



## SEGURO DE DESEMPLEO O INVALIDEZ TOTAL Y TEMPORAL

Solicitud de Adhesión N°

Señores

**Volkswagen SA de Ahorro para Fines Determinados**

Presente

Incorporación al Seguro de Desempleo o Invalidez Total y Temporal, que Volkswagen S.A. de Ahorro para Fines Determinados, en su carácter de Tomador, ha contratado con LIFE Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. en adelante "LIFE", cuya Condiciones Generales y Particulares y Exclusiones se establecen en la Póliza N° 117031218 para el seguro de Desempleo e Invalidez Total y Temporal, notificándome en este acto y aceptando expresamente sus términos, condiciones generales, particulares y exclusiones.

### **COSTO DE LA PÓLIZA:**

El premio será a cargo del tomador no trasladándose costo alguno al Titular del Plan de Ahorro sin perjuicio de la obligación del suscriptor a pagar las obligaciones correspondientes.

### **PÉRDIDA DE LA COBERTURA:**

Este beneficio otorgado por el Tomador al Titular del Plan de Ahorro se suspenderá en caso que el Titular no haya abonado a la fecha de vencimiento las cuotas correspondientes, esto significa que su cobertura individual quedará automáticamente suspendida desde las 00:00 horas del día siguiente al vencimiento impago. Toda rehabilitación de su cobertura individual entrará en vigor desde las 00:00 horas del día siguiente a aquel en que el Asegurado haya regularizado el pago de la totalidad de la deuda.

**INICIO DE VIGENCIA DE LA COBERTURA:** Desde el quinto mes desde que el Asegurado constituye el grupo en el Plan de Ahorro.

**PERSONAS ASEGURABLES:** Personas Físicas que sean Titulares de Planes de Ahorro administrados por Volkswagen S.A. De Ahorro Para Fines Determinados, cuya definición de actividad remunerativa sea: "Empleado en relación de dependencia". Se excluyen las personas jurídicas de cualquier tipo.

**EDAD DE INGRESO AL SEGURO** Desde los dieciocho (18) años hasta los sesenta y nueve (69) años de edad inclusive. Edad Máxima de Permanencia, hasta el día que el asegurado cumpla setenta y siete (77) años.

**PERIODO DE COBERTURA:** Comprendido entre la quinta cuota y la trigésima del plan de ahorro, produciéndose a la cuota trigésima el fin de la cobertura. En caso que el Titular ceda, venda o transfiera su Plan de Ahorro, en ningún caso podrá interpretarse que el Periodo de Cobertura se extiende más allá de la cuota trigésima.

### **RIESGO CUBIERTO**

**DESEMPLEO:** (En caso de trabajar el Titular del Plan de Ahorro en Relación de Dependencia)

El importe de capital asegurado queda limitado al momento del Desempleo a la suma máxima de doce (12) cuotas mensuales, mientras el asegurado permanezca desempleado.

**ANTIGÜEDAD LABORAL MINIMA REQUERIDA:** Doce (12) meses de continuidad laboral con uno o distintos empleadores.

**REEMPLERO:** Doce (12) meses de continuidad laboral con uno o distintos empleadores.

**PERIODO DE ESPERA:** Treinta (30) días. Transcurre desde la fecha en que se produce el desempleo involuntario o la invalidez hasta la fecha en la cual el Tomador comienza a percibir el beneficio mencionado.



## **SEGURO DE DESEMPLEO O INVALIDEZ TOTAL Y TEMPORAL**

**PERIODO DE CARENIA:** Treinta (30) días contados desde el Inicio de Vigencia de la Cobertura, o sea desde el pago de la quinta cuota del Plan de Ahorro en tiempo y forma. En caso que el Titular ceda, venda o transfiera su Plan de Ahorro, se aplicará nuevamente el Período de Carencia al nuevo Titular.

**DEFINICION DE DESEMPLEO:** Sólo se considerará desempleo involuntario la desvinculación laboral que se produce por alguna de las siguientes causas: a) Despido sin justa causa (Art. 245 Ley de Contrato de Trabajo - t.o. 1976). b) Despido por fuerza mayor o por falta o disminución de trabajo no imputable al empleador (Art. 247 LCT). c) Resolución del contrato por denuncia del trabajador fundada en justa causa (Art. 242 y 246 LCT). d) Extinción del contrato por quiebra o concurso del empleador (Art. 251 LCT). e) Extinción del contrato por muerte del empleador (Art. 249 LCT).

