existencia del beneficio, pero en ningún caso excederá de tres (3) años desde el nacimiento de su derecho a la prestación por parte de la Compañía.

Artículo 30. JURISDICCION: Toda controversia judicial relativa a la presente póliza, y a los respectivos certificados, será derimida ante los Tribunales ordinarios competentes del lugar de su emisión.

CAPITALES ASEGURADOS INDIVIDUALES

	Bases de las sumas aseguradas	Capitales Asegurados
	VER ENDOSO N° 1	

Esta póliza ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación

ANEXO I – Póliza 302.169
SEGURO DE VIDA COLECTIVO

Se adjunta a este anexo y como parte integrante de la esta póliza el listado de personal asegurado al inicio de vigencia, proporcionado por el Contratante, para tal fin.

Buenos Aires, 13 de Febrero de 2006



ALICO Cía. de Seguros S.A.



JORGE J. GIMENEZ LASCANO
ABOGADO
MAT. PROV. 4443
MAT FED. T° 97 F° 372

SEGURO COLECTIVO DE VIDA**ANEXO II****RESOLUCIÓN SSN N° 37.270/12****ACLARACIÓN IMPORTANTE**

Por aplicación de la Resolución SSN N° 37.275/12, se deja constancia que quedan sin efecto las restricciones y/o exclusiones de cobertura que contemple esta póliza respecto a infecciones que resulten como consecuencia directa o indirecta del SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida).



JORGE J. GIMENEZ LASCANO
ABOGADO
MAT. PROV. 4443
MAT. FED. T° 97 F° 372

Contratante : ALPARGATAS SAIC Y OTROS
Póliza : 302.169
Endoso : 7

Se deja expresa constancia de las siguientes modificaciones a las Condiciones Generales de la póliza citada más arriba, las que regirán desde su fecha de vigencia inicial, o sea desde las cero hora del día 1° enero de 2010:

SEGURO ADICIONAL DE CONYUGES:

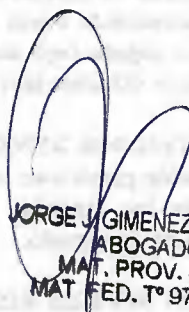
Se deja expresa constancia que contrariamente a lo establecido en el endoso N° 6, se aclara que la cobertura de Cónyuges finaliza en el momento en que el mismo cumple los 75 años (setenta y cinco) de edad.

Las demás Condiciones Generales y Particulares no se modifican.

Buenos Aires, 22 de marzo de 2010



ALICO Cía. de Seguros S.A.



JORGE J. GIMENEZ LASCANO
ABOGADO
MAT. PROV. 4443
MAT. FED. T° 97 F° 372

SEGURO COLECTIVO DE VIDA

CLAUSULA COMPLEMENTARIA DE INDEMNIZACION ANTICIPADA

Incorporada a la Póliza de Seguro Colectivo de Vida N° 302.169 emitida por **ALICO COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.**, que asegura la vida de los empleados de **ALPARGATAS SAIC**

PAGO PARCIAL ANTICIPADO DE LA INDEMNIZACION POR FALLECIMIENTO EN CASO DE ENFERMEDAD TERMINAL

Esta Cláusula amplía las Condiciones Generales de la póliza a que está adherida, quedando por lo tanto sujeta a todos los términos y condiciones de la misma que no se opongan a la presente Cláusula.

1º) RIESGO CUBIERTO. La Compañía concederá el beneficio que acuerda esta Cláusula cuando el Asegurado haya sido diagnosticado como enfermo terminal, siempre que tal enfermedad terminal se hubiere iniciado durante la vigencia de su seguro y antes de cumplir los sesenta y cinco (65) años de edad.

2º) BENEFICIO. Comprobado el estado de enfermo terminal, la Compañía abonará al Asegurado una porción del capital asegurado por muerte, dentro del plazo estipulado en el Artículo 49º, 2º párrafo de la Ley N° 17.418. El beneficio máximo previsto será hasta el 50 % del capital asegurado por muerte sin superar la suma de \$50.000 (Pesos cincuenta mil).

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

3º) INTERESES. La Compañía cargará un interés sobre la suma del anticipo efectuado. El interés se acumulará diariamente a una tasa que no exceda el 6,5 % efectivo anual. Ningún otro anticipo adicional será pagado bajo esta Cláusula si los beneficios ya abonados más el interés acumulado igualan la sumas máximas previstas en el punto 2º).

4º) CARACTER DEL BENEFICIO. Este beneficio es complementario y constituye un anticipo de la indemnización prevista en caso de muerte del Asegurado. El monto indemnizado en virtud de esta Cláusula más los intereses respectivos serán deducidos del capital asegurado a pagarse al fallecimiento del Asegurado.

5º) RIESGOS NO CUBIERTOS. La Compañía no anticipará ninguna indemnización cuando la enfermedad terminal sea consecuencia de alguna de las siguientes causas:

- a) Tentativa de suicidio voluntario del Asegurado;
- b) Si es provocada deliberadamente por acto ilícito del Contratante del presente seguro, excepto que el pago de la prima este a cargo del Asegurado; o en caso de accidente si es provocado por dolo o culpa grave del Asegurado;
- c) Por duelo o riña, salvo que se tratase de legítima defensa; empresa o acto criminal;
- d) Acto de guerra civil o internacional, guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo;
- e) Abuso del alcohol, drogas, estupefacientes, narcóticos o estimulantes;

- f) Someterse a intervenciones médicas o quirúrgicas ilícitas;
- g) Por la práctica o el uso de la navegación aérea, salvo como pasajero en líneas regulares, o por otras ascensiones aéreas o aladeltismo;
- h) Por la participación en viajes o prácticas deportivas submarinas o subacuáticas o escalamiento de montaña;
- i) Competir en pruebas de pericia y /o velocidad con vehículos mecánicos o de tracción a sangre o en justas hípicas, o cualquier otra prueba análoga;
- j) Intervenir en pruebas de prototipos de aviones, automóviles y otros vehículos de propulsión mecánica;
- k) Desempeño paralelo de las profesiones de acróbata, buzo, jockey y domador de potros o fieras y /o la 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;
- l) De una infección que sea consecuencia directa o indirecta del virus HIV (Human Immune Virus);
- m) Acontecimientos catastróficos originados por reacciones nucleares;

6º) COMPROBACION DE LA ENFERMEDAD TERMINAL. Corresponde al Asegurado o a su representante:

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

7º) PLAZO DE PRUEBA. La Compañía dentro de los quince (15) días de recibida la denuncia y/o las constancias a que se refiere el punto anterior, contados desde la fecha que sea posterior, deberá hacer saber al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. Si las comprobaciones a que se refiere el punto 6º) no resultaran concluyentes en cuanto al carácter de la enfermedad, la Compañía podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor de treinta (30) días, a fin de confirmar el diagnóstico.

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

8º) VALUACION POR PERITOS. Si no hubiere acuerdo entre las partes, la existencia o persistencia, carácter y grado de la enfermedad serán determinadas por dos médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los quince (15) días de su designación, a un tercer facultativo para el caso de divergencia.


JORGE J. GIMENEZ LASCANO
ABOGADO
MAT. PROV. 4443
MAT. FED. Tº 97 Fº 372

Los médicos designados por las partes deberán presentar su informe dentro de los treinta (30) días y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de quince (15) días.

Si una de las partes omitiera designar médico dentro del decimoquinto día de requerido por la otra, o si el tercer facultativo no fuera electo en el plazo establecido en el párrafo anterior, la parte más diligente previa intimación de la otra, procederá a su designación.

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

9ª) TERMINACION DE LA COBERTURA. La cobertura prevista en esta Cláusula, cesará en las siguientes circunstancias:

- a) A partir del momento en que el Asegurado haya percibido la totalidad del beneficio que concede esta Cláusula.
- b) Al caducar la póliza y/o certificado individual por cualquier causa.
- c) A partir de la fecha en que el Asegurado cumpla sesenta y cinco (65) años de edad.
- d) Al retirarse el empleado del servicio activo del Contratante.



