

## CATALOGADO

## NOTA TECNICA

## A) Explicación del plan

El seguro colectivo es un seguro temporario en caso de muerte, de costo reducido, renovable anualmente, sin valores garantizados, abonándose el capital asegurado al beneficiario al producirse el fallecimiento del asegurado. Es aplicable a los integrantes de entidades comerciales, sociales, deportivas, profesionales, o también a empleados y obreros de industrias, casas de comercio, etc. El límite mínimo del capital será de \$ 500. - No se fija límite máximo de capital ni límites de edad ya que dependerá de las características del grupo asegurado y de las posibilidades del reaseguro.

## B) Bases técnicas utilizadas

Tabla de mortalidad y tipo de interés: Se utilizó la tabla de mortalidad "Commissioners Standard Ordinary 1941", computada al 3½% de interés anual.

Fórmulas para el cálculo de las primas puras y de tarifa:

$$P_x = q_x \cdot v^{\frac{1}{2}} \quad P'_x = \frac{P_x + e}{1 - b}$$

siendo:

$P_x$  = prima pura anual para la edad de x años.

$P'_x$  = prima de tarifa para la edad de x años;

e y b = gastos de adquisición, administración y comisiones. En todos los casos la comisión no excederá del 10% de la prima de tarifa.

NOTA: Las primas se determinarán cada año según la edad alcanzada de los asegurados y son pagaderas globalmente por el contratante

Gastos considerados: Para estos gastos se ha establecido una "tarifa máxima" y una "tarifa mínima", para que el Asegurador pueda operar entre estos límites, teniendo en cuenta la ocupación, el número, las declaraciones, etc. de los asegurables.

Los recargos aplicables son los que siguen:

En la tarifa mínima: c = 1 o/oo del capital asegurado y  
b = 10% de cada prima anual.

En la tarifa máxima: c = 2,50 o/oo del capital asegurado y  
b = 30% de cada prima anual.

HAHN Y ASOCIADOS

JUAN CARLOS RIVAS (socio)

Actuario

C. P. C. E. C. F.

Tº 1 - Fº 81

0  
J-351  
H11  
11

Fórmulas para el Cálculo de las primas de tarifa. Para el fraccionamiento mensual no se aplicará recargo. Por lo tanto, la prima de tarifa mensual está dada por la siguiente fórmula:

$$P' \text{ (Mensual)} = \frac{P' \times}{12}$$

HAHN Y ASOCIADOS

JUAN CARLOS RIVAS (socio)

Actuario

C. P. C. E. C. F.

Tº I - Fº 81

Reservas de balance: Se reservará como mínimo la parte no devengada de la última prima vencida en el Ejercicio.

C) Condiciones en que será emitido el seguro

Con o sin examen médico: Estos seguros se emitirán sin examen médico, siempre que se solicite el ingreso al mismo dentro de los plazos reglamentarios, indicados en las Condiciones Generales de la póliza. De lo contrario, se exigirá, según las circunstancias, una Declaración de Salud o un Examen Médico, utilizando para éste el formulario "ad-hoc" aprobado por la Superintendencia de Seguros de la Nación.

Pólizas y Certificados: Se emite una póliza a nombre de la firma contratante y para cada Asegurado se emite un certificado individual.

Con o sin participación en las utilidades: Estas pólizas se emitirán sin participación en las utilidades de la Sección Vida.

Riesgo de incapacidad: Si la incapacidad se produjera en forma total y permanente y antes de cumplir los 60 años de edad, el capital se liquidará en 36 mensualidades de \$ 28,75 o/oo del capital asegurado. Esta cobertura es sin extraprima.

Cláusula adicional: Se podrá incorporar a este seguro la cláusula de "Indemnizaciones adicionales por muerte, desmembración o pérdida de la vista a consecuencia de accidente", en las siguientes condiciones:

- Sin restricciones, cubriendo el 100% del capital asegurado por cada certificado individual, mediante el pago de una extraprima anual de \$ 1,50 por cada mil pesos asegurados, que se descompone en \$ 1,20 para la indemnización adicional por muerte y \$ 0,30 para la de desmembración o pérdida de la vista.
- Cubriendo el 100% del capital asegurado por cada certificado individual, fuera de las horas y lugares en que el Asegurado desempeñe las tareas habituales de trabajo mediante el pago de una extraprima anual de \$ 1,00 por cada mil pesos asegurados, que se descompone en \$ 0,75 para la indemnización adicional por muerte y \$ 0,25 para la de desmembración o pérdida de la vista.
- Cubriendo un determinado porcentaje menor del 100% del capital asegurado por cada certificado individual, con o sin exclusión del riesgo durante las horas y lugares en que el Asegurado desempeñe las tareas habituales de su trabajo, mediante el pago de una extraprima anual equivalente a igual porcentaje de las indicadas en a) o b) según corresponda, por cada mil pesos de capital asegurado.

Se deja expresa constancia que las extraprimas indicadas se refieren a Asegurados que se desempeñen en tareas no sujetas a recargo alguno según las normas que aplica el Instituto Nacional de Reaseguros para la aceptación de las cesiones,

pudiendo ser ellas recargadas cuando así no suceda según la tarifa en uso por dicha Repartición para tales emergencias. Para el fraccionamiento mensual de estas extraprimas no se aplicará recargo alguno.

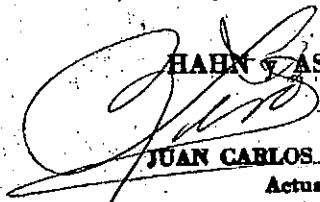
Cláusula adicional para esposas: Se otorgará la cobertura a las esposas de los adherentes en las condiciones estipuladas en esta Nota Técnica y en la cláusula adicional que se adjunta.

Cláusula adicional de Reajuste de Primas: Para determinar las primas libres de gastos se cubrirán los espacios en blanco del Artículo 5\* de esta cláusula de acuerdo con los porcentajes que figuran en el siguiente cuadro:

Número medio mensual de Asegurados	PORCENTAJES	
	Sobre las primas del primer año	Sobre las primas de renovación
Hasta 250	60%	80%
De 251 a 500	62%	81%
De 501 a 1.000	64%	82%
De 1.001 a 2.500	66%	83%
De 2.501 a 5.000	68%	84%
Más de 5.000	70%	85%

Formularios: Los formularios que se utilizarán para este seguro son:

- a) Pedido de cotización de prima;
- b) Nómina completa de los asegurables;
- c) Solicitud individual;
- d) Póliza;
- e) Certificado individual;
- f) Certificado suplementario;
- g) Informe del médico;
- h) Informe del contratante;
- i) Cláusula adicional para esposas;
- j) Solicitud individual para esposas;
- k) Certificado para esposas;
- l) Cláusula de indemnizaciones adicionales por muerte, desmembración o pérdida de la vista a consecuencia de accidente y de indemnización adicional por muerte a consecuencia de accidente;
- m) Cláusula adicional de Reajuste de primas.

**HAHN Y ASOCIADOS**  
  
**JUAN CARLOS RIVAS (socio)**  
 Actuario  
 C. P. C. E. C. F.  
 T. 1 - F. 81

D) Cuadros a acompañar:

Se acompañan las primas puras anuales y las primas de tarifa mensuales.

E) Leyendas a utilizar:

El espacio en blanco previsto en el Artículo 1\* de la cláusula indicada con l)

en Formularios, se anulará cuando la cobertura se otorgue sin restricciones. Cuando la cobertura excluya lugares y horas de trabajo, dicho espacio se llenará con la leyenda: "FUERA DE LAS HORAS Y LUGARES EN QUE EL ASEGURADO DESEMPEÑA LAS TAREAS HABITUALES DE TRABAJO". -

HAHN Y ASOCIADOS

JUAN CARLOS RIVAS (socio)

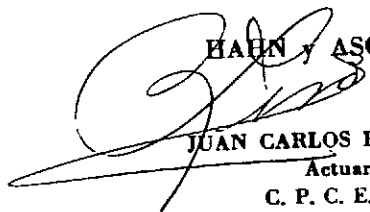
Actuario

C. P. C. E. C. F.

Tº 1 - Fº 81

PRIMAS PURAS ANUALES  
SEGURO COLECTIVO DE VIDA

<u>Edad</u>	<u>Primas</u>	<u>Edad</u>	<u>Primas</u>
15	2, 11	50	12, 11
16	2, 15	51	13, 01
17	2, 21	52	14, 06
18	2, 26	53	15, 17
19	2, 33	54	16, 37
20	2, 39	55	17, 67
21	2, 47	56	19, 10
22	2, 55	57	20, 64
23	2, 63	58	22, 32
24	2, 72	59	24, 15
25	2, 83	60	26, 14
26	2, 94	61	28, 29
27	3, 06	62	30, 65
28	3, 19	63	33, 18
29	3, 34	64	35, 96
30	3, 50	65	38, 96
31	3, 67	66	42, 23
32	3, 85	67	45, 77
33	4, 05	68	49, 60
34	4, 28	69	53, 77
35	4, 51	70	58, 29
36	4, 78	71	63, 17
37	5, 06	72	68, 47
38	5, 37	73	74, 21
39	5, 71	74	80, 41
40	6, 06	75	87, 13
41	6, 48	76	94, 38
42	6, 91	77	102, 22
43	7, 38	78	110, 67
44	7, 90	79	119, 78
45	8, 46	80	129, 60
46	9, 07		
47	9, 74		
48	10, 46		
49	11, 25		