**EXCLUSIONES DE DESEMPLEO:** a) Cuando el Desempleo Involuntario del Asegurado se inicie durante el Período de Carencia establecido en las Condiciones Particulares; b) Violación a normas internas previamente establecidas por el empleador; omisión intencional de llevar a cabo instrucciones orales o escritas, cuando dichas instrucciones sean legales e importantes para la actividad comercial del empleador y/o incumplimiento en la realización de las labores del empleo; c) Programas anunciados por el empleador del Asegurado, en forma previa a la fecha de inicio de vigencia de su Certificado Individual, que contemplen la reducción del personal y el inicio de despidos que de una manera específica o general incluyan la categoría de trabajo del Asegurado; d) Jubilación, pensión o retiro del Asegurado; e) Extinción voluntaria de la relación laboral, sea por renuncia del Titular o por mutuo acuerdo con su empleador; f) Pérdida del empleo del Asegurado notificada por el empleador en forma previa a la fecha de inicio de vigencia de su Certificado Individual; g) Terminación de un contrato de trabajo de obra o tiempo determinado del Asegurado; h) Despido justificado del Asegurado; i) Cuando el Asegurado posea simultáneamente más de un empleo en relación de dependencia y el o los que conserve represente/n el 55% o más de sus ingresos totales; j) Si es provocado deliberadamente por acto ilícito del Asegurado; k) Acto de guerra civil o internacional, guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, huelga o tumulto popular) los funcionarios que tengan un cargo de elección pública.

---

Lugar y Fecha

---

Firma del Asegurado

---

Aclaración

**INVALIDEZ TOTAL Y TEMPORAL:** (En caso de trabajar el Titular del Plan de Ahorro como Autónomo)

El importe de capital asegurado queda limitado al momento de la Invalidez del deudor asegurado a la suma máxima de doce (12) cuotas mensuales, mientras el asegurado permanezca incapacitado.

**ENFERMEDADES PREEXISTENTES:** No corresponderá el pago del beneficio cuando la incapacidad del Asegurado ocurra durante los primeros doce (12) meses de vigencia de la cobertura del seguro y como consecuencia de una enfermedad preexistente; entendiéndose por tal las enfermedades o anomalías de tratamiento médico y/o quirúrgico y sus complicaciones, las que por su historia natural requieren un período de tiempo científicamente establecido y hayan sido diagnosticadas con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la cobertura.

**ACCIDENTE:** A los efectos de este seguro, se entiende por accidente toda lesión corporal que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta, sufrida por el Asegurado independientemente de su voluntad, por la acción repentina y violenta de o con un agente externo. A efectos de la presente cobertura, dichas consecuencias deben manifestarse a más tardar dentro del año a contar desde la fecha del Accidente.



## **SEGURO DE DESEMPLEO O INVALIDEZ TOTAL Y TEMPORAL**

**PERIODO DE ESPERA:** Treinta (30) días. Transcurre desde la fecha en que se produce el desempleo involuntario o la invalidez hasta la fecha en la cual el Tomador comienza a percibir el beneficio mencionado.

**PERIODO DE CARENIA:** Treinta (30) días contados desde el Inicio de Vigencia de la Cobertura, esto es, desde el pago de la quinta cuota en tiempo y forma, de acuerdo a lo definido en el Plan de Ahorro. En caso que el Titular del Plan de Ahorro ceda, venda o transfiera su contrato, se aplicará nuevamente el Período de Carencia al nuevo Titular.

**EXCLUSIONES ESPECÍFICAS DE INVALIDEZ TOTAL Y TEMPORAL:** a) El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, infecciones oportunistas y cualquier otra enfermedad provocada por el mismo. b) Maternidad: comprende toda internación que se lleve a cabo durante el embarazo, el parto y hasta dentro de los 45 días después del parto. c) Alteraciones mentales.

### **CONDICIONES APLICABLES A AMBOS RIESGOS:**

**MORA- PLAZO DE GRACIA:** La Compañía concede al Asegurado un plazo de gracia por el término de treinta (30) días para el pago de la cuota del plan de ahorro, a la cual deberá adicionarse los intereses por pago fuera término. Para el pago de la quinta (5) cuota, el plazo de gracia se contará desde la fecha de inicio de vigencia de la cobertura. Para el pago de las siguientes cuotas del Plan de Ahorro dicho plazo de gracia se contará a partir de la cero (0) hora del día en que venza cada uno de ellas. Vencido el plazo de gracia y no abonado la cuota del Plan de Ahorro caducarán los derechos emergentes de esta póliza.

**DENUNCIA DEL SINIESTRO:** Se debe comunicar a LIFE el acaecimiento del siniestro dentro de los treinta (30) días de conocido, bajo pena de perder el derecho a ser indemnizado, salvo que acredite caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.