ALICO COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

Esta Cláusula ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación

RECEIVED
SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION
BOGOTÁ
1984
10/10/84

AERONAVEGACIÓN:

MODIFICACIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE POLIZA
VUELOS NO REGULARES

Art.1º) Riesgo cubierto:

Contrariamente a lo indicado en el inciso c) apartado 2 del art.22º) de las Condiciones Generales y agregadas a esta póliza, este Contrato cubrirá al personal asegurado que fallezca en un accidente aéreo como pasajero de líneas no regulares de Servicio Público, es decir aquellos eventos de los cuales resulte el fallecimiento del Asegurado y que acontezcan cuando el mismo viaje en aerotaxis o en aviones particulares. La cobertura se brindará sólo si se cumplen todas y cada una de las siguientes condiciones:

- a) que dicho vuelo se realice en cumplimiento de tareas al servicio del Contratante,
- b) que el fallecimiento sea como consecuencia de lesiones corporales producidas directa y exclusivamente por causas externas, violentas y fortuitas, ajenas a toda otra causa e independientemente de la voluntad del Asegurado;
- c) que el fallecimiento se produzca dentro de los 180 (ciento ochenta) días del suceso o accidente;
- d) que el accidente de aviación en línea aérea no regular ocurra durante la vigencia del certificado individual

Art.2º) Asegurados:

Serán amparados aquellos asegurados bajo este Contrato, conforme a la nómina que obra en poder de esta Compañía.

Art.3º) Cobertura:

La cobertura amparada en estos vuelos será la de muerte únicamente, quedando sin efecto las indemnizaciones previstas en las cláusulas adicionales de Accidentes e Invalidez Total y Permanente agregadas al Contrato. Se establece un cúmulo máximo de tres (3) vidas por vuelo y hasta un monto de \$ 1.000.000,- (Pesos un millón). En caso de superarse este cúmulo se disminuirán los capitales asegurados correspondientes a prorrata.

Art.4º) Comprobación del Accidente:

Corresponde al beneficiario instituido:

- a) Denunciar el accidente dentro de los 15 (quince) 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 del lugar en que se produjo;
- c) Facilitar cualquier comprobación o aclaración.
- d) Adoptar todas las medidas posibles conducentes a disminuir las consecuencias del accidente.

La Cía. se reserva el derecho de gestionar la exhumación del cadáver y practicar la autopsia en presencia de uno de sus facultativos, con gastos a cargo de la misma. El beneficiario prestara su conformidad y su concurso para la obtención de las correspondientes autorizaciones para realizarlos.

Art.5º) Riesgos no cubiertos:

Queda convenido que la Cía. está liberada de la obligación asumida en el caso de accidente que ocurriera a los asegurados:

- a) Cuando desempeñe funciones a bordo de la aeronave (piloto, etc.)
- b) Si la aeronave utilizada careciera de permiso vigente de navegación.
- c) Si el piloto no contara con licencia reglamentaria o su validez se hallara vencida o suspendida.
- d) Si se hubieran transgredido reglamentaciones nacionales o internacionales de aeronavegación.
- e) En carreras o pruebas y competencias de cualquier naturaleza (altura, velocidad, acrobacia, etc.)

JORGE A. GIMENEZ LASCANO
ABOGADO
MAT. PROV. 4443
MAT. FED. Tº 97 Fº 372

- f) Los accidentes causados por hechos de guerra civil; acciones de guerra, declarada o no, dentro o fuera del país; motín o tumulto popular.
- g) Los accidentes causados por hechos de guerrilla o rebelión, terrorismo, huelga o lock out.
- h) Si la aeronave utilizada es un helicóptero.

RECEIVED
JUN 14 1964
U.S. AIR FORCE
WASHINGTON, D.C.
100-100000-100000

Contratante : ALPARGATAS SAIC Y OTROS
Póliza : 302.169
Endoso : 6

Se deja expresa constancia de las siguientes modificaciones a las Condiciones Generales de la póliza citada más arriba, las que regirán desde su fecha de vigencia inicial, o sea desde las cero hora del día 1° enero de 2010:

SEGURO ADICIONAL DE CONYUGES:

Se deja constancia que la cobertura de referencia contempla la Incapacidad Parcial y Permanente por accidente.

Asimismo se aclara que la cobertura de Cónyuges finaliza en el momento en que el mismo cumple los 65 años (sesenta y cinco) de edad.

EXTENSION DE SERVICIO ACTIVO PARA INDEMNIZACIONES POR ACCIDENTE

En caso de fallecimiento, incapacidad total y permanente e incapacidades parciales como consecuencia de accidente de un asegurado, el capital correspondiente se calculará tomando como base el sueldo al momento de pago efectivo de la indemnización siempre que los aumentos otorgados desde la fecha de origen del siniestro hayan sido de carácter masivo.

El sueldo a considerar para la liquidación de siniestros deberá ser fehacientemente informado por el Contratante.

FACTURACION:

Se deja constancia que la presente póliza se factura a mes vencido.

CLAUSULA COMPLEMENTARIA DE INDEMNIZACION ANTICIPADA:

Se deja constancia que a partir de la fecha de inicio del presente endoso se incorpora la cobertura de referencia.

CUMULO DE VIDAS:

Se deja constancia que se limita el cumulo a 3 (tres) vidas.

Las demás Condiciones Generales y Particulares no se modifican.

Buenos Aires, 12 de febrero de 2010

ALICO Cía. de Seguros S.A.

GE J. GIMENEZ LASCANO
ABOGADO
MAT. PROV. 4443
MAT. FED. T° 97 R° 372

SEGURO COLECTIVO DE VIDA

CLAUSULA COMPLEMENTARIA DE INDEMNIZACION ANTICIPADA

Incorporada a la Póliza de Seguro Colectivo de Vida N° 302.169 emitida por **ALICO COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.**, que asegura la vida de los empleados de **ALPARGATAS SAIC**

PAGO PARCIAL ANTICIPADO DE LA INDEMNIZACION POR FALLECIMIENTO EN CASO DE ENFERMEDAD TERMINAL

Esta Cláusula amplía las Condiciones Generales de la póliza a que está adherida, quedando por lo tanto sujeta a todos los términos y condiciones de la misma que no se opongan a la presente Cláusula.

1º) RIESGO CUBIERTO. La Compañía concederá el beneficio que acuerda esta Cláusula cuando el Asegurado haya sido diagnosticado como enfermo terminal, siempre que tal enfermedad terminal se hubiere iniciado durante la vigencia de su seguro y antes de cumplir los sesenta y cinco (65) años de edad.

2º) BENEFICIO. Comprobado el estado de enfermo terminal, la Compañía abonará al Asegurado una porción del capital asegurado por muerte, dentro del plazo estipulado en el Artículo 49º, 2º párrafo de la Ley N° 17.418. El beneficio máximo previsto será hasta el 50 % del capital asegurado por muerte sin superar la suma de \$50.000 (Pesos cincuenta mil).

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

3º) INTERESES. La Compañía cargará un interés sobre la suma del anticipo efectuado. El interés se acumulará diariamente a una tasa que no exceda el 6,5 % efectivo anual. Ningún otro anticipo adicional será pagado bajo esta Cláusula si los beneficios ya abonados más el interés acumulado igualan la sumas máximas previstas en el punto 2º).

4º) CARACTER DEL BENEFICIO. Este beneficio es complementario y constituye un anticipo de la indemnización prevista en caso de muerte del Asegurado. El monto indemnizado en virtud de esta Cláusula más los intereses respectivos serán deducidos del capital asegurado a pagarse al fallecimiento del Asegurado.