  
**HAHN Y ASOCIADOS**  
**JUAN CARLOS RIVAS (socio)**  
Actuario  
C. P. C. E. C. F.  
Tº I - Fº 81

PRIMAS DE TARIFA  
SEGURO COLECTIVO DE VIDA

Primas mensuales por \$ 1.000. - de capital asegurado. -

Edad	Tarifa		Edad	Tarifa	
	mínima	máxima		mínima	máxima
15	0,29	0,55	50	1,21	1,74
16	0,29	0,55	51	1,30	1,85
17	0,30	0,56	52	1,39	1,97
18	0,30	0,57	53	1,50	2,10
19	0,31	0,58	54	1,61	2,25
20	0,31	0,58	55	1,73	2,40
21	0,32	0,59	56	1,86	2,57
22	0,33	0,60	57	2,00	2,75
23	0,34	0,61	58	2,16	2,95
24	0,34	0,62	59	2,33	3,17
25	0,35	0,63	60	2,51	3,41
26	0,36	0,65	61	2,71	3,67
27	0,38	0,66	62	2,93	3,95
28	0,39	0,68	63	3,16	4,25
29	0,40	0,70	64	3,42	4,58
30	0,42	0,71	65	3,70	4,94
31	0,43	0,73	66	4,00	5,33
32	0,45	0,76	67	4,33	5,75
33	0,47	0,78	68	4,69	6,20
34	0,49	0,81	69	5,07	6,70
35	0,51	0,83	70	5,49	7,24
36	0,54	0,87	71	5,94	7,82
37	0,56	0,90	72	6,43	8,45
38	0,59	0,94	73	6,96	9,13
39	0,62	0,98	74	7,54	9,87
40	0,65	1,02	75	8,16	10,67
41	0,69	1,07	76	8,83	11,53
42	0,73	1,12	77	9,56	12,47
43	0,78	1,18	78	10,34	13,17
44	0,82	1,24	79	11,18	14,56
45	0,88	1,30	80	12,09	15,73
46	0,93	1,38			
47	0,99	1,46			
48	1,06	1,54			
49	1,13	1,64			

HAHN y ASOCIADOS

JUAN CARLOS RIVAS (socio)

Actuario

C. P. C. E. C. F.

Tº I - Fº 81

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL  
DE LA PROVINCIA DE LA PAMPA  
Dirección Seguros  
Pellegrini 383 - Santa Rosa

JUAN CARLOS RIVAS (socio)  
Actuario  
C. P. C. E. C. F.  
T-1-F-81

PEDIDO DE COTIZACION DE PRIMA PARA UN SEGURO  
COLECTIVO DE VIDA

De acuerdo con los datos que a continuación se indican y a la adjunta nómina de personas asegurables, solicitamos se nos cote la prima correspondiente a un Seguro Colectivo de Vida.

Contratante

Domicilio

Ramo o actividad

a) - CAPITALES ASEGURADOS INDIVIDUALES

Clases	Bases de las sumas aseguradas	Capitales Asegurados

- b) Coberturas adicionales que se desea asegurar: .....
- c) Forma de pago de las Primas: .....
- d) La totalidad del grupo asegurable se compone de: .....
- e) La adjunta nómina de personas asegurables incluye a la totalidad de dicho grupo? (si/no):..... En caso contrario, número que no participa: .....
- f) Tienen contratada alguna póliza de Seguro Colectivo de Vida? (si/no): .....
- g) Han presentado propuesta a otra entidad aseguradora? .....
- h) Otras consideraciones con respecto al seguro que se desea concertar: .....

Lugar y fecha: .....

LAS CONDICIONES GENERALES DE POLIZA  
IRAN IMPRESAS AL DORSO. -

Sello y firma del Contratante



**BAHN Y ASOCIADOS**  
**JUAN CARLOS RIVAS (socio)**  
 Actuario  
 C. F. C. E. C. F.  
 T° 1 - F° 81

SEGURO COLECTIVO  
DE VIDA

[illegible]

Firma del Contratante

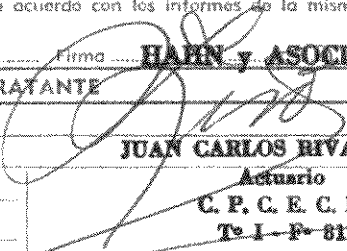


<del>INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL</del> <del>Cto. Administración de Seguros</del>	<b>SOLICITUD INDIVIDUAL DE SEGURO COLECTIVO DE VIDA</b>	Poliza Nº	Certificado Nº
---	---	-----------	----------------

**PARA USO DEL EMPLEADO O ADHERENTE**

Nombre completo del empleado o adherente (sin iniciales)			Edad: Años:	Fecha de nacimiento Día Mes Año
Ocupación	Fecha de ingreso al empleo Día Mes Año	Sexo	Estado Civil	Vigencia Día Mes Año
Nombre completo del Beneficiario (sin iniciales)		<del>Residencia</del>	Domicilio del Beneficiario	Beneficio en caso de incapacidad  (Sí o No) .....
Indíquese si sufrió enfermedades graves o incapacidad			Indíquese si goza de buena salud	Examen médico
Indíquese si tiene seguro en otras Compañías				Capital \$ .....
Per la presente solicito ser incluido en el Seguro Colectivo de la Institución Contratante que se cita al pie, por la suma a que tenga o pueda tener derecho de acuerdo con los informes de la misma.				
Lugar y fecha .....			Firma <b>HARN Y ASOCIADOS</b>	

**PARA USO DEL CONTRATANTE**

Nombre del Contratante:		 <b>JUAN CARLOS RIVAS (socio)</b> <b>Actuario</b> <b>C. P. C. E. C. F.</b> <b>T-1-P-81</b>
El empleado o adherente está vinculada a n/entidad desde:		
El empleado o adherente goza actualmente de buena salud:		
Conoce usted de que el empleado o adherente haya sufrido enfermedad grave o incapacidad?		
Este Seguro entra en vigor el		
Lugar y fecha .....		Sello y firma .....

NOTA: La tarjeta firmada debe estar en poder de ~~contratante o adherente~~ por la menos diez días antes de entrar en vigor el seguro.

OTRA: Escriba todos los datos con claridad. Si es posible a máquina.

**Este Formulario debe conservarlo el Contratante**

<b>CONFORMIDAD PARA EL PAGO DE LAS PRIMAS</b>		Poliza Nº	Certificado Nº
Nombre completo del empleado o adherente			
Por la presente me comprometo a abonar ..... (MENSUALMENTE, TRIMESTRALMENTE, SEMESTRALMENTE, ANUALMENTE)			
a ..... la suma de .....		(LETRAS)	
(CONTRATANTE)			
..... para cubrir mi parte en la prima del Seguro Colectivo de Vida al cual tengo o pueda tener derecho, de acuerdo con el informe del Contratante.			
(Lugar y fecha de la Solicitud)		(Firma del empleado o adherente)	
Nº del empleado o adherente	Sección	Oficina o Fábrica	
Fecha del primer pago: Día Mes Año	Importe de la prima \$ .....		



Hahn y Asociados

"INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL  
DE LA PROVINCIA DE LA PAMPA"

Dirección Seguros  
Pellegrini 383 - Santa Rosa

Hahn y Asociados

JUAN CARLOS RIVAS (socio)

Actuario

C. P. C. E. C. F.

Tº I - Fº 81

SEGURO COLECTIVO DE VIDA

Póliza N° .....

Capital Asegurado

\$ .....

Certificado N° .....

Vigencia inicial

..... día ..... mes ..... año

"Instituto de Previsión Social de la Provincia de La Pampa" Dirección Seguros  
deja constancia que .....

.....  
ha sido incorporado al Seguro Colectivo de Vida contratado por: .....

.....  
de acuerdo con las Condiciones Generales y Particulares de la póliza respectiva, y  
con el capital arriba indicado.

Si durante la vigencia del seguro ocurriera el fallecimiento del Asegurado, dicho capi-  
tal será pagado a: .....

..... en carácter de beneficiario(s) instituido(s).

Si en cambio se produjera el estado de invalidez total y permanente del Asegurado pre-  
visto por el Artículo 18º de las Condiciones Generales de póliza, en un todo de acuerdo  
con las disposiciones de dicho artículo el capital asegurado se liquidará en 36 cuotas  
mensuales a razón de \$ 28,75 por cada mil asegurados.

Santa Rosa, de

de 19 .....

"Instituto de Previsión Social  
de la Provincia de La Pampa"  
Dirección Seguros

.....  
Este Certificado ha sido aprobado por la Superintendencia de Seguros de la Nación. -

(Las Condiciones Generales de póliza irán impresas al dorso). -

Hahn y Asociados

"INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL  
DE LA PROVINCIA DE LA PAMPA"

Dirección Seguros  
Pellegrini 383 - Santa Rosa

SEGURO COLECTIVO DE VIDA

Póliza N° .....

Contratante: .....

Capital asegurado adicional

Certificado Suplementario

Vigencia inicial

\$ .....

N° .....

día mes año

"INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL DE LA PROVINCIA DE LA PAMPA"

Dirección Seguros, deja constancia que, .....

ha quedado asegurado por el capital adicional arriba indicado a partir del ..... de  
de 19 .....

Este Certificado suplementario aumenta y no sustituye al emitido original-  
riamente para el mismo asegurado.

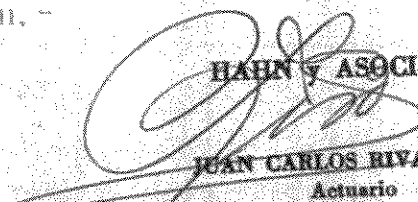
Santa Rosa, ..... de ..... de 19 .....

"Instituto de Previsión Social  
de la Provincia de La Pampa"  
Dirección Seguros

.....

.....

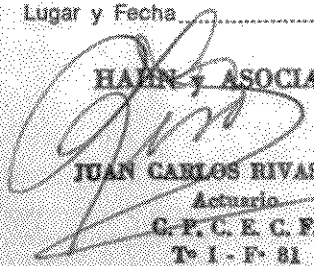
Este Certificado Suplementario ha sido autorizado por la Superintendencia de Seguros  
de la Nación, -

  
**Hahn y Asociados**  
**JUAN CARLOS RIVAS (socio)**  
Actuario  
C. P. C. E. C. F.  
T° 1 - F° 81

"INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL  
DE LA PROVINCIA DE LA PAMPA"  
Dirección Seguros  
Pellegrini 383 - SANTA ROSA  
LA PAMPA

SECCION VIDA  
SEGUROS COLECTIVOS

## INFORME DEL MEDICO

Dr.: .....	
Domicilio: .....	
1	Nombre del fallecido: .....
2	Fecha del fallecimiento: Mes ..... Día ..... Año .....
3	Lugar en que murió. Si la muerte ocurrió en un hospital u otra institución, dése el nombre: ..... Calle ..... Localidad ..... Prov. ....
4	Fecha en que hizo Ud. su primera visita durante la última enfermedad: .....
5	¿Cuánto tiempo había estado enfermo cuando fue llamado Ud. a asistirlo en su última enfermedad? .....
6	Fecha de su última visita: .....
7	Causas de la muerte: ..... Duración de la enfermedad según conocimiento personal: años, ..... meses, ..... días, .....
Afirmo que asistí al fallecido desde el ..... hasta el ..... y que las contestaciones que anteceden son verdaderas.	
Lugar y Fecha: .....	
 <b>HABIN y ASOCIADOS</b> <b>JUAN CARLOS RIVAS (socio)</b> Actuario C. F. C. E. C. F. Tº I - Fº 81	
Firma del médico: .....	