**PLAZO DE PRUEBA / LIQUIDACIÓN:** LIFE se pronunciará sobre el siniestro dentro de los treinta (30) contados desde la fecha de recepción de la documentación. En caso de ser necesario, hasta recibir toda la documentación complementaria para verificar el siniestro, ésta podrá ampliar el plazo de prueba, según lo establezca la póliza. LIFE liquidará el siniestro dentro de los quince (15) días contados desde la fecha de aprobación del mismo.

**DOCUMENTACION PARA LA LIQUIDACIÓN DEL SINIESTRO:** Desempleo: Formulario "Denuncia de Desempleo", provisto por LIFE, Fotocopia del telegrama o carta documento que acredite el desempleo, Copia del Certificado de servicios y remuneraciones otorgado por el empleador, Recibo correspondiente al pago de la Liquidación Final, Certificado de aportes de la AFJP o ANSES, posterior al desempleo, fotocopia de los últimos tres recibos de pago del plan de ahorro y cualquier otra documentación razonable que LIFE considere necesaria. Invalidez Total y Temporal: Formulario "Informe Médico" provisto por LIFE, Copia completa de la Historia Clínica con pronóstico, tratamiento y terapéutica a seguir, En caso de invalidez total y temporaria por accidente se deberá adjuntar copia completa de la causa penal instruida con motivo del accidente, con dosaje alcohólico incluido.

**EXCLUSIONES COMUNES DE SALUD:** a) Tratamiento por esterilidad, impotencia, fertilización, procedimientos anticonceptivos o por cambio de sexo y las consecuencias que deriven de ellos. b) Intento de suicidio. c) Consumo de sustancias psicoactivas tales como: tóxicos, estupefacientes, drogas y psicotrópicos, salvo prescripción médica. d) Consumo abusivo de alcohol. e) Lesiones que el asegurado se hubiera ocasionado voluntariamente o estando insano. f) Accidentes que se originen a causa de alteraciones mentales, intento de suicidio, drogadicción o alcoholismo. g) Actos de terrorismo, guerra civil, insurrección, motín, guerra que no comprenda a la Nación Argentina. En caso de comprenderla, las obligaciones de los Asegurados, como así también las de LIFE se regirán por las normas que en tal emergencia dictaren las autoridades competentes. h) Uso de material nuclear para cualquier fin, incluyendo explosión nuclear, provocada o no, así como también la contaminación radioactiva o explosión de radiaciones nucleares ionizantes. i) Epidemia, envenenamiento de carácter colectivo, catástrofe 3/4 naturales y otras calamidades que afecten a la población masivamente. Quedan comprendidos dentro de



## **SEGURO DE DESEMPLEO O INVALIDEZ TOTAL Y TEMPORAL**

la definición de catástrofe, aunque tal enumeración no resulte excluyente de otros diferentes que se pudieran verificar: los terremotos, inundaciones, aluviones, maremotos, erupciones volcánicas, huracanes y vendavales. j) Accidentes que resulten de competencias deportivas en aeronaves o vehículos de motor, competencias de pericia o velocidad con vehículos mecánicos o de tracción a sangre, o de justas hípicas. k) Accidentes resultantes de la práctica profesional o no de deportes particularmente peligrosos y/u otras actividades riesgosas, incluyendo los entrenamientos. l) Lesiones o afecciones producidas como consecuencia de prácticas y/o intervenciones experimentales o penadas por ley. m) Enfermedades infectocontagiosas de denuncia internacional (fiebre amarilla, peste, cólera, viruela, tifus, etc.).

**En caso de siniestro, por favor, comuníquese con LIFE Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. al T.E: 0800-222-7500**

Manifiesto que los datos que proporciono son adecuados y completos; entiendo que proporcionar datos inadecuados o incompletos, o no proporcionarlos, podría imposibilitar que LIFE Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. se contacte conmigo en el futuro. Entiendo y acepto que LIFE procesará mis datos siguiendo estrictas normas de seguridad y confidencialidad y que tengo derecho a acceder, rectificar, actualizar y suprimir mis datos de acuerdo a la normativa aplicable.

\_\_\_\_\_

**Lugar y Fecha**

\_\_\_\_\_

**Firma del Asegurado**

\_\_\_\_\_

**Aclaración**

**Comunicación al Asegurado:** El Asegurado que se identifica en esta Solicitud de Adhesión tendrá derecho a solicitar una copia del certificado de incorporación a póliza oportunamente entregada al tomador del presente contrato del seguro.

La firma que antecede fue puesta en nuestra presencia y corresponde a quien dice ser.

-----  
Firma y sello del Concesionario