5º) RIESGOS NO CUBIERTOS. La Compañía no anticipará ninguna indemnización cuando la enfermedad terminal sea consecuencia de alguna de las siguientes causas:

- a) Tentativa de suicidio voluntario del Asegurado;
- b) Si es provocada deliberadamente por acto ilícito del Contratante del presente seguro, excepto que el pago de la prima este a cargo del Asegurado; o en caso de accidente si es provocado por dolo o culpa grave del Asegurado;
- c) Por duelo o riña, salvo que se tratase de legítima defensa; empresa o acto criminal;
- d) Acto de guerra civil o internacional, guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo;
- e) Abuso del alcohol, drogas, estupefacientes, narcóticos o estimulantes;

- f) Someterse a intervenciones médicas o quirúrgicas ilícitas;
- g) Por la práctica o el uso de la navegación aérea, salvo como pasajero en líneas regulares, o por otras ascensiones aéreas o aladeltismo;
- h) Por la participación en viajes o prácticas deportivas submarinas o subacuáticas o escalamiento de montaña;
- i) Competir en pruebas de pericia y /o velocidad con vehículos mecánicos o de tracción a sangre o en justas hípicas, o cualquier otra prueba análoga;
- j) Intervenir en pruebas de prototipos de aviones, automóviles y otros vehículos de propulsión mecánica;
- k) Desempeño paralelo de las profesiones de acróbata, buzo, jockey y domador de potros o fieras y /o la 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;
- l) De una infección que sea consecuencia directa o indirecta del virus HIV (Human Immune Virus);
- m) Acontecimientos catastróficos originados por reacciones nucleares;

6º) COMPROBACION DE LA ENFERMEDAD TERMINAL. Corresponde al Asegurado o a su representante:

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

7º) PLAZO DE PRUEBA. La Compañía dentro de los quince (15) días de recibida la denuncia y/o las constancias a que se refiere el punto anterior, contados desde la fecha que sea posterior, deberá hacer saber al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. Si las comprobaciones a que se refiere el punto 6º) no resultaran concluyentes en cuanto al carácter de la enfermedad, la Compañía podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor de treinta (30) días, a fin de confirmar el diagnóstico.

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

8º) VALUACION POR PERITOS. Si no hubiere acuerdo entre las partes, la existencia o persistencia, carácter y grado de la enfermedad serán determinadas por dos médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los quince (15) días de su designación, a un tercer facultativo para el caso de divergencia.

JORGE J. GIMENEZ LASCANI
ABOGADO
MAT. PROV. 4443
MAT. FED. Tº 07 50 370

Los médicos designados por las partes deberán presentar su informe dentro de los treinta (30) días y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de quince (15) días.

Si una de las partes omitiera designar médico dentro del decimoquinto día de requerido por la otra, o si el tercer facultativo no fuera electo en el plazo establecido en el párrafo anterior, la parte más diligente previa intimación de la otra, procederá a su designación.

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

9º) TERMINACION DE LA COBERTURA. La cobertura prevista en esta Cláusula, cesará en las siguientes circunstancias:

- a) A partir del momento en que el Asegurado haya percibido la totalidad del beneficio que concede esta Cláusula.
- b) Al caducar la póliza y/o certificado individual por cualquier causa.
- c) A partir de la fecha en que el Asegurado cumpla sesenta y cinco (65) años de edad.
- d) Al retirarse el empleado del servicio activo del Contratante.

ALICO COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

Esta Cláusula ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación

COPIA DE LA CLÁUSULA
Nº 1000
FOLIO 1º DE 1º
FOLIO 1º DE 1º

AERONAVEGACIÓN:**MODIFICACIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE POLIZA**
VUELOS NO REGULARES**Art.1º) Riesgo cubierto:**

Contrariamente a lo indicado en el inciso c) apartado 2 del art.22º) de las Condiciones Generales y agregadas a esta póliza, este Contrato cubrirá al personal asegurado que fallezca en un accidente aéreo como pasajero de líneas no regulares de Servicio Público, es decir aquellos eventos de los cuales resulte el fallecimiento del Asegurado y que acontezcan cuando el mismo viaje en aerotaxis o en aviones particulares. La cobertura se brindará sólo si se cumplen todas y cada una de las siguientes condiciones:

- a) que dicho vuelo se realice en cumplimiento de tareas al servicio del Contratante,
- b) que el fallecimiento sea como consecuencia de lesiones corporales producidas directa y exclusivamente por causas externas, violentas y fortuitas, ajenas a toda otra causa e independientemente de la voluntad del Asegurado;
- c) que el fallecimiento se produzca dentro de los 180 (ciento ochenta) días del suceso o accidente;
- d) que el accidente de aviación en línea aérea no regular ocurra durante la vigencia del certificado individual

Art.2º) Asegurados:

Serán amparados aquellos asegurados bajo este Contrato, conforme a la nómina que obra en poder de esta Compañía.

Art.3º) Cobertura:

La cobertura amparada en estos vuelos será la de muerte únicamente, quedando sin efecto las indemnizaciones previstas en las cláusulas adicionales de Accidentes e Invalidez Total y Permanente agregadas al Contrato. Se establece un cúmulo máximo de tres (3) vidas por vuelo y hasta un monto de \$ 1.000.000,- (Pesos un millón). En caso de superarse este cúmulo se disminuirán los capitales asegurados correspondientes a prorrata.

Art.4º) Comprobación del Accidente:

Corresponde al beneficiario instituido:

- a) Denunciar el accidente dentro de los 15 (quince) 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 del lugar en que se produjo;
 - c) Facilitar cualquier comprobación o aclaración.
 - d) Adoptar todas las medidas posibles conducentes a disminuir las consecuencias del accidente.
- La Cía. se reserva el derecho de gestionar la exhumación del cadáver y practicar la autopsia en presencia de uno de sus facultativos, con gastos a cargo de la misma. El beneficiario prestara su conformidad y su concurso para la obtención de las correspondientes autorizaciones para realizarlos.

Art.5º) Riesgos no cubiertos:

Queda convenido que la Cía. está liberada de la obligación asumida en el caso de accidente que ocurriera a los asegurados:

- a) Cuando desempeñe funciones a bordo de la aeronave (piloto, etc.)
- b) Si la aeronave utilizada careciera de permiso vigente de navegación.
- c) Si el piloto no contara con licencia reglamentaria o su validez se hallara vencida o suspendida.
- d) Si se hubieran transgredido reglamentaciones nacionales o internacionales de aeronavegación.
- e) En carreras o pruebas y competencias de cualquier naturaleza (altura, velocidad, acrobacia, etc.)

JORGE J. GIMENEZ LASCANO
ABOGADO
MAT. PROV. 4443
MAT. FED. Tº 87 Fº 372

- f) Los accidentes causados por hechos de guerra civil; acciones de guerra, declarada o no, dentro o fuera del país; motín o tumulto popular.
- g) Los accidentes causados por hechos de guerrilla o rebelión, terrorismo, huelga o lock out.
- h) Si la aeronave utilizada es un helicóptero.

Contratante : ALPARGATAS SAIC Y OTROS
Póliza : 302.169
Endoso : 5

Se deja expresa constancia de las siguientes modificaciones a las Condiciones Generales de la póliza citada más arriba, las que regirán desde su fecha de vigencia inicial, o sea desde las cero hora del día 1° enero de 2010:

CAMBIO DE BROKER:

Se deja constancia que desde la fecha de inicio de vigencia del presente endoso, el nuevo Broker designado por el contratante es Marsh S.a.

Las demás Condiciones Generales y Particulares no se modifican.

Buenos Aires, 12 de febrero de 2010

ALICO Cía. de Seguros S.A.

JORGE J. GIMENEZ LASCAN:
ABOGADO
MAT. PROV. 4443
MAT. FED. T° 07.50.076

Contratante : ALPARGATAS SAIC Y OTROS
Póliza : 302.169
Endoso : 4

Se deja expresa constancia de las siguientes modificaciones a las Condiciones Generales de la póliza citada más arriba, las que regirán desde su fecha de vigencia inicial, o sea desde las cero hora del día 1° octubre de 2008:

CAMBIO DE DOMICILIO:

Se deja constancia que desde la fecha de inicio de vigencia del presente endoso, el nuevo domicilio del contratante será:

Azara 841 (1267) Capital Federal

Las demás Condiciones Generales y Particulares no se modifican.