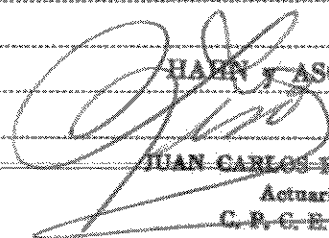
"INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL  
DE LA PROVINCIA DE LA PAMPA"  
Dirección Seguros  
Pellegrini 383 - SANTA ROSA  
LA PAMPA

**SECCION VIDA**

**SEGUROS COLECTIVOS**

**INFORME DEL CONTRATANTE**

Póliza N.º ..... Vigencia desde .....		Importe del Seguro: \$ .....
Cert. N.º ..... Vigencia desde .....		.....
Nombre completo del Asegurado fallecido: .....		
Edad al fallecer: .....		
Fecha de su fallecimiento: .....		
Fecha en que concurrió por última vez al trabajo: .....		
Empleado desde el ..... de ..... de 19 ..... hasta el ..... de ..... de 19 .....		
BENEFICIARIOS:		
Nombre completo	Docum. Ident.	Edad
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
El cheque debe ser extendido a la orden de: .....		
y enviado a la siguiente dirección: .....		
.....		
Certificamos que los datos arriba consignados son exactos.		
Lugar y Fecha: .....		
Sello y firma del contratante .....		
NOTA: ACOMPARESE INFORME DEL MEDICO Y COPIA DE LA PARTIDA DE DEFUNCION EXTENDIDA POR EL REGISTRO CIVIL.		

  
**HABIN Y ASOCIADOS**  
**JUAN CARLOS RIVAS (socio)**  
Actuario  
C.P.C.E.C.F.  
Tº I - Fº 81



"INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL  
DE LA PROVINCIA DE LA PAMPA"

Dirección Seguros  
Pellegrini 883 - Santa Rosa

CLÁUSULA ADICIONAL

Incorporada como contrato suplementario de la póliza de Seguro Colectivo de Vida N°  
emitida por el "Instituto de Previsión Social de la Provincia de La Pampa" Dirección Se-  
guros el ..... y que asegura la vida de los: .....

SEGURO DE LAS ESPOSAS

"Instituto de Previsión Social de la Provincia de La Pampa" Dirección Seguros  
(en adelante, el Asegurador), de acuerdo a las condiciones de esta cláusula, SE OBLIGA  
a pagar la suma estipulada para el caso de fallecimiento de la esposa del Asegurado, al  
beneficiario instituido, en la Casa Matriz del Asegurador, inmediatamente de recibidas  
las pruebas del fallecimiento.

1°. - OBJETO Y EXTENSION DEL SEGURO - Esta cláusula comprende a las esposas de  
los asegurados incorporados al Seguro Colectivo del epígrafe y las cubre única y  
exclusivamente contra el riesgo de muerte.

2°. - ESPOSAS ASEGURABLES. - Son asegurables las esposas que se encuentren a cargo  
de los cónyuges asegurados y se entiende por tales a las personas que unidas en ma-  
trimonio convivan bajo el mismo techo. Quedan expresamente excluidas las esposas  
que estuvieran comprendidas en el Seguro Colectivo como integrantes del personal  
del Contratante.

3°. - SUMA ASEGURADA. - El seguro adicional para las esposas es de .....  
suma que -en caso de exceder el capital asegurado sobre la vida del cónyuge- se  
reducirá a este importe.

4°. - INICIACIÓN Y VIGENCIA. - El plazo para la adhesión de la esposa al seguro adicio-  
nal es de dos meses (no menos de 60 días) corridos desde la fecha en que resultara  
asegurable o en que el Asegurado contrajera matrimonio. Excedido el plazo antes  
mencionado, incluso por haber excedido el cónyuge el plazo para la propia adhesión,  
la esposa que deseara incorporarse habrá de suministrar pruebas de asegurabilidad  
a satisfacción del Asegurador con gastos a cargo del Asegurado. El seguro adicional  
entrará en vigencia a partir de la primera fecha de vencimiento de premio inmediata-  
siguiente a la fecha en que el Asegurador recibiera la solicitud o fueran aprobadas  
las pruebas de asegurabilidad si correspondieran.

5°. - CALCULO Y PAGO DE LAS PRIMAS. - A los efectos de determinar la prima de cada  
año de seguro, las esposas integrarán el grupo de los asegurados. La prima prome-  
dio del riesgo de muerte que así resulte se aplicará al seguro de las esposas y su p-  
go se efectuará conjuntamente con el de los cónyuges.

HAHN Y ASOCIADOS

JUAN CARLOS RIVAS (socio)

Actuario

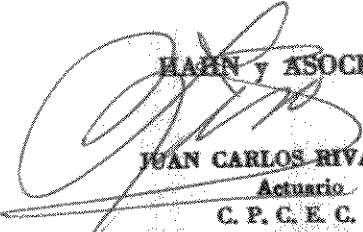
C. P. C. E. C. F.

Tº I - Fº 81

- 6\*) BENEFICIARIO. - El beneficiario de este seguro adicional, será con carácter irrevocable el cónyuge, y en caso de muerte simultánea el seguro adicional se liquidará a los herederos legales del esposo. .
- 7\*) OBLIGACIONES DEL ASEGURADO PRINCIPAL. - Los asegurados, de estado civil casados, proporcionarán en los formularios suministrados al efecto los nombres y apellidos de sus esposas, fechas de nacimiento, etc. e informarán al Asegurador de cualquier circunstancia que afecte el vínculo matrimonial.
- 8\*) CESACION DEL SEGURO ADICIONAL. - La cobertura del seguro adicional de las Esposas, cesará, para cada certificado, en las siguientes circunstancias:
- a) Al caducar la póliza y/o el certificado del Asegurado principal, por cualquier causa;
  - b) Cuando sobrevenga cualquier causal en cuya virtud el vínculo matrimonial resulte afectado (nulidad, divorcio, separación de hecho por decisión unilateral o conjunta, etc.);
  - c) En cualquier aniversario de la póliza en que la cantidad de esposas aseguradas sea inferior al 75% de las esposas asegurables;
  - d) Al fallecimiento del asegurado principal;
  - e) Por anulación de esta cláusula a pedido del Contratante o por decisión del Asegurador;
  - f) Por conversión del certificado colectivo del asegurado principal en póliza individual.
- 9\*) CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA. - Esta cláusula amplía las Condiciones Generales de la póliza a que está adherida y de las cuales se considera complementaria. -

Santa Rosa, de 19

"Instituto de Previsión Social  
de la Provincia de La Pampa"  
Dirección Seguros

  
**HAHN y ASOCIADOS**  
**JUAN CARLOS RIVAS (socio)**  
Actuario  
**C. P. C. E. C. F.**  
**Tº 1 - Fº 81**

Hahn y Asociados

"INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL  
DE LA PROVINCIA DE LA PAMPA"  
Dirección Seguros  
Pellegrini 383 - Santa Rosa

Hahn y Asociados

JUAN CARLOS RIVAS (socio)  
Actuario  
C. P. C. E. C. F.  
T° 1 - F° 81

FICHA INDIVIDUAL

SOLICITUD DE INCORPORACION AL SEGURO ADICIONAL DE LAS ESPOSAS

Certificado N° .....

Póliza N° .....

Nombre y Apellido de la esposa (sin iniciales) .....  
Fecha de nacimiento ..... Estado Civil ..... Fecha de matrimo-  
nio ..... Matrimonio inscripto en .....  
Fecha de ingreso al seguro .....  
Indíquese si sufrió enfermedades graves o incapacidad: .....  
Indíquese si goza de buena salud: SI/NO ..... En caso negativo de qué enfermedad  
padece .....  
Nombre y Apellido completo del esposo Beneficiario del seguro .....  
Si tiene otros Seguros de Vida Colectivos indique: Nombre de la Compañía: .....  
Capital Asegurado : \$ .....  
Por la presente solicito ser incluida en el seguro Colectivo Temporario de Vida con-  
tratado .....  
con "Instituto de Previsión Social de la Provincia de La Pampa" Dirección Seguros por  
la suma que tenga o pueda tener derecho y de acuerdo también con las demás condicio-  
nes convenidas y establecidas en la respectiva Póliza y Cláusula de Seguro Adicional  
de las Esposas.

Lugar y fecha: .....

.....  
Firma

PARA SER LLENADO POR EL CONTRATANTE

Nombre del Contratante: .....  
El esposo está incorporado al seguro desde el: .....  
Como Ud. que la esposa haya sufrido enfermedad grave o incapacidad? .....  
Este seguro entra en vigor el: .....  
Lugar y fecha: .....

.....  
Sello y firma del Contratante

NOTA: La tarjeta firmada debe estar en poder del "Instituto de Previsión Social de la  
Provincia de La Pampa" Dirección Seguros por lo menos quince días antes de  
entrar en vigor el seguro.

Certificado N° .....

Póliza N° .....

SEGURO COLECTIVO TEMPORARIO DE VIDA-Ficha para el Contratante

Apellido y Nombre de la Asegurada .....

Fecha de Ingreso al Seguro .....

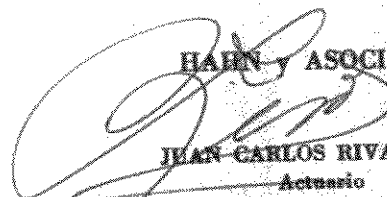
Apellido y Nombre del Esposo Beneficiario .....

Capital Asegurado .....

Por la presente doy conformidad para que retenga de mis haberes el importe respectivo a fin de cubrir la prima del Seguro de Vida de mi Esposa.

Lugar y Fecha; .....