Buenos Aires, 27 de enero de 2009



ALICO Cía. de Seguros S.A.



JORGE J. GIMENEZ LASCARI
ABOGADO
MAT. PROV. 4443
MAT. FED. T° 07 50 277

SEGURO COLECTIVO DE VIDA

ANEXO III

CLÁUSULA DE COBRANZA DE PREMIO

Según el Artículo 1 de la Resolución Nro 407/2001 del Ministerio de Economía de la Nación 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."

El Artículo 2 de la presente establece que los productores asesores de seguros Ley N° 22.400 deberán ingresar el producido de la cobranza de premios a través de los medios detallados en el Artículo 1° de la presente resolución.


JORGE J. GIMENEZ LASCANC
ABOGADO
MAT. PROV. 4443
MAT. FED. T° 97 F° 372

JUZGADO LABORAL
FOLIO 88

BANCO DEL TUCUMÁN S.A.

9 DE JULIO

(4000) Tucumán

I.V.A.: Responsa

INGRESO

TASA DE JUROS

CAJERO:

CAJA:

Nro de

Impo

\$

Juicio:

SLAIBE, JUAN MEDARDO, ALICIA

Fuero:

Juzgado de Laboral Nom. 2

Expte. Nro/ Año:

Código de Fuero:

Nro. Empte.

Este comprobante carece de validez si no se encuentra debidamente intervenido por el Cajero

*

ORIGINAL



COLEGIO DE ABOGADOS DEL SUR

Patente Profesional (Ley 6023)

JUZGADO LABORAL

FOLIO 88

SERIE "B" - N° 59965

Letrado: *Cimera Lorenza Jorge*

Juicio: *5 sobre pre M y Nro*

4to Motu proprio de expediente

Accidente

N° de Expediente *512/14*

DRA. LILIANA DEL VALLE SORIA
SECRETARIA
COLEGIO DE ABOGADOS DEL SUR

TESORERO

\$ 170.-

DR. ANGEL FARA
PRESIDENTE
COLEGIO DE ABOGADOS DEL SUR
PRESIDENTE



Caja de Previsión y Seguridad Social de Tucumán
Abogados y Procuradores de Tucumán

ABOGADO LABORAL
FOLIO 88

NOTA DE CREDITO PARA LA
CUENTA ESPECIAL LEY N° 6059

C 00354230

Depositante

GIMENEZ LASCANO JORGE JOSE

Título y N° de Matrícula

ABOGADO CONCEPCIÓN 1791 ABOG.SUR:
1791

Tipo y N° Doc

DN 20219551

Juicio

SLAIBE JOSE MEDARDO C/ ALICO CIA. DE SEGUROS S.A. Y/O
METLIFE SEGUROS S.A. Y/O ALPARAGATAS SAIC

Tipo de Juicio

JUICIOS LABORALES

Juzgado

JUZGADO DE CONCILIACION Y TRAMITE II° NOMINACION

APORTE INICIAL
(Art. 27 Ley 6059)

BONO PROFESIONAL
(Art. 26 Ley 6059)

TOTAL GRAL.
Aporte + Bono

\$ 126.00

\$ 200.00

\$ 326 .-

Son Pesos

TRESCIENTOS VEINTISEÍS



C00354230

UNICO COMPROBANTE VALIDO PARA JUICIO
COPIA PARA EL EXPEDIENTE DEL JUICIO

4

AUTOS "SLAIBE, JOSÉ MEDARDO C/ ALICO COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. Y/O METLIFE SEGUROS S.A. S/ ENFERMEDAD ACCIDENTE/ PROFESIONAL (POR CONEX CONC Y TRAM IIA.NOM.SOL. DRA. LILIANA SOMONTE)", Expte. 512/14

OPONE EXCEPCIÓN DE INCOMPETENCIA EN RAZÓN DE LA MATERIA. EN SUBSIDIO CONTESTA DEMANDA. OPONE EXCEPCIÓN DE FALTA DE LEGITIMACIÓN PASIVA. OFRECE PRUEBA. FORMULA RESERVA DEL CASO FEDERAL- PLAZO ART 56 LCT

Señor Juez en Conciliación y Tramite del Trabajo de la II Nominación:

JORGE GIMENEZ LASCANO, abogado Mat Prof 1791, en mi carácter de apoderado de las demandadas **Alico Cía. de Seguros S.A. y Metlife Seguros S.A.**, constituyendo domicilio procesal en casillero de notificaciones 536, a V.S. respetuosamente me presento y digo:

I. PERSONERIA. ACLARA

Conforme lo acredito con copia del Poder Especial Judicial que acompaño y cuya vigencia declaro bajo juramento, soy apoderado de Metlife Seguros de Vida SA, con domicilio real en Suipacha 1111, piso 18 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

A modo de aclaración previa debemos decir que ALICO COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A., se fusionó con METLIFE SEGUROS DE VIDA S.A. Se trató de una fusión por absorción, siendo ALICO COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. la Compañía absorbida y METLIFE SEGUROS DE VIDA S.A. la Compañía absorbente.

El compromiso previo de fusión fue firmado el 23/09/2011 y la fusión por absorción fue aprobada por Resolución de la Superintendencia de Seguros de la Nación N° 36621 de fecha 29/03/2012, Se acompaña al presente copia de la Resolución de la Superintendencia. La misma se encuentra inscripta.

Por esta razón, en este escrito, con el término “mi mandante” se está haciendo referencia indistintamente a ambas sociedades.

Asimismo, he de manifestar que METLIFE SEGUROS DE VIDA S.A. tuvo un cambio de denominación a METLIFE SEGUROS S.A. conforme Art 2° de la Resolución de la Superintendencia de Seguros de la Nación N° 36621 de fecha 29/03/2012, inscripta bajo el número 9605 y se acredita al presente con copia de la Resolución de la SSN y de su inscripción.

En consecuencia manifiesto que se trata de la misma persona jurídica, con un cambio de denominación y que el poder otorgado por METLIFE SEGUROS DE VIDA S.A. se encuentra vigente en todos sus términos.

II. OBJETO

En el carácter invocado y siguiendo expresas instrucciones de mi mandante, vengo en legal tiempo y forma a interponer, como de previo pronunciamiento, la excepción de incompetencia por razón de la materia, prevista en el Art. 65 del Código Procesal Laboral.

En subsidio contesto la demanda instaurada contra mi representada, solicitando a V.S. la rechace con costas, por las cuestiones de hecho y derecho que a continuación se exponen.

III. OPONE EXCEPCIÓN DE INCOMPETENCIA

El actor en el presente juicio demanda el pago de la indemnización prevista en la póliza N° 302.169 para el supuesto de incapacidad total y permanente.

Es decir, el accionante persigue el cumplimiento de un contrato de Seguro Colectivo de Vida instrumentado en la póliza mencionada - emitida por mi mandante - quien declinó su responsabilidad en relación al reclamo formulado en los términos que surgen de la carta documento impuesta en el correo el 28/11/2012, adjuntada a la demanda y a esta contestación.

En este punto, y como cuestión previa, cabe dejar aclarado que la entidad que represento no es una Aseguradora de Riesgos del Trabajo. Su única y específica finalidad es la de liquidar siniestros y, en su caso, pagar indemnizaciones cuando ha tenido lugar el evento previsto dentro del estado de riesgo cubierto.

En efecto, mi mandante se constituyó en el país como una Sociedad Anónima y, posteriormente, fue autorizada por la Superintendencia de Seguros de la Nación para funcionar como aseguradora, es decir, para operar en el mercado asegurador, en los rubros vida y accidentes personales.

En conclusión, Alico Cía. de Seguros S.A., hoy Metlife Seguros S.A. no es una Aseguradora de Riesgos del Trabajo, sino una compañía de seguros que opera en los rubros vida y accidentes personales.

Es así que V.S. resulta incompetente para entender en el presente juicio toda vez que la materia que aquí se ventila y que surge de los términos de la demanda y del objeto reclamado, no es de competencia de la Justicia del Trabajo sino de la Justicia Comercial.

En efecto, el Art. 6 del Código Procesal Laboral establece lo siguiente: "*Supuestos de competencia material. La Justicia del Trabajo conocerá: 1. En los conflictos jurídicos individuales derivados del contrato de trabajo, cualquiera sea la norma legal que deba aplicarse...*".

Es evidente que el reclamo de autos no deriva de contrato de trabajo alguno, dado que se demanda pura y exclusivamente el cumplimiento de una póliza que instrumenta un

Seguro Colectivo de Vida, y que fuera emitida en los términos de la ley 17.418 (ver Art. 1 – Disposiciones Fundamentales - de las Condiciones Generales).

Por otro lado, el Código Procesal Civil y Comercial dispone que: *“La competencia por razón de la materia y del grado se determinará de acuerdo a lo dispuestos por la Ley Orgánica del Poder Judicial, por este Código y demás leyes especiales”* (Art. 3).

Y la Ley Orgánica del Poder Judicial, en el Capítulo VII – Jueces en lo Civil y Comercial Común, Art. 68, dispone lo siguiente: *“Competencia Material. Los jueces en lo Civil y Comercial Común entenderán: 1. En todos los asuntos regidos por el Código Civil, Código de Comercio, leyes complementarias y especiales, no asignados de modo expreso a la competencia de otros fueros civiles”*.

Por último, el resto de los incisos del artículo 6 del Código Procesal Laboral mencionado son claramente inaplicables al caso de autos.

No obsta a tal conclusión lo normado en el inc. 8 del Art. 103 del Código mencionado toda vez que el seguro cuyo pago reclama la actora no es obligatorio ni está contemplado en el convenio colectivo de trabajo.

En efecto, el seguro de vida obligatorio es aquél establecido por el decreto-ley 1567/74, que corresponde a todos los trabajadores en relación de dependencia, y sólo cubre el riesgo de muerte. Tampoco se trata de un seguro contemplado en un convenio colectivo sino de un seguro optativo al que la actora podía o no adherirse.

En consecuencia, de la normativa reseñada surge con claridad que la materia sometida a decisión de V.S., esto es, el cumplimiento de un contrato de seguro de vida optativo que cubre el riesgo de incapacidad total y permanente, no es competencia de la Justicia del Trabajo, sino que resulta competente para dirimir la cuestión suscitada en torno a ella la Justicia en lo Civil y Comercial.

Es decir, la pretensión de la actora consiste en el cobro de una indemnización prevista en un contrato de seguro, esto es, un contrato de derecho comercial que se rige por la ley 17.418, por lo que

corresponde a los jueces del fuero Civil y Comercial Común, discernir las controversias que genere su aplicación.

Así lo ha resuelto la Corte Suprema de Justicia de la Provincia, en un caso análogo al presente, en el cual dijo:

"...5) En concreto en la especie se trata de dirimir por la vía casatoria, dada las circunstancias apuntadas, una cuestión de competencia material entre el fuero Laboral con el Civil y Comercial.

A estos efectos resulta necesario traer a colación la ley 17418 de seguros que en su art. 163 expresa: Que la presente ley se incorpora al Código Comercial; la póliza de seguros agregada en autos (V. fs. 71/73), que en sus condiciones generales para el Seguro de vida colectiva, -a favor de Alpargatas-, determina en su art. 1 inc. 1, que las contratantes se someten a la ley de seguro 17418, y que en su art. 30 se consigna que la jurisdicción de todas las controversias judiciales relativas a la póliza, se ventilan ante los tribunales ordinarios comerciales.

Igualmente debe ponerse de resalto el art. 61 de la ley orgánica 6238 que establece la competencia material de los jueces en lo Civ. y Com. inc. a, que dice, en todos los asuntos regidos por el Código Civil, Código Comercial, etc.

El art. 172 inc. 2 CPCC. Tucumán., acumulación originaria objetiva de acciones bajo las siguientes condiciones ...inc. 2 expresa... "competan todas por razón de la materia al Juez ante el cual se han de acumular"; obviamente no es de aplicación al caso sub examine por lo meritado.

Tampoco queda atrapado por el art. 6 del CPL. Tucumán. ley 6204, pues no es un conflicto derivado de la relación de trabajo ni de las cuestiones que susciten con motivo de la aplicación e interpretación de disposiciones legales, reglamentarias y convencionales del derecho del trabajo, sino de un contrato de seguros independiente del contrato de trabajo, que sólo tiene con éste una relación de carácter incidental.

Como bien lo cita el señor Ministro Fiscal en su dictamen de fs. 252/253 resulta de aplicación al sub lite, la doctrina legal fijada in re "Mansilla, Enriqueta del C. v. Alpargatas S.A.I.C." fallo de esta Corte Sup. Just. de fecha 5/5/1992 que textualmente dice "en el contrato de seguro de vida voluntario a favor de trabajadores dependientes, que se rige por los

arts. 153 a 156 de la ley 17418, y que se celebra entre una aseguradora y un empleador, el dependiente de éste es el asegurado y como tal, tiene acción directa contra la aseguradora, en virtud de resultar la única obligada al pago del capital asegurado, por haber asumido el riesgo y percibido las primas".

Por lo considerado, corresponde hacer lugar al recurso de casación en examen, según la siguiente doctrina legal: "El seguro colectivo voluntario de vida e incapacidad total, contratado por la empleadora que, en calidad de tomadora, debe abonar la prima mensual retenida de los haberes de los trabajadores beneficiarios, se encuentra específicamente regulado por la ley 17418, y es de naturaleza comercial, por lo que las controversias suscitadas por los beneficiarios para obtener su pago son de competencia del fuero Civ. y Com. Común, no configurándose conexión por accesoriedad". (Corte Suprema de justicia de la Provincia de Tucumán, 16/04/1997, "Talavera, Juan v. Alpargatas S.A.I.C.", publicado en Abeledo Perrot N° 70002205)

En virtud de lo expuesto, deberá V.S. hacer lugar a la excepción de incompetencia planteada en forma previa, con costas a la actora.

V. EN SUBSIDIO CONTESTA DEMANDA

V.1. CUESTIÓN PREVIA: LA PÓLIZA DE ALICO (HOY METLIFE SEGUROS) NO SE ENCONTRABA VIGENTE AL MOMENTO DE LOS HECHOS. FALTA DE LEGITIMACIÓN PASIVA MANIFIESTA

El Sr. Slaibe se presenta en autos en su carácter de ex empleado de Alpargatas Calzados y pretende hacer valer un derecho sobre un hecho producido con posterioridad a la baja de la póliza reclamada.

Sin embargo, omite por completo señalar que al momento de denunciar la incapacidad, la póliza que Alpargatas había contratado con Metlife se encontraba dada de baja hacía varios meses.

En otras palabras, al momento en que se produjo la incapacidad por la que demanda el accionante, no existía vínculo alguno entre él y Metlife, o entre Metlife y ALPARGATAS SAIC.

En definitiva, el actor carece de legitimación para reclamar judicialmente a mi mandante, por lo que corresponde sin más disponer el rechazo de la demanda contra Metlife Seguros S.A., debiendo, a todo evento, redireccionarlo contra la aseguradora que haya contratado ALPARGATAS SAIC con posterioridad al 31/12/2011.

V.2. SE INTIME A LA DEMANDADA

Solicito a V.S. intime a la demandada a que denuncie compañía aseguradora con la cual tenía contratada póliza de seguro al momento del hecho que denuncia la parte actora y con posterioridad al 31/12/2011 y a que acompañe copia de la póliza correspondiente en autos. Ello, con el objetivo que se haga extensiva la presente demanda impetrada por el actor a la compañía aseguradora correspondiente.