.....  
Firma del Asegurado Principal

  
**HAHN y ASOCIADOS**  
**JUAN CARLOS RIVAS (socio)**  
Actuario  
**C. P. C. E. C. F.**  
**Tº 1 - Fº 81**

Hahn y Asociados

"INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL  
DE LA PROVINCIA DE LA PAMPA"

Dirección Seguros  
Pellegri 383 - Santa Rosa

Hahn y Asociados

JUAN CARLOS RIVAS (ocio)

Actuario

C. P. C. E. C. F.

Tº I - Fº 81

SEGURO COLECTIVO DE VIDA

CERTIFICADO INDIVIDUAL

"INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL DE LA PROVINCIA DE LA PAMPA", Dirección Seguros, certifica por el presente, que la persona designada Asegurado, se encuentra comprendida en las prescripciones de la

Póliza N°

Contratada por

a partir de la fecha de entrada en vigor de este Certificado Individual en un todo sujeto a las condiciones de la Cláusula del SEGURO ADICIONAL de las ESPOSAS complementaria a la mencionada póliza.

Certificado N°

Asegurado

Este Certificado  
entra en vigor el

Capital  
Asegurado

Si durante la vigencia de esta Cláusula ocurriera su fallecimiento, el capital asegurado será abonado inmediatamente después de recibidas las pruebas del fallecimiento a

(beneficiario) esposo de la Asegurada.

Santa Rosa, de de 19

"Instituto de Previsión Social  
de la Provincia de la Pampa"  
Dirección Seguros

Las Condiciones de la cláusula irán impresas al dorso. -

CLAUSULA ADICIONALDE REAJUSTE DE PRIMAS

Incorporada como contrato suplementario de la póliza de Seguro Colectivo de Vida N° ..... emitida por el "Instituto de Previsión Social de la Provincia de La Pampa" Dirección Seguros, el ..... y que asegura la vida de los empleados de .....

REAJUSTE DE PRIMAS

El Asegurador acordará a partir de la fecha de emisión de este contrato suplementario, la presente cláusula adicional de reajuste de primas, cuyos beneficios regirán siempre que al final de cada año de póliza, el número medio mensual de asegurados no sea inferior al .....% del personal asegurable y que el pago de las primas se halle al día, de acuerdo con las condiciones y normas siguientes:

- 1°) Cuando el número medio mensual de asegurados ascienda a más de 200, el reajuste de primas se practicará en cada aniversario de la póliza.
- 2°) Cuando el número medio mensual de asegurados no sobrepase 200, el reajuste de primas se aplicará en el aniversario de la póliza en que la suma de los números medios mensuales de asegurados de cada año computable, desde la fecha de emisión de este contrato suplementario o de la fecha del último reajuste de primas, según el caso, llegue a más de 200 asegurados.
- 3°) El Contratante deberá comunicar al Asegurador, por escrito, en cada aniversario de la póliza, su contribución al seguro en concepto de primas e impuestos así como el número a que asciende su personal asegurable.
- 4°) El reajuste de primas se practicará calculando la diferencia entre las primas libres de gastos vencidas en el año de póliza, o en los años de póliza computables, para el caso del inciso 2°, y el total de los siniestros denunciados en igual período de reajuste. Del importe resultante, el Asegurador distribuirá el 50% de la siguiente manera:
  - a) Al contratante hasta una suma igual al total con que éste haya contribuido al seguro en concepto de primas e impuestos, en el correspondiente período de reajuste.
  - b) El excedente resultante será distribuido entre los beneficiarios de los asegurados fallecidos en el período de reajuste, en proporción a las sumas que les correspondan por el seguro principal. El reajuste correspondiente a cada beneficiario no puede exceder del respectivo capital del seguro principal. No se considera seguro principal la indemnización adicional por accidente.Si después de haberse aplicado el procedimiento que antecede, quedara algún remanente, éste se llevará como crédito distribuible al próximo reajuste de primas.



- 5\*) A los efectos del reajuste, se entiende por "primas libres de gastos" las que resulten de aplicar el ..... % sobre las primas del primer año y el ..... % sobre las primas de renovación.
- 6\*) Se entiende por "número medio mensual de asegurados" a la duodécima parte de la suma de los asegurados en cada uno de los 12 meses del año de póliza, según las respectivas planillas de pago de primas.
- 7\*) El reajuste de primas se practicará únicamente por años completos de póliza, quiere decir que no se computarán fracciones de año en caso de cancelación de la póliza antes de su fecha de aniversario.
- 8\*) A los efectos del primer párrafo del Art. 4\*, además de los capitales asegurados por riesgo de muerte o indemnizaciones adicionales por accidente, serán computados también como siniestros los capitales pagaderos en cuotas según Beneficio de Incapacidad Total y Permanente, correspondiente a los asegurados que se han incapacitado en el período de reajuste de primas. Por otra parte, serán deducidas de los siniestros las cuotas de invalidez impagas por cesación del estado de incapacidad de los asegurados que se reincorporan al servicio activo del Contratante.
- 9\*) Todo impuesto presente o futuro pagadero por aplicación del reajuste de primas estará a cargo de los respectivos beneficiarios.

Santa Rosa, .....

"Instituto de Previsión Social  
de la Provincia de La Pampa"  
Dirección Seguros

  
HAHN y ASOCIADOS

JUAN CARLOS RIVAS (socio)

Actuario

C. P. C. E. C. F.

Tº I - Fº 81

"INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL  
DE LA PROVINCIA DE LA PAMPA"  
Dirección Seguros  
Pellegrini 383 - SANTA ROSA  
LA PAMPA

HABER Y ASOCIADOS

JUAN CARLOS RIVAS (socio)  
Actuario  
C. P. C. E. C. F.  
Tº I - Fº 81

SEGURO COLECTIVO DE VIDA

Capital Asegurado Inicial  
\$ .....

Póliza N°:.....

Vigencia desde el  
.....  
día mes año  
a las 12 horas

CONDICIONES PARTICULARES

Nombre del Contratante

Ramo o actividad

Domicilio

1): Prima..... inicial..... \$.....

Prima media inicial:

2): Recargo Administrativo.....%

de 1) ..... \$.....

3): Rec. Decr. 8312/48.....% de 1). \$.....

4): Subtotal..... \$.....

Cantidad de Asegurados:

5): Tasa Superintendencia  $\frac{1}{2}$ % de 4). \$.....

6): Impuesto Provincia de:..... \$.....

Porcentaje mínimo de adhesión:

..... \$.....

TOTAL \$.....

EN CONSIDERACION a las declaraciones suscriptas por el Contratante, a las constancias de las solicitudes de sus empleados asegurados (en adelante denominados los asegurados) y al pago de las primas que más abajo se estipulan, "INST.DE PREV.SOCIAL DE LA PROV.DE LA PAMPA - (en adelante denominada el Asegurador), con sede en Pellegrini 383 - SANTA ROSA - LA PAMPA - de acuerdo con las Condiciones Generales de esta póliza, que figuran más adelante, SE OBLIGA A PAGAR en su oficina central precedentemente indicada, inmediatamente después de recibidas las pruebas del fallecimiento de cualquier asegurado, la suma correspondiente al seguro respectivo, de conformidad con los artículos 6º y 17º.

ASIMISMO, esta póliza prevé el beneficio de pago anticipado del capital asegurado por invalidez, de conformidad con el Artículo 18º.

Se fija el día de de 19 , a las doce horas, como fecha inicial de esta póliza al efecto de establecer los aniversarios sucesivos. Los certificados individuales entrarán en vigor en la respectiva fecha de emisión.

El Contratante asume la obligación de pagar la prima.....inicial, como también las sucesivas, sujetas a las variaciones previstas por el Artículo 7º, cuyas fechas de vencimiento ocurrirán el..... durante la vigencia de esta póliza. Forman parte de esta póliza las cláusulas de:

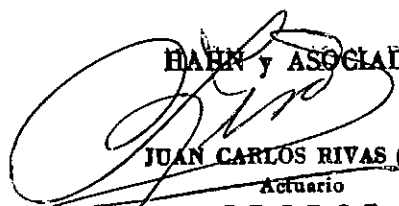
Emitida en el de de 19 .-

ADVERTENCIA: Si el texto de esta póliza difiriera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el Contratante si no reclama dentro del mes de haber recibido la póliza.-

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

LAS CONDICIONES GENERALES DE POLIZA IRAN IMPRESAS AL DORSO.

GERARDO WALTER HAHN  
Doctor en Ciencias Económicas  
Actuario - Contador Público Nacional

  
HAHN y ASOCIADOS  
JUAN CARLOS RIVAS (socio)  
Actuario  
C. P. C. E. C. F.  
Tº I - Fº 81

### CONDICIONES GENERALES

Art. 1º.- DISPOSICIONES FUNDAMENTALES: 1) Las partes contratantes se someten a las disposiciones de la Ley de Seguros (Nº 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 el Asegurador 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 hubiera impedido el contrato o la aceptación de los seguros individuales, o habría modificado las condiciones de los mismos, si el Asegurador hubiese sido cerciorado 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 doce (12) horas del día fijado como comienzo de su vigencia.

Art. 2º.- PERSONAS ASEGURABLES: 1) Se consideran asegurables a la fecha de emisión de esta póliza todos aquellos empleados del Contratante 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 tres (3) 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 el Asegurador 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 Art. 12º, inc. 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 Art. 13º, y los dueños únicos o socios y directores de la empresa que dediquen a la misma un mínimo de 30 horas semanales.

Art. 3º.- 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 el Asegurador. La solicitud deberá formularla dentro del plazo de un mes (no inferior a treinta -30- días), a contar desde la fecha en que sea asegurable.

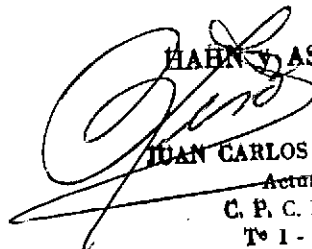
2) Los empleados asegurables que soliciten su incorporación a esta póliza después de transcurrido el plazo indicado en el inciso anterior, como asimismo los que vuelvan a solicitar el seguro después de haberlo rescindido, deberán presentar pruebas de asegurabilidad satisfactorias para el Asegurador y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

Art. 4º.- 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 en relación a los que se hallan en condiciones de ser incorporados al seguro alcancen por lo menos a los mínimos indicados en las Condiciones Particulares de esta póliza.

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

GERARDO WALTER HAHN  
Doctor en Ciencias Económicas  
Actuario - Contador Público Nacional

HAHN Y ASOCIADOS  
  
JUAN CARLOS RIVAS (socio)  
Actuario  
C. P. C. E. C. F.  
Tº 1 - Fº 81

Art. 5º.- 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 doce (12) 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.