V. 3. Negativas

En virtud del imperativo procesal previsto en el código de forma, niego categóricamente todos los hechos invocados en la demanda, a excepción de aquellos expresamente reconocidos en esta presentación, y en especial:

- Niego que el actor haya ingresado a trabajar a ALPARGATAS SAIC en perfecto estado de salud.
- Niego que en dicha fábrica se haya desempeñado siempre como operario, realizando tareas varias en distintas secciones de la empresa.
- Niego que el trabajo lo haya desempeñado mayormente parado.

- Niego que a raíz de las modalidades de trabajo haya estado expuesto a agentes causantes de enfermedades profesionales.

- Niego que el actor haya tomado conocimiento de la cancelación de la póliza recién al momento de recibir las cartas documento mencionadas.

- Niego que no se le haya informado al actor la cancelación de la póliza de mi mandante.

- Niego que el accionante haya realizado trámites para averiguar qué tipo de cobertura poseía.

- Niego que el Sr. Aparicio no sepa a ciencia cierta qué tipo de cobertura posee.

- Niego que no se le haya notificado ni la cancelación de la póliza de Metlife ni la suscripción de una nueva póliza.

- Niego que la póliza N° 302.169 haya sido unilateralmente modificada por mi mandante o ALPARGATAS SAIC.

- Niego que dicha cancelación no sea oponible a la actora.

- Niego que mi mandante o ALPARGATAS SAIC no hayan cumplido con el deber de información que impone la Ley de Defensa del Consumidor.

- Niego que mi mandante deba suma alguna al actor.

Asimismo, desconozco la siguiente documentación adjuntada por el actor a su demanda: Dictamen de Comisión Médica N° 1.

Reconozco expresamente: a) carta documento enviada por mi mandante al actor, de fecha 7/06/2013; y b) carta documento enviada por el actor a mi mandante, de fecha 31/05/2013.

V. 4. Realidad de los hechos

a) Alico Cía. De Seguros S.A. (hoy Metlife Seguros S.A.) no es una Aseguradora de Riesgos del Trabajo

Tal como se adelantó al oponer la excepción de incompetencia, la entidad que represento es una sociedad dedicada a la provisión de seguros. Su única y específica finalidad es la de liquidar siniestros y, en su caso, pagar indemnizaciones cuando ha tenido lugar el evento previsto dentro del estado de riesgo cubierto.

Mi mandante se constituyó en el país como una Sociedad Anónima y, posteriormente, fue autorizada por la Superintendencia de Seguros de la Nación para funcionar como aseguradora, es decir, para operar en el mercado asegurador, en los rubros vida y accidentes personales.

En conclusión, nuevamente aclaro expresamente que la entidad que represento no es una Aseguradora de Riesgos del Trabajo, sino una compañía de seguros que opera en los rubros vida y accidentes personales.

Por ello mismo, resulta evidente que mi mandante no responde en los términos de la Ley de Riesgos del Trabajo siendo aplicable a su respecto la Ley de Seguros (17.418) y las disposiciones de la póliza de que se trate.

b) El contrato de seguro: póliza 302.169

A modo de introducción y para aclarar algunos conceptos que de manera confusa vierte el actor en su demanda, procederé a explicar el funcionamiento de la póliza contratada con mi mandante en las cuales el actor estuvo asegurado.

La póliza 302.169 fue contratada por ALPARGATAS para otorgar cobertura a sus empleados.

Dicha empresa reviste la calidad de tomador o contratante del seguro en cuestión. Obsérvese que en esta clase de seguros la figura del tomador o contratante es diferente del asegurado.

En consecuencia, en el contrato de Seguro Colectivo de Vida, revisten la calidad de partes sólo la aseguradora y el

contratante, no así el asegurado ni el beneficiario, que a su vez puede ser una persona distinta del contratante y del asegurado.

Al respecto la Ley 17.418 en su art. 153, establece que: *"En el caso de contratación de seguro colectivo sobre la vida o de accidentes personales en interés exclusivo de los integrantes del grupo, éstos o sus beneficiarios tienen un derecho propio contra el asegurador desde que ocurre el evento previsto"*.

De dicho artículo se desprende que los integrantes del grupo asegurado no tienen relación directa con el asegurador, salvo cuando ocurre el siniestro (*"El Seguro de vida en la Argentina"*, Carlos José María Facal, Ed. Lexis Nexis Argentina, 1ª ed.- 2007), oportunidad en la cual el asegurado o beneficiario adquieren un derecho propio contra el primero.

Dice Facal (*Referencia citada*), entonces, que *"Las partes del contrato son, pues, el tomador o contratante y el asegurador. Ellos concluyen el contrato de seguro y negocian sus términos...El tomador tienen la facultad de rescindir o modificar el contrato. Es el encargado de pagar las primas y el único que tiene relación directa con el asegurador, mientras no se produzca un siniestro. Es un tercero que contrata por cuenta ajena, esto es, por los componentes del grupo que son los asegurados. Por ello carga sobre sí la responsabilidad de sus acciones y tiene todas las obligaciones que competen a los mandatarios. Es, por ende, responsable por los perjuicios que cause a cualquier asegurado por falta de pago oportuno de las primas y, en general, por cualquier negligencia en la administración del contrato"*.

En consecuencia, en dicha inteligencia, ALPARGATAS es quien informa mensualmente a mi mandante quiénes, de todos los integrantes del "grupo asegurable", están incluidos en la cobertura contratada, y que revestirán la calidad de asegurados y podrán exigir la prestación estipulada en caso de que ocurra el evento previsto en la póliza. A su vez, informa el sueldo (de acuerdo a la definición de la póliza) correspondiente a cada uno de los empleados asegurados o directamente el capital asegurado individual que equivale al sueldo multiplicado por 12 o 24, según la opción elegida. Ello, a efectos de calcular la prima debida.

c) El rechazo del siniestro. Su procedencia

Tal como sostiene el actor en su demanda, mi mandante rechazó el siniestro por entender que su supuesta incapacidad total y permanente se configuró con posterioridad a la fecha en que fue cancelada la póliza 302.169 contratada por ALPARGATAS y en la que se encontraba asegurado.

En efecto, el Dictamen de la Comisión Médica que acompaña el actor a su demanda tiene fecha de 26 de junio de 2012, por lo que sin duda alguna debe entenderse que su incapacidad total y permanente, de existir, se configuró recién con posterioridad a la cancelación de la póliza 302.169 la cual operó el 31/12/2011, fecha luego de la cual no se abonaron más primas a mi mandante.

Además, la propia póliza dispone en la Cláusula de Invalidez Total y Permanente que la incapacidad debe iniciarse durante la vigencia del seguro (art. 1).

Resulta evidente que no puede considerarse que una persona se encuentra incapacitada en forma total y permanente desde el momento en que comienza a presentar los síntomas de las enfermedades que tiempo después, finalmente, terminan incapacitándolo.

En el caso del actor, recién mediante dictamen del 26/06/2012 la Comisión Médica N° 1 entendió que se encontraba incapacitado en forma total y permanente.

Al respecto se ha expresado lo siguiente:

"En la causa L. 36.516, sent. del 14/10/86 esta Corte dijo que "dado que lo que se indemniza no es el accidente de trabajo en sí, sino la incapacidad que produce, cuando ésta queda plenamente configurada con posterioridad al infortunio, el crédito se hace exigible cuando el trabajador adquiere noción cabal de su minusvalía y desde esa fecha debe computarse el plazo de prescripción" (arts. 258, ley de contrato de trabajo y 4037, Cód. Civil).

(...)

La fecha de exigibilidad de la indemnización (31/12/85) resulta ajena al ámbito temporal de la vigencia del contrato de seguro celebrado por la empresa demandada con la compañía aseguradora (15/6/83 al 15/6/84) de manera que es inobjetable la decisión del tribunal del trabajo en cuanto excluyó de la condena al asegurador (conf. doct. causas L. 36.869, sent. del 15/4/86; L. 46.176, sent. del 15/11/91) (...)