Art. 6º.- 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 al Asegurador todo aumento o disminución de cualquier capital asegurado, resultante de la aplicación de la mencionada escala. La modificación regirá desde la fecha en que el Asegurador reciba la mencionada comunicación o desde la fecha en que se opere el cambio de sueldo, si esta fuese posterior, y siempre que el Asegurador 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 primero del mes siguiente a aquel en que el asegurado cumpla los setenta (70) años de edad, el capital asegurado vigente a esa fecha se reducirá al cincuenta por ciento (50 %) sin admitirse posteriores aumentos.

Art. 7º.- 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 el Asegurador, 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.

3) La prima media resultará de aplicar la tarifa del Asegurador correspondiente a la edad alcanzada y al capital asegurado de cada seguro individual, tanto de los empleados en servicio activo del Contratante como de aquellos que, no obstante haber dejado de pertenecer al mismo, continúan en el seguro de acuerdo a lo establecido en el Art. 13º, 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 el Asegurador 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.

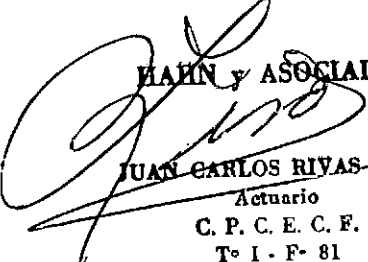
Art. 8º.- PAGO DE LAS PRIMAS: Las primas deberán ser pagadas por adelantado por el Contratante en las oficinas del Asegurador, en sus agencias oficiales, en los bancos o en el domicilio de corresponsales debidamente autorizados por él para dicho fin.

Art. 9º.- PLAZO DE GRACIA: 1) El Asegurador 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 doce (12) 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.

GERARDO WALTER HAHN  
Doctor en Ciencias Económicas  
Actuario - Contador Público Nacional

  
HAHN y ASOCIADOS  
JUAN CARLOS RIVAS (socio)  
Actuario  
C. P. C. E. C. F.  
Tº I - Fº 81

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 establecidas precedentemente.

Art. 10º.- 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 al Asegurador 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.

Art. 11º.- CERTIFICADOS INDIVIDUALES: El Asegurador 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 vigentes en caso de reducción de la suma asegurada.

Art. 12º.- RESCISION DEL SEGURO 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;  
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 al Asegurador por intermedio del Contratante y el seguro quedará rescindido el día primero del mes subsiguiente al de la fecha en que el Asegurador haya recibido la respectiva comunicación.

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 del Asegurador.

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

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

Art. 13º.- OPCION PARA LOS JUBILADOS: 1) 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 el último día del mes en que haya dejado de prestar servicio.

2) El capital asegurado podrá ser igual al capital vigente en la fecha de retiro o menor sin derecho a posterior aumento y sujeto a una reducción del cincuenta por ciento (50 %) a partir del día primero del mes que siga al del cumplimiento de los setenta (70) años de edad.

3) 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.

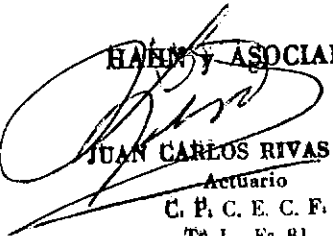
4) Las primas correspondientes a seguros de jubilados deberán ser abonadas por intermedio del Contratante y conjuntamente con las del personal en actividad.

Art. 14º.- 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.

GERARDO WALTER HAHN

Doctor en Ciencias Económicas  
Actuario - Contador Público Nacional

**HAHN Y ASOCIADOS**  
  
**JUAN CARLOS RIVAS** (señal)  
Actuario  
C. P. C. E. C. F.  
Tº I - Fº 81

Art. 15º.- DERECHO DE CONVERSION: Todo asegurado que deje de serlo por haber cesado en el servicio del Contratante tendrá derecho a obtener del Asegurador sin previo exámen médico y siempre que lo solicite por escrito dentro del mes siguiente a la fecha de terminación de su empleo, un seguro de vida individual en cualquiera de los planes usuales en que opera el Asegurador (excepto el Temporario de menos de 10 años de duración) por una suma no mayor que la que le correspondía bajo esta póliza al terminar su empleo. La prima para el seguro individual que corresponderá a la edad entonces alcanzada y a la nueva ocupación del asegurado, será pagadera dentro del referido plazo de un mes, no pudiendo aquel entrar en vigor hasta que el Contratante haya dado por terminado el seguro del empleado. En caso de rescisión total de esta póliza, no se concederá el derecho 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 ese derecho no sea inferior al cincuenta por ciento (50 %) de los que pudieran hacerlo.

Art. 16º.- 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 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 ocurrir 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 oneroso. El cambio de beneficiario surtirá efecto frente al Asegurador, 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 el Asegurador 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 el Asegurador hasta el momento de la consignación. El Asegurador quedará liberado de toda obligación en caso de pagar el capital asegurado a los beneficiarios designados en el certificado individual con anterioridad a la recepción de cualquier comunicación modificatoria de esa designación.

3) Atento el carácter irrevocable de la designación de beneficiario a título oneroso, el Asegurador 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.

Art. 17º.- 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 al Asegurador en el formulario que éste 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 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.

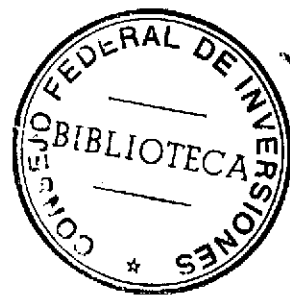
2) Aprobada esa documentación, el Asegurador pondrá el importe del capital asegurado a disposición del beneficiario o beneficiarios, comunicando previamente dicha circunstancia al Contratante.

Art. 18º.- BENEFICIO DE PAGO ANTICIPADO POR INVALIDEZ : 1) El Asegurador concederá el beneficio que acuerda este artículo al Asegurado cuyo estado de invalidez total y permanente, como consecuencia de enfermedad o accidente, no le permita desempeñar por cuenta propia o en relación de dependencia cualquier actividad remunerativa, siempre que tal estado haya



GERARDO WALTER HAHN  
Doctor en Ciencias Económicas  
Actuario - Contador Público Nacional

HAHN Y ASOCIADOS  
JUAN CARLOS RIVAS (socio)  
Actuario  
C. P. C. E. C. F.  
Tº 1 - Fº 81



continuado ininterrumpidamente por tres (3) meses como mínimo y se hubiera iniciado durante la vigencia de su seguro y antes de cumplir sesenta (60) años de edad. Se excluyen expresamente los casos que afecten al Asegurado en forma parcial o temporal.

2) En las denuncias de invalidez, el Asegurador procederá a su reconocimiento de acuerdo con las constancias médicas y demás elementos mencionados en el punto 5), siempre que sean razonablemente demostrativos del estado de invalidez total y permanente. Sin perjuicio de otras causas, el Asegurador reconocerá como casos de invalidez total y permanente la pérdida de la vista de ambos ojos de manera total e irre recuperables por tratamiento médico y/o quirúrgico; la amputación o inhabilitación completa de ambas manos o de ambos pies, o de una mano y un pie, o de una mano y pérdida de la vista de un ojo, o la pérdida de la vista de un ojo y la amputación o inhabilitación completa de un pie; la enajenación mental incurable y la parálisis general.

3) El Asegurador, comprobada la invalidez abonará al Asegurado el capital de su seguro en treinta y seis (36) - cuotas mensuales iguales y consecutivas de \$28,75 por cada mil pesos asegurados. El pago de la primera cuota tendrá lugar el último día del mes en que tenga lugar la comprobación de la invalidez. En caso de invalidez por insania, el Asegurador pagará las cuotas al curador designado judicialmente.

4) El beneficio acordado por invalidez es sustitutivo del capital asegurado que debiera liquidarse en caso de fallecimiento del Asegurado, de modo que, con el pago de la última de las cuotas a que se refiere el punto anterior, el Asegurador queda liberado de cualquier otra obligación con respecto a dicho Asegurado. Si el Asegurado falleciera durante el período de pago del capital en cuotas, el Asegurador - en pago de las cuotas restantes abonará al beneficiario instituido el capital asegurado reducido en tantas treinta y seis (36) - avas partes como cuotas hubiera pagado.

5) Corresponde al Asegurado o a su representante denunciar la existencia de la invalidez, presentar las constancias médicas y/o testimoniales de su comienzo y causas y facilitar cualesquier comprobación, incluso hasta dos exámenes médicos por facultativos designados por el Asegurador, con gastos a cargo de éste.

6) El Asegurador, dentro de los quince (15) días de recibida la denuncia y/o 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 5) no resultaran concluyentes en cuanto al carácter total y permanente de la invalidez, el Asegurador podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor de tres (3) meses, a fin de confirmar el diagnóstico. La no contestación por parte del Asegurador dentro del plazo establecido en este punto significará el automático reconocimiento del beneficio reclamado.

7) No obstante haberse reconocido como total y permanente la invalidez del Asegurado al acordarse el beneficio correspondiente, éste sólo continuará mientras subsista dicho estado y el Asegurador podrá exigir en cualquier momento, pero no más de una vez por año, las pruebas que estime necesarias respecto de la persistencia de la invalidez, incluso un examen médico por uno de sus facultativos con gastos por su cuenta. Si estas pruebas no pudieran realizarse dentro de los treinta (30) días de haberlas pedido en forma, o si el Asegurado o quien por él actúa dificultara su verificación, o si la invalidez hubiera dejado de ser total y permanente, el Asegurador suspenderá desde ese momento el pago de las cuotas mensuales. Si el Asegurado se hubiera reintegrado a sus tareas, el Asegurador rehabilitará su seguro por el capital original reducido en tantas treinta y seis (36) - avas partes como cuotas se hubieran pagado. En caso de no reintegrarse a sus tareas, el Asegurado podrá solicitar al Asegurador, dentro de otros treinta (30) días, un seguro individual por el capital reducido antes mencionado, sin cumplir requisitos de asegurabilidad.

8) Si en la apreciación de la invalidez del Asegurado surgieran divergencias entre su médico y el designado por el Asegurador, ambos procederán de inmediato a designar un tercero, quien previo examen del Asegurado dictaminará al respecto. De no llegarse a un acuerdo para la designación del tercer médico, su nombramiento lo efectuará la Secretaría de Estado de Salud Pública de la Nación. Los gastos serán soportados por las partes en el orden causado y los honorarios del tercer médico, por el Asegurado si se desecharan sus pretensiones o por el Asegurador si quedare obligado a atenderlas.