Por lo demás sólo cabe decir que el tribunal de grado hizo correcta aplicación de la doctrina de esta Corte que cita, habida cuenta que en los casos en que las consecuencias incapacitantes de un accidente de trabajo no coincidan con el acaecimiento del infortunio, sino que las lesiones originadas por él producen un daño que se consolida con el tiempo y se torna irreversible con posterioridad, para determinar la responsabilidad que le cabe al asegurador se deben considerar como siniestros aquéllos en los que la toma de conocimiento de la incapacidad por parte del obrero se ha producido durante la vigencia del contrato de seguro (conf. causas L. 35.869, sent. del 15/4/86; L. 46.176, sent. del 5/11/91. (Suprema Corte de Justicia de la Provincia de Buenos Aires(SCBuenosAires), 06/10/1992, Figueiras, Juan D. c. Santa Elena Inchauspe S. C. A. Publicado en: LA LEY 1993-D , 343, con nota de Luis Armando Rodríguez Saiach; DT1993-B, 1005, Cita Online: AR/JUR/1509/1992.)

Y que: "En efecto, esta sala ha sostenido reiteradamente que en los supuestos de dolencias de lenta evolución, como la de autos, debe tenerse en cuenta, a los efectos de determinar la existencia o inexistencia de cobertura por parte de las aseguradoras, la fecha en que la afección se consolida, es decir aquella en que luego de un reconocimiento médico surja fehacientemente acreditada la dolencia cuya reparación se pretende y la disminución de la capacidad laborativa en el porcentaje reconocido (conf. sala II, sent. núm.... 56.116 del 27/12/85 "Sapia, Felipe c. Félix Simón S. A.")". (Cámara Nacional de Apelaciones del Trabajo, sala II(CNTrab)(Salall), 26/09/1990, Trani, María c. Aguiluchos S. A., Publicado en: LA LEY1991-B, 121 - DJ1991-1, 792, Cita Online: AR/JUR/515/1990).

Es claro que el rechazo del siniestro fue absolutamente procedente, por lo que la demanda debe ser rechazada en su totalidad, con costas.

d) Límite de la cobertura

Si bien ya se ha explicado que mi mandante no debe responder en el caso de autos, debido a que el Sr. Slaibe no se encontraba asegurado por Metlife al momento en el que se configuró su supuesta incapacidad, debemos aclarar el límite de la cobertura de la póliza, para el hipotético e improbable caso de que V.S. entienda que mi representada debe ser condenada.

En este punto es preciso aclarar que, mi mandante sólo está obligado a responder dentro de los límites de la cobertura contratada por el tomador y, de ningún modo, más allá de dicho límite. Ello surge de lo normado por el art. 118 de la Ley 17.418, el cual establece que: *"...La sentencia que se dicte hará cosa juzgada respecto del asegurador y será ejecutable contra él en la medida del seguro..."*.

En el caso de autos, el límite de la cobertura para el supuesto de muerte e incapacidad total y permanente surge de lo dispuesto en el Endoso 1 de la póliza 302.169, el cual establece que los asegurados podrán optar entre dos propuestas de capital asegurado: múltiplo de 12 sueldos mensuales con un mínimo de \$ 5.000 y un máximo de \$ 100.000 o múltiplo de 24 sueldos mensuales con un mínimo de \$ 10.000 y un máximo de \$ 200.000.

El actor eligió la opción múltiplo de 24 sueldos mensuales.

Ahora bien, en el Endoso mencionado se establece que: *"...se considera como sueldo mensual la remuneración fija en dinero sujeta a descuentos jubilatorios percibida por el empleado, en el mes inmediato anterior. Respecto del personal 'Operario' para el cálculo se considerarán los conceptos: sueldo Básico, más Adicional de Convenio multiplicado por el coeficiente 1,3, más Antigüedad y a la suma de los conceptos se la multiplicará por el coeficiente 1,15; al resultado se multiplicará (200) y se lo considerará el 'Sueldo' para el*

*cálculo de capital [(Básico + Adic. Conv. *1.3) + Antigüedad) * 1.5 x 200]. Para los **'Empleados'**: para el cálculo de sueldo se consideraran los conceptos: Sueldo Básico más Antigüedad, más Productividad (Básico + Antigüedad + Productividad). Para el **'Personal Fuera de Convenio'**: se considerará el sueldo Básico..."*

(...)

Los capitales asegurados deberán actualizarse automáticamente conforme establece el presente suplemento. A tal fin y como condición previa indispensable el Contratante, pone a disposición de la Compañía, sin necesidad de requerimiento alguno por parte de ésta, las modificaciones que se produjeran en las remuneraciones del personal asegurado. Esta información será suministrada mensualmente. La falta de la citada información por parte del Contratante, los hará exclusivo responsable por cualquier reclamo que formule algún asegurado o beneficiario que se considere con derecho a una suma asegurada mayor".

Como vimos, la póliza también establece el capital mínimo y máximo asegurado, por lo que si el resultado de la multiplicación por los sueldos es mayor al mínimo y menor al máximo, corresponderá entonces abonar ese resultado a la hora de liquidar un siniestro. Si es inferior al mínimo, se abonará el mínimo y si es superior al máximo, se abonará el máximo.

Ahora bien, hay que tener en cuenta que quien informa a mi mandante el sueldo (tal como se encuentra definido póliza) y que corresponde a cada uno de los asegurados es el contratante, es decir, ALPARGATAS.

Por lo tanto, a efectos de calcular el monto de la indemnización para el supuesto de incapacidad total y permanente, debe considerarse el sueldo informado por el contratante en el mes anterior al cual comenzó la incapacidad del asegurado de que se trate, y sobre el cual se facturaron y abonaron las primas respectivas.

Es decir, el contratante (ALPARGATAS) además de enviar mensualmente a Alico/Metlife la nómina con los empleados asegurados, informa el sueldo mensual o directamente el capital asegurado individual para cada uno de ellos, el cual equivale al monto

del sueldo mensual multiplicado por 12 o 24, según la opción elegida. A su vez, la prima que mantiene vigente la cobertura contratada se calcula sobre la base de los sueldos efectivamente informados por la tomadora a mi mandante.

De allí que de ningún modo corresponde efectuar el cálculo indemnizatorio sobre la última remuneración que percibió el actor de su empleadora ni sobre ninguna otra remuneración, como la fijada arbitrariamente por el accionante en su demanda.

Sólo corresponde tener en cuenta a los efectos del cálculo de la indemnización por incapacidad total y permanente, la definición de sueldo mensual contenida en las pólizas y el sueldo informado por el contratante a Alico (hoy Metlife) (el cual debe responder a esa definición), del cual depende el monto de las primas que se facturan.

Por lo tanto, en el caso de autos la eventual responsabilidad de mi mandante estaría limitada a lo dispuesto por la póliza 302.169 en cuanto a los capitales asegurados individuales (12 o 24 sueldos mensuales) y a lo informado al respecto por el contratante. Esta parte nunca podría ser condenada a abonar una suma mayor a aquella que surja del cálculo indemnizatorio que autoriza la póliza, la cual determina el límite de su responsabilidad. En caso contrario, mi mandante se vería obligado a responder por una suma que no ha asegurado y por la que no ha cobrado primas, lo que en definitiva afecta a la comunidad de asegurados y va en contra de los principios que rigen la materia contractual y de seguros en particular.

Al respecto la jurisprudencia ha dicho que: *"Es que, mediando un procedimiento específico al efecto, en función del cual la empleadora del señor Rodríguez debía informar a la demandada toda variación atinente al seguro a través de la remisión de listados continentes de los salarios que percibían sus empleados, mal puede aquél ser soslayado sin más.-"*

Nótese que el perito contador informó que "de los listados remitidos por SIDERCA S.A.I.C. al mes de julio de 1999, figura incluido el actor con una prima del 0,53 por mil (\$ 8,65), correspondiente a un capital asegurado de \$ 16.328,20". (...)