GERARDO WALTER HAHN

Doctor en Ciencias Economicas

Actuario - Contador Público Nacional

Art. 19º.- INFORMACIONES QUE DEBEN SUMINISTRARSE AL ASEGURADOR: 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 resultara errónea la edad, sueldo o salario o cualquier otro dato referente a un asegurado, el Asegurador se obliga a pagar la suma que hubiera estado a su cargo de ser exacta la información, salvo que fuese aplicable el inciso 2) del artículo 1º.

Art. 20º.- NOMINA DE ASEGURADOS: El Asegurador 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.

Art. 21º.- EJECUCION DEL CONTRATO: Las relaciones entre el Asegurador y los asegurados o beneficiarios de éstos se desenvolverán siempre por intermedio del Contratante, salvo en lo referente al Derecho de Conversión previsto en el Art. 15º, que será tratado directamente. En consecuencia, el Contratante efectuará el pago de las primas al Asegurador y cobrará a los asegurados su parte proporcional asignada. Lo convenido precedentemente no excluye el derecho propio que contra el Asegurador tienen los asegurados y sus respectivos beneficiarios desde que ocurriera alguno de los eventos previstos por esta póliza.

Art. 22º.- DENUNCIA DE OTROS SEGUROS COLECTIVOS: Los asegurados que estuvieran o llegaran a estar incorporados a otra póliza de Seguro Colectivo emitida por el Asegurador, análoga a la presente, deberán comunicarlo por escrito al Asegurador, el que podrá aceptar esa situación o reducir la suma a asegurar. En caso de transgresión, el Asegurador considerará válido únicamente el certificado vigente de mayor suma y devolverá las primas cobradas de cualquier otro por el período de coberturas superpuestas.

Art. 23º.- 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) El Asegurador no pagará la indemnización cuando el fallecimiento o la invalidez de un asegurado se produjera como consecuencia de:

- a) Participación como conductor o integrante de equipo en competencias de pericia o velocidad, con vehículos mecánicos o de tracción a sangre, o en justas hípicas (saltos de vallas o carreras con obstáculos);
- b) intervención en la prueba de prototipo de aviones, automóviles u otros vehículos de propulsión mecánica;
- c) práctica o utilización de la aviación, salvo como pasajero en servicios de transporte aéreo regular;
- d) intervención en otras ascensiones aéreas o en operaciones o viajes submarinos;
- e) guerra que no comprenda a la Nación Argentina; en caso de comprenderla, las obligaciones del Contratante y de los asegurados, así como las del Asegurador, se regirán por las normas que, en tal emergencia, dictaren las autoridades competentes;
- f) suicidio voluntario, salvo que haya estado ininterrumpidamente asegurado por esta póliza por lo menos durante un año antes del hecho;
- g) desempeño paralelo de las profesiones de acróbata, buzo, jockey, domador de potros o fieras y de tareas con manipuleo de explosivo o con exposición a radiaciones atómicas, salvo pacto en contrario;
- h) participación en empresa criminal o aplicación legítima de la pena de muerte;
- i) acontecimientos catastróficos originados por la energía atómica.

Art. 24º.- 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 el Asegurador, previo aviso por escrito remitido con anticipación no menor de un mes (treinta - 30 días) a cualquier vencimiento de primas.

HAHN Y ASOCIADOS

JUAN CARLOS RIVAS (socio)

Actuario

C. P. C. E. C. F.

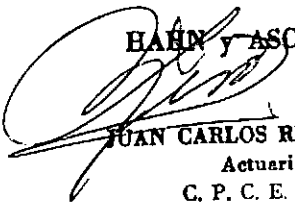
Tº 1 - Fº 81

- Art. 25º.- CESIONES: Los derechos emergentes de esta póliza y los certificados respectivos son intransferibles. Toda cesión o transferencia se considerará nula y sin efecto alguno.
- Art. 26º.- 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.
- Art. 27º.- 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 del Asegurador.
- Art. 28º.- FACULTADES DEL PRODUCTOR O AGENTE: El productor o agente de seguros, cualquiera sea su vinculación con el Asegurador, autorizado por éste 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 el Asegurador, referentes a contratos o sus prórrogas;  
c) aceptar el pago de la prima si se halla en posesión de un recibo del Asegurador.
- Art. 29º.- 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.
- Art. 30º.- 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 años desde el nacimiento de su derecho a la prestación por parte del Asegurador.
- Art. 31º.- JURISDICCION: Toda controversia judicial relativa a la presente póliza y a los respectivos certificados, será dirimida ante los Tribunales ordinarios competentes del lugar de su emisión.

CAPITALES ASEGURADOS INDIVIDUALES

Clases	Bases de las sumas aseguradas	Capitales Asegurados

GERARDO WALTER HAHN  
Doctor en Ciencias Económicas  
Actuario - Contador Público Nacional

HAHN Y ASOCIADOS  
  
JUAN CARLOS RIVAS (socio)  
Actuario  
C. P. C. E. C. F.  
T. I. F. 81

### CLAUSULA ADICIONAL

Incorporada a la póliza de Seguro Colectivo de Vida N° .....émitida por "INST. DE PREV. SOCIAL  
DE LA PROV. DE LA PAMPA que asegura la vida de los .....

#### INDEMNIZACIONES ADICIONALES POR MUERTE, DESMEMBRACION O

##### PERDIDA DE LA VISTA A CONSECUENCIA DE ACCIDENTE

- 1º) RIESGOS CUBIERTOS.- El Asegurador concederá el beneficio que acuerda esta cláusula al Asegurado que sufra las consecuencias de lesiones corporales producidas

directa y exclusivamente por causas externas, violentas y fortuitas, ajenas a toda otra causa e independientes de su voluntad, experimentadas dentro de los ciento ochenta (180) días del suceso o accidente, siempre que este ocurra durante la vigencia de su seguro y antes de 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.

- 2º) BENEFICIO.- El Asegurador, comprobado el accidente, abonará al Asegurado o al beneficiario instituido el porcentaje del capital asegurado que establece la escala siguiente:

Por la pérdida

a) de la vida .....	100 %
b) de la vista de ambos ojos .....	100 %
c) de ambas manos o de ambos pies .....	100 %
d) de la vista de un ojo .....	40 %
e) del brazo derecho .....	65 %
f) de la mano derecha .....	60 %
g) del brazo izquierdo .....	52 %
h) de la mano izquierda .....	48 %
i) de una pierna .....	55 %
j) de un pie .....	40 %
k) del dedo pulgar de la mano derecha .....	18 %
l) del dedo pulgar de la mano izquierda .....	14 %
m) del dedo índice de la mano derecha .....	14 %
n) del dedo índice de la mano izquierda .....	11 %
ñ) del dedo medio de la mano derecha .....	9 %
o) del dedo medio de la mano izquierda .....	7 %
p) del dedo anular o meñique de la mano derecha .....	8 %
q) del dedo anular o meñique de la mano izquierda .....	6 %
r) del dedo pulgar del pie .....	8 %
s) de cualquier otro dedo del pie .....	4 %

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

Con respecto a brazos, manos, piernas, pies y dedos, se entiende por pérdida la amputación o la inhabilitación funcional completa y definitiva de los mismos; en cuanto a los ojos, consiste en la pérdida de la vista de manera total e irrecuperable por tratamiento médico y/o quirúrgico.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada únicamente cuando se ha producido por amputación total 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.

En el caso de varias pérdidas en uno o más accidentes, el Asegurador 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.

GERARDO WALTER HAHN  
 Doctor en Ciencias Económicas  
 Actuario - Contador Público Nacional

Si las consecuencias de un accidente ya indemnizado se agravaran y, durante el transcurso de los doce meses siguientes a la fecha del accidente, ocasionaran otra u otras pérdidas o la muerte, el Asegurador pagará cualquier diferencia que pudiera corresponder, sin excederse el máximo de la cobertura.

- 3º) CARACTER DEL BENEFICIO. - Las indemnizaciones por accidente son adicionales e independientes de los demás beneficios previstos en la póliza y, en consecuencia, el Asegurador no hará, por tal concepto, deducción alguna de la suma asegurada al pagarse cualquiera de ellos, sea por fallecimientos o por invalidez del Asegurado.
- 4º) RIESGOS NO CUBIERTOS. - Quedan excluidos de la cobertura de esta cláusula los accidentes que sean consecuencia de:
- a) Tentativa de suicidio voluntario o culpa grave del Asegurado;
  - b) duelo; riña, salvo que se tratase de legítima defensa; huelga o tumulto popular en que hubiese participado como elemento activo; revolución; o empresa criminal.
  - c) abuso del alcohol, drogas o narcóticos;
  - d) acciones de guerra, declarada o no, dentro o fuera del país;
  - e) participar como conductor o integrante de equipo en competencias de pericia y/o velocidad, con vehículos mecánicos o de tracción a sangre, o en justas hípias (saltos de vallas o carreras con obstáculos);
  - f) intervenir en la prueba de prototipos de aviones, automóviles u otros vehículos de propulsión mecánica;
  - g) practicar o hacer uso de la aviación, salvo como pasajero en servicios de transporte aéreo regular;
  - h) intervenir en otras ascensiones aéreas o en operaciones o viajes submarinos;
  - i) inhalación de gases o envenenamiento de cualquier naturaleza;
  - j) operación quirúrgica no motivada por accidentes;
  - k) fenómenos sísmicos, huracanes;
  - l) actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por ninguna necesidad profesional, salvo en caso de tentativa de salvamento de vidas o bienes;
  - m) acontecimientos catastróficos originados por la energía atómica.
- 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 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. El Asegurador, 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 del mismo. 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 cualquier lesión del Asegurado surgieran divergencias entre su médico y el designado por el Asegurador, ambos procederán de inmediato a nombrar un tercero, quien previo examen del Asegurado dictaminará al respecto. De no llegarse a un acuerdo para la designación del tercero, este nombramiento lo hará la Secretaría de Estado de Salud Pública de la Nación. Los gastos serán soportados por las partes en el orden causado y los honorarios del tercer médico, por el Asegurado si se desecharan sus pretensiones o por el Asegurador si quedara obligado a atenderlas.
- 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;

GERARDO WALTER HAHN  
Doctor en Ciencias Económicas  
Actuario - Contador Público Nacional

---

- d) A partir de la fecha en que el Asegurado cumpla sesenta y cinco (65) años de edad;
- e) Al retirarse el empleado del servicio activo del Contratante.