Y, cabe destacar que la "mejor remuneración" percibida por el señor Rodríguez corresponde al mes de septiembre de 1998 (v. informe contestado por SIDERCA S.A.I.C. en fs. 232), lo que da cuenta que ese "aumento" no fue comunicado por la tomadora del seguro, pues los listados que mencioné en el párrafo que antecede son posteriores a esa fecha y no registran variación alguna en el importe de la prima descontada ni en el capital asegurado.-

Como corolario, permítaseme añadir que, al margen de la infracción al procedimiento convencional supra señalada, la modificación de la sentencia en este punto se impone pues la falta de comunicación de las variaciones salariales acontecidas, si bien impidió el acrecentamiento de los capitales asegurados, no se tradujo lógicamente, en un aumento del precio del seguro, es decir; el actor no sufrió ningún aumento en los descuentos que por pago de primas su empleadora le aplicaba mensualmente a sus haberes.-

En definitiva, no cupo determinar el capital asegurado con prescindencia de la cuantía de las primas efectivamente abonadas por los beneficiarios del seguro." (CNCOM Sala D 18/09/2009 "Rodríguez Oscar Aníbal y otro c/ Caja de Seguros S.A. s/ Ordinario", eIDial AA6020)

VI. PRUEBA

A efectos de acreditar los extremos invocados ofrezco la siguiente prueba:

a) Documental

Acompaño al presente:

- Poder general judicial
- Resolución N° 36621 de la Superintendencia de Seguros de la Nación de fecha 29/03/2012 y constancia de su inscripción

- Copia de la póliza 302.169
- Copia de denuncia del reclamo realizada ante mi mandante.
- Carta documento de fecha 28/11/2012, enviada por mi mandante a Alpargatas SAIC
- Carta documento de fecha 31/05/13 enviada por el actor a mi mandante.
- Carta documento de fecha 5/06/13 enviada por mi mandante al actor.

b) Documental e información en poder de terceros

Solicito se ordene librar oficios:

- A ALPARGATAS a fin de que acompañe a estos autos el legajo médico laboral correspondiente al Sr. Slaibe, DNI 8.477.457 y los recibos de sueldo pertenecientes al mencionado y correspondientes a los últimos tres años trabajados.
- Asimismo, para el caso de que el actor desconozca la autenticidad de la póliza que se adjunta a la presente, solicito se ordene librar oficio a ALPARGATAS SAIC a fin de que acompañe a estos actuados copia auténtica de la póliza 302.169 contratada con Alico/Metlife.

c) Pericial contable

Con fundamento en lo dispuesto por el artículo 325 del Código Civil y Comercial ("los libros y registros del art 322 deben permanecer en el domicilio de su titular") solicito se libre oficio ley 22.172 al Sr. Juez de igual clase y turno de la Ciudad de Buenos Aires para que designe perito contador único de oficio a fin de que examine los libros contables de mi mandante y dictamine:

- 1) Si los libros son llevados en legal forma.

2) Indique la fecha de vigencia inicial y final de la póliza 302.169.

3) Qué riesgos están cubiertos por la póliza 302.169. En particular, transcriba la cláusula de incapacidad total y permanente.

4) Indique si el capital asegurado individual para el supuesto de incapacidad total y permanente en el caso del actor, es el equivalente al múltiplo de 24 sueldos mensuales.

5) Indique el concepto de sueldo mensual contenido en la póliza 302.169.

6) Cuál fue el capital asegurado individual y/o el sueldo informado por ALPARGATAS a mi mandante (sobre el cual se cobró la prima respectiva) respecto del actor durante todo el período en el cual estuvo asegurada en la póliza 302.169.

7) Indique el monto de la prima cobrada por Alico/Metlife en relación al actor durante todo el período en el cual estuvo asegurado en la póliza 302.169.

8) Indique si la prima abonada en cada período guarda relación con el capital asegurado en ese mismo período y en función de lo pactado en la póliza 302.169.

9) Indique cuál sería el monto que debería abonar mi mandante a la actora, en caso de que prospere la demanda, según los términos de la póliza (24 sueldos).

10) Indique si se registra denuncia del reclamo del actor ante Metlife y de qué fecha es la misma.

11) Adjunte copia de la póliza N° 302169.

d) Informativa

Solicito se ordene librar oficio:

- A la Superintendencia de Riesgos del Trabajo a fin de que informe si Alico Cía. de Seguros S.A. y/o Metlife Seguros S.A. se encuentra autorizada a operar como Aseguradora de Riesgos del Trabajo.

- A ALPARGATAS SAIC, a fin de que: a) informe cuál fue el capital asegurado individual y/o el sueldo informado a Alico/Metlife respecto del actor durante todo el período en el cual estuvo asegurado en la póliza 302.169; b) informe cuál fue el monto de la prima abonada a Alico/Metlife respecto del actor durante todo el período en el cual estuvo asegurado en la póliza 302.169, c) informe por qué causa el actor dejó de trabajar en dicha firma y cuál fue el último día trabajado en dicha empresa y si desempeñó tareas hasta el último día trabajado.

1. Plazo Art. 56 CPL

En los términos del Art. 56 CPL, solicitamos se conceda a nuestra parte el término de 10 días previsto en dicho norma, a fin de presentar la documentación que se planea hacer valer en la presente causa, notificándonos personalmente del Proveído que lo conceda.

2. Cumpro Art. 61 CPL

En cumplimiento de lo normado en el Art. 61 CPL, informamos a V.S. que los Libros y Documentación Contable de nuestro mandante, se encuentran a disposición del Juzgado en su establecimiento mencionado anteriormente.

VIII. RESERVA DEL CASO FEDERAL

Para el hipotético e improbable caso de que V.S. haga lugar al planteo realizado, dejo expresa reserva del caso federal previsto en el art. 14 de la Ley 48, por considerar vulnerados, las garantías constitucionales de mis representados, plasmadas en los principios constitucionales de defensa en juicio, igualdad ante la ley, propiedad, y debido proceso. (Arts. 16, 17, 18 de la CN y sus equivalentes de la Constitución Provincial).

Asimismo, mantengo la reserva de recurrir ante los Cimeros Tribunales de la Provincia y de la Nación en el supuesto de que en autos se dicte un pronunciamiento arbitrario; ello en virtud de la

doctrina del Excelentísimo Tribunal que ha admitido la procedencia autónoma de dicha vía recursiva.

IX. AUTORIZA

Autorizo Al Dr. Gerardo Bravo a diligenciar oficios, cédulas extraer copias y todo trámite en el presente expte.

X. PETITORIO

En atención a lo expuesto, a V.S. respetuosamente solicito:

1. Me tenga por presentado, por parte y por constituido el domicilio procesal indicado.
2. Se haga lugar a la excepción de incompetencia, y se remitan las presentes actuaciones a la justicia civil y comercial común.
3. Se tengan por interpuesta la excepción de falta de legitimación pasiva.
4. Se tenga contestada en legal tiempo y forma la demanda instaurada contra mi representada Metlife antes denominada Alico
5. Se dicte sentencia rechazando la demanda interpuesta por la actora respecto de mi mandante, con costas.
6. Se tenga presente la reserva de caso federal.
7. Se tenga presente las autorizaciones conferidas.
8. Me conceda el plazo del art 56 LCT.

Proveer de conformidad que,

SERÁ JUSTICIA

JORGE J. GIMENEZ LASCANO
ABOGADO
MAT/ PROV. 4443
MAT FED. T° 97 F° 372

JU. 06 OCT 2016 10:25

JUZ. CON. Y TRAM. II

Adj Tara de Just, Bono Ly 6059; Bono Prof; Copia de poder en 06 fs; Suples p/ expte en 33 fs; una copia p/ Trasl en 58 fs. —

RECIBO LTES COPIADE
JUZ. CON. Y TRAM. II
JUZ. CON. Y TRAM. II
JUZ. CON. Y TRAM. II