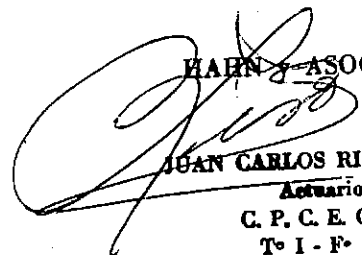
"INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL DE LA PROVINCIA DE LA PAMPA "

.....

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

NOTA: El espacio en blanco previsto en el punto 1º) se anula cuando la cobertura se otorga sin restricciones. Cuando se excluya de la cobertura los lugares y horas de trabajo, dicho espacio se llenará con la siguiente leyenda.

" FUERA DE LAS HORAS Y LUGARES EN QUE EL ASEGURADO DESEMPEÑE LAS TAREAS HABITUALES DE TRABAJO".-

  
HAHN & ASOCIADOS  
JUAN CARLOS RIVAS (socio)  
Actuario  
C. P. C. E. C. F.  
Tº I - Fº 81



"INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL  
DE LA PROVINCIA DE LA PAMPA"

Dirección Seguros  
Pellegrini 383 - SANTA ROSA  
LA PAMPA



SECCION VIDA  
SEGURO SIN EXAMEN MEDICO

del Instituto                      DECLARACIONES DEL SOLICITANTE

al representante [redacted] quien realiza las preguntas y registra las contestaciones de su puño y letra, actuando simplemente como testigo, previa lectura del artículo 5º de la Ley de Seguros Nº 17.418, que dice: "Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el asegurado, aun hecha de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones, si el asegurador hubiese sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato".

como parte integrante de la solicitud de un seguro de vida "sin examen médico" por \$ [redacted] al "Instituto de Prev Social de la Prov de la Pampa"

1. A. Nombres y apellidos completos \_\_\_\_\_  
B. Lugar y fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
C. Documento de identidad exhibido, su número y fecha \_\_\_\_\_
2. A. Residencia actual \_\_\_\_\_  
B. En los últimos dos años \_\_\_\_\_
3. A. Profesión u ocupación principal (detalles amplios y precisos) \_\_\_\_\_  
B. ¿Desde cuándo? \_\_\_\_\_  
C. ¿Simultáneamente desempeña usted alguna otra? \_\_\_\_\_  
D. Ocupaciones anteriores \_\_\_\_\_

HN y ASOCIADOS  
[Signature]  
JOAN CARLOS RIVAS (asocio)  
Actuario  
C.P.C.E.C.F.  
T-I-F-81

4. ANTECEDENTES DE FAMILIA

A	Edad actual	Estado de salud y, si no fuera bueno, enfermedad que sufre	Edad al morir	Causa de la muerte	B	Edad actual	Estado de salud y, si no fuera bueno, enfermedad que sufre	Edad al morir	Causa de la muerte
PADRE					CONYUGE				
MADRE									
Hermanos					Hijos				

- C. ¿Hubo en su familia casos de suicidio, insania, epilepsia, cáncer, diabetes o tuberculosis? (indicar parentesco) \_\_\_\_\_
- D. ¿Ha convivido usted en el último año con algún tuberculoso? \_\_\_\_\_
5. A. ¿Hace usted vida sedentaria o realiza deportes? \_\_\_\_\_ ¿Cuáles? \_\_\_\_\_  
B. ¿Practica o emplea usted las aviación? \_\_\_\_\_ ¿En qué carácter? \_\_\_\_\_  
C. ¿Piensa usted tomar parte en carreras mecánicas? \_\_\_\_\_
6. A. ¿Consume usted habitualmente vino, cerveza, licores u otras bebidas alcohólicas? \_\_\_\_\_ (cantidad diaria) \_\_\_\_\_  
B. ¿Bebió usted con exceso en alguna época? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo y con qué frecuencia? \_\_\_\_\_  
C. ¿Interviene usted en la fabricación o fraccionamiento de bebidas alcohólicas o en la venta para su consumo en público? \_\_\_\_\_  
D. ¿Fuma usted? \_\_\_\_\_ (cantidad diaria de cigarrillos, cigarros, pipas, etc.) \_\_\_\_\_  
E. ¿Necesita o necesitó usted hacer uso de sedantes? (opio, morfina, cocaína, veronal, etc.) \_\_\_\_\_ ¿Por qué motivos? \_\_\_\_\_
7. ¿Prestó usted servicio militar durante todo el tiempo reglamentario? \_\_\_\_\_ (en caso negativo, indíquese las causas) \_\_\_\_\_

8. A. Estatura exacta (calzado)                      1 m \_\_\_\_\_ cm  
B. Peso exacto (vestido)                              kg. \_\_\_\_\_
- C. Perímetros torácicos, sobre las tetillas:  
En inspiración profunda                              cm \_\_\_\_\_  
En espiración forzada                                      cm \_\_\_\_\_
- D. Perímetro abdominal, en el ombligo                      cm \_\_\_\_\_

9. A. ¿Ha sufrido usted en el pasado o sufre actualmente algunas de las siguientes molestias? (En caso afirmativo, márquela con una X).
- Acidez o dolores del estómago ..... Asma ..... Cólicos intestinales ..... Convulsiones ..... Chancros ..... Deposiciones con sangre ..... Desmayos ..... Diarreas frecuentes ..... Dificultad para orinar ..... Dolores articulares ..... Dolores de cabeza persistentes ..... Dolores de oído frecuentes o agudos ..... Opresión o palpitaciones cardíacas ..... Eczemas ..... Expectoración con sangre ..... Fatiga respiratoria ..... Ganglios inflamados o hinchados ..... Hemorroides ..... Hinchazón de piernas ..... Ictericia ..... Mareos intensos o frecuentes ..... Ronquera Persistente ..... Sangre en la orina ..... Temblores ..... Tos o expectoración abundante ..... Trastornos nerviosos o mentales ..... Trastornos visuales ..... Várices ..... Vómitos de sangre .....

- B. ¿Padece o ha padecido usted alguna de las enfermedades abajo detalladas? .....

Enfermedad sufrida	Año	Duración	Médicos tratantes

¿De otras enfermedades no mencionadas abajo? .....

Anemia — Apendicitis — Apoplegia — Brucelosis — Diabetes — Enfermedades de la piel — Enfermedades del hígado o vesícula biliar (Cólicos, cálculos) — Enfermedades del corazón — Enfermedades del riñón o de la vejiga (cólicos, cálculos) — Enfermedades del estómago o intestinos (dispepsia, úlcera, disenteria) — Enfermedades de los ojos, la garganta, de la nariz, de los oídos — Epilepsia — Erisipela — Escarlatina — Gota — Paludismo — Parálisis — Pleuresia — Reumatismo — Sífilis — Tuberculosis — Tumores.

10. A. ¿Le hicieron a usted algún análisis de orina, de sangre (Wasserman, Khan, citológico, etc.) de esputos o de líquido céfalo-raquídeo? .....  
¿Cuándo, por qué causa y cuál fue el resultado? .....
- B. ¿Le fue tomada a usted la presión sanguínea? ..... ¿Cuándo y por qué? ..... ¿Qué cifras le indicaron? .....
- C. ¿Le han realizado a usted radiografías o electrocardiogramas? ..... ¿Cuándo y por qué? .....
- D. ¿Se halla o estuvo sometido a regímenes alimenticios? ..... ¿Por qué causa? ..... ¿Desde cuándo? .....
- E. ¿Aumentó o disminuyó de peso usted en el último año? ..... ¿En cuánto y por qué? .....

11. A. ¿Ha sufrido usted algún accidente, herida u operación quirúrgica? .....  
¿En qué consistió? (Fecha, consecuencia y médico que lo atendió) .....
- B. ¿Estuvo usted internado en algún hospital, sanatorio, asilo o estación climática? ..... ¿Cuándo, dónde y por qué? .....
- C. ¿Adolece usted de algún defecto físico? ..... (Cojera; amputaciones, etc.) .....

#### CUANDO SE TRATE DE MUJER

12. A. ¿Sus embarazos y partos han sido normales? .....  
B. ¿Fecha del último parto? ..... ¿Reglas normales? .....  
C. ¿Está usted embarazada? ..... ¿De cuántos meses? .....  
D. ¿Sufre o ha sufrido usted enfermedades genitales? .....  
E. ¿Ha sido usted operada de la matriz, ovarios o senos? .....  
F. ¿Tuvo usted abortos? ..... ¿Cuántos? ..... ¿Cuándo? ..... ¿Por qué? .....  
G. ¿Ha pasado usted la edad crítica? .....

13. A. ¿Actualmente se considera usted sano? .....  
B. ¿Cambió usted su residencia o su profesión por razones de salud? .....  
C. ¿Está usted en tratamiento médico? .....  
D. ¿Quién es su médico de consulta? .....  
E. ¿De qué le ha atendido y cuándo? .....  
F. ¿Autoriza usted a [REDACTED] a solicitar informes acerca de su salud a los médicos que le han asistido? .....

#### al Instituto

14. A. ¿Fue examinado antes para un seguro de vida? ..... ¿Cuándo y para qué Compañía? .....  
B. ¿Le fue modificado el plan o el costo del seguro solicitado o le fue postergada o rechazada a usted alguna solicitud? .....  
C. ¿Tiene usted en trámite alguna otra solicitud de seguro? .....  
D. ¿El seguro que usted solicita ahora, está destinado a reemplazar algún otro en vigor o caduco? .....  
E. ¿Posee usted algún seguro de vida "sin examen médico"? ..... ¿En qué Compañía y desde cuándo? .....

#### del Instituto

15. A. ¿Ha leído usted las contestaciones consignadas en este formulario, dadas por usted al representante [REDACTED] y las considera completas? .....  
B. ¿Releva usted del secreto profesional, en cuanto se relacione con el seguro solicitado, a los médicos que le han examinado o que le asistan o examinen en lo futuro? ..... el Instituto

OBSERVACION: Si el último seguro contratado "sin examen médico" tuviera una antigüedad inferior a cinco años, [REDACTED] podrá requerir que el solicitante se someta a examen médico para considerar la solicitud de seguro, motivo de la presente declaración como también en el caso de que las contestaciones precedentes, a juicio [REDACTED] determinaran su necesidad.

En [REDACTED] del Instituto de 19[REDACTED]

FIRMADO EN MI PRESENCIA:

Firma del solicitante

Firma del Representante [REDACTED]  
del Instituto

POLIZA Nº .....

"INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL  
DE LA PROVINCIA DE LA PAMPA"  
Dirección Seguros  
Pellegrini 383 - SANTA ROSA  
LA PAMPA

SECCION VIDA  
DIRECCION MEDICA

HABIN Y ASOCIADOS  
JUAN CARLOS RIVAS (socio)  
Actuario  
C. P. C. E. C. F.  
Tº I - Fº 81

El interrogatorio y el examen físico del solicitante deben ser practicados en privado sin la presencia del agente ni de terceros

DECLARACIONES DEL SOLICITANTE AL MEDICO EXAMINADOR

Las siguientes declaraciones las efectúa el Solicitante al médico examinador, quien las registra de su puño y letra, actuando simplemente como testigo, previa lectura del siguiente artículo de la Ley de Seguros Nº 17.418: "Artículo 5º, Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el asegurado, aún hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones, si el asegurador hubiese sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato."

como parte integrante de la solicitud de un seguro de vida por \$ .....  
al "Instituto de Prev,Social de la Prov.de La Pampa"

1. A. Nombres y apellidos completos .....  
B. Lugar y fecha de nacimiento .....  
C. Documento de identidad exhibido: ..... Nº .....  
D. Presentado al examen por el señor .....
2. A. Residencia actual .....  
B. En los últimos dos años .....
3. A. Profesión u ocupación principal (detalles amplios y precisos) .....  
B. ¿Desde cuándo? ..... C. ¿Simultáneamente desempeña usted alguna otra? .....  
D. Ocupaciones anteriores .....

4. ANTECEDENTES DE FAMILIA

A	Edad actual	Estado de salud y, si no fuera bueno, enfermedad que sufre	Edad al morir	Causa de la muerte	B	Edad actual	Estado de salud y, si no fuera bueno, enfermedad que sufre	Edad al morir	Causa de la muerte
PADRE					CONYUGE				
MADRE									
Hermanos									

- C. ¿Hubo en su familia casos de suicidio, insania, epilepsia, cáncer, diabetes o tuberculosis? (indicar parentesco) .....
- D. ¿Tiene usted conocimiento de haber convivido con algún tuberculoso? ..... ¿Hasta qué fecha? .....
5. A. ¿Consume usted habitualmente vino, cerveza, licores u otras bebidas alcohólicas? (cantidad diaria) .....  
B. ¿Bebió usted con exceso en alguna época? ..... ¿Cuándo y con qué frecuencia? .....  
C. ¿Interviene Ud. personalmente en la fabricación o fraccionamiento de bebidas alcohólicas o en la venta para su consumo en público? .....  
D. ¿Fuma usted? (Cantidad diaria de cigarrillos, cigarros, pipas, etc.) .....  
E. ¿Necesita o necesitó usted hacer uso de sedantes? (opio, morfina, cocaína, veronal, etc.) ..... ¿Por qué motivo? .....
6. A. ¿Hace usted vida sedentaria? ..... B. ¿Realiza usted deportes? ..... ¿Cuáles? .....  
C. ¿Practica o emplea usted la aviación? ..... ¿En qué carácter? .....  
D. ¿Piensa usted tomar parte en carreras mecánicas? .....

7. ¿Prestó usted servicio militar durante todo el tiempo reglamentario? (En caso negativo, indíquese las causas) .....  
el Instituto

confía en la eficiencia y honestidad profesional del médico examinador, que de tal modo tutela los intereses de sus asegurados.

El Examinador formulará las preguntas que correspondan, con palabras comprensibles para el solicitante.

8.	¿Tiene usted conocimiento de haber sufrido en el pasado o de sufrir actualmente alguna de las siguientes afecciones (o síntomas de)?:	SI - NO	Enfermedad - Fechas - Cantidad de ataques - Duración Intensidad y secuelas - Médicos consultados		
	a) ¿infecciosas o parasitarias? (escarlatina, erisipela, reumatismo, paludismo, disenteria, brucelosis, etc.)				
	b) ¿broncopulmonares o pleurales? (tos, expectoración, hemoptisis, bronquitis, asma, pleuresia, etc.)				
	c) ¿cardiovasculares? (palpitaciones, disnea, dolor u opresión precordial, várices, edemas, etc.)				
	d) ¿gastro intestinales o hepáticas? (disfagia, acidez, vómitos, dolores, diarreas, ictericia, hemorragias, constipación, hemorroides, fistula anal, etc.)				
	e) ¿génitourinarias? (cólicos renales, cálculos, albuminuria, hematuria, piuria, disuria, prostatismo, etc.)				
	f) ¿nerviosas o mentales? (cefaleas, parálisis, epilepsia, apoplejía, neurosis, etc.)				
	g) ¿de la piel, de los ojos, de la garganta, de la nariz o de los oídos? (eczema, úlceras, fistulas, conjuntivitis, sinusitis, otitis, etc.)				
	h) ¿endocrinas o del metabolismo? (bocio, glucosuria, diabetes, etc.)				
	i) ¿otras enfermedades no mencionadas?				
9.	SIFILIS. — ¿Contrajo usted o le diagnosticaron sífilis alguna vez? (Indíquese cuál fue la primera manifestación y época, manifestaciones sucesivas y fecha de la última, tratamiento realizado y duración, resultado; si se hubiera abandonado todo tratamiento, fecha de la suspensión.)				
10. A.	¿Le hicieron a usted algún análisis de orina?		Fechas	¿Por qué causa?	¿Cuál fue el resultado?
	¿De sangre? (Wasserman, Kahn, citológico, etc.)				
	¿De esputos o de líquido cefalorraquídeo?				
	¿Otros análisis? ¿Cuáles?				
B.	¿Le fue tomada a usted la presión sanguínea?		Fechas	¿Por qué?	¿Qué cifras le indicaron?
C.	¿Le han realizado a usted radiografías, radioscopias, endoscopias, electrocardiogramas u otras investigaciones?		Fechas	¿Cuáles y por qué?	
D.	¿Se halla o estuvo usted sometido a regímenes alimentarios?		¿Por qué causa?		¿Desde cuándo?
E.	¿Aumentó o disminuyó usted de peso en el último año?		¿En cuánto? más      menos	¿Por qué?	
11. A.	¿Ha sufrido usted algún accidente, herida u operación quirúrgica? ..... ¿En qué consistió? (Fecha, consecuencias y médico que le atendió) .....				
B.	¿Estuvo usted internado en algún hospital, sanatorio o estación climática? ..... ¿Fechas, dónde y por qué? .....				
12.					
CUANDO SE TRATE DE MUJER	A. ¿Sus embarazos y partos han sido normales? .....				
	B. ¿Fecha del último parto? ..... ¿Sus reglas son normales? .....				
	C. ¿Está Ud. embarazada? ..... ¿De cuántos meses? .....				
	D. ¿Sufre o ha sufrido usted enfermedades genitales? .....				
	E. ¿Ha sido usted operada de la matriz, ovarios o mamas? .....				
	F. ¿Tuvo usted abortos? ..... ¿Cuántos, cuándo y por qué? .....				
	G. ¿Tiene usted trastornos menopáusicos? .....				
13. A.	¿Cuándo consultó médico por última vez? .....		¿Motivo? .....		
	Nombre del médico .....		Dirección .....		T. E. ....
B.	¿Está usted actualmente en tratamiento? (Dar detalles) .....				
C.	¿Con anterioridad, consultó usted médicos o se sometió a algún tratamiento? .....				
	Nombre de los mismos .....				
D.	¿Cambió usted de residencia o profesión por razones de salud? .....				
E.	¿Autoriza usted a la Compañía a solicitar informes acerca de su salud a los médicos que le han asistido? .....				
14. A.	¿Fue examinado antes para un seguro de vida? ..... ¿Cuándo y para qué Compañías? .....				
B.	¿Le fue modificado el plan o el costo del seguro solicitado o le fue postergada o rechazada a usted alguna solicitud? .....				
C.	¿Tiene usted en trámite alguna otra solicitud de seguro? .....				
D.	¿El seguro que usted solicita ahora, está destinado a reemplazar algún otro en vigor o caduco? .....				

DECLARO, en conocimiento de las disposiciones del Art. 498 del Código de Comercio, cuyo texto me fue leído, luego de analizar las contestaciones dadas por mí al médico examinador, consignadas en este formulario, que las mismas son verdícas y completas, y además, que relevo en este acto del secreto profesional, en cuanto se relacione con el seguro por mí solicitado, a los médicos que me han examinado y a los que me asistan o examinen en el futuro.

En ..... el ..... de ..... de 19 .....

FIRMADO EN MI PRESENCIA

Firma del médico examinador

Firma del solicitante

El solicitante debe firmar su Declaración en presencia del médico examinador, con la misma lapicera y tinta utilizada por éste.

		SI-NO	DETALLES
24. ¿Existe alguna alteración del aparato osteo-artro-muscular? (Determine el déficit funcional)			
25. A. ¿La orina analizada fue emitida en su presencia? (en caso negativo, ¿cómo le consta que procede del examinado?)			
B. Aspecto ..... Densidad ..... (En caso afirmativo, investigue la causal y si el examinado sigue tratamiento.) Albúmina ..... Glucosa .....			
26. ¿Cree usted que el examinado abusa o abusó de bebidas alcohólicas u otros tóxicos? (En caso afirmativo indique razones)			
27. ¿Dónde realizó usted el examen? (especifique claramente: en mi consultorio, en consultorio ..... en domicilio del examinado, etc.)			
28. DICTAMEN MEDICO: del Instituto. ¿Cree usted que el estado de salud del examinado es BUENO, REGULAR o MALO?			

AFIRMO que he revisado en privado y minuciosamente al señor .....  
..... siendo la hora ..... , que las respuestas consignadas en las "Declaraciones del solicitante" están escritas de mi puño y letra y que no estoy ligado por parentesco alguno con el examinado, ni con quienes tramitan el seguro.

Fechado en ..... el ..... de ..... de 19 .....

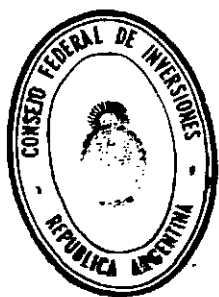
.....  
Firma del médico examinador

Remita este informe a la Dirección Médica, lo antes posible y sin intervención de terceros, utilizando el sobre correspondiente.

Nombre completo del médico examinador .....  
Dirección completa del médico examinador .....

### OBSERVACIONES

### DICTAMEN DEL MEDICO DIRECTOR



MAR 1975