

ANEXO VI

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES Y VIDA

Condiciones Generales

Los servicios asistenciales de DARAMIX S.A. para los clientes de MICROFIN se registrarán por las siguientes Condiciones Generales, dentro de la República Oriental del Uruguay, según corresponda. Para solicitar los servicios asistenciales aquí incluidos, el beneficiario deberá, en todos los casos, comunicarse con la Central de Operaciones de RUA Asistencia, dando sus datos personales, para contar con la autorización correspondiente.

ANTECEDENTES Y OBJETO

Los servicios asistenciales descritos en el presente anexo se enmarcan dentro del Contrato, celebrado entre las partes el día 15 de Noviembre de 2017. Los servicios aquí comprendidos y cuyas condiciones se detallan a continuación, contemplan el **Seguro de Accidentes Personales y Vida** que se brindarán de acuerdo a lo establecido en estas Condiciones Generales.

CONDICIONES PARTICUALES

Riesgos Cubiertos:

- Fallecimiento Accidental \$ 50.000.-
- Fallecimiento por cualquier Causa \$ 250.000.-

Edad límite de ingreso: 65 años

Edad límite de permanencia: 70 años

CONDICIONES GENERALES ACCIDENTES PERSONALES

Artículo 1º.- (Normas que regulan las obligaciones de las partes)

Las partes contratantes acuerdan considerarse reguladas por las disposiciones del Código de Comercio en materia de seguros, por lo ordenado por la presente póliza, sus complementos o modificaciones, y por lo que conste en las condiciones generales, condiciones particulares, y lo que surja del documento de solicitud de seguro presentado por quien será el asegurado.

Artículo 2.- (Definiciones).

En este contrato se entiende por:

- 1) Asegurador: Compañía Aseguradora de plaza designada por RUA ASISTENCIA, que asume el riesgo contractualmente pactado.
- 2) Asegurado: la persona física indicada como tal en las condiciones particulares, y que abona la prima según lo previsto por este contrato.
- 3) Beneficiarios: la persona física titular del derecho a la indemnización especificado en las condiciones particulares para el caso de fallecimiento del asegurado, estando vigente la póliza.
- 4) Póliza: es el documento que contiene todas las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte de la póliza: las condiciones generales, las particulares, las especiales, si las hubiere, y los endosos que se emitan a la misma para complementarla o modificarla, así como la solicitud del asegurado.
- 5) Prima: es el precio del seguro que se paga mensualmente para tener el beneficio del mismo. El recibo de pago contendrá, además, los recargos, tasas e impuestos de legal aplicación.
- 6) Capitales: son las sumas pactadas que el asegurado o beneficiario, en caso de muerte o lesión provocado por un accidente cubierto, tendrán derecho a percibir del asegurador en relación con las coberturas contratadas.
- 7) Período del seguro: es el plazo de la presente póliza según se especifica en las condiciones particulares.
- 8) Accidente: Toda lesión corporal que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta, sufrida por la Persona Asegurada, independientemente de su voluntad, por la acción repentina y violenta de o con un agente externo.
- 9) Médico: Persona diplomada en medicina y habilitada legalmente para ejercer la profesión, que no sea Usted, el Tomador del Seguro, su Cónyuge, ni miembros de la familia de ambos, tanto sea ascendientes como descendientes sin límite de grado, ni parientes colaterales de ambos, hasta el 3º grado de consanguinidad o afinidad inclusive.
- 10) Especialista: Profesional especializado en una determinada rama de la medicina, con comprobante legal de tal especialidad, que no sea Usted, el Titular del seguro, su cónyuge ni miembros de la familia de ambos, tanto sea ascendientes como descendientes sin límite de grado, ni parientes colaterales de ambos, hasta el 3º grado de consanguinidad o afinidad inclusive
- 11) Ocupación: Significa el empleo o trabajo remunerado que realiza la Persona Asegurada en forma habitual, y para lo cual ha sido capacitada o entrenada.

12) Admisión: Significa el ingreso como paciente registrado a un Hospital, por un período de por lo menos 24 horas, por indicación de un médico.

13) Internación: Significa una Admisión o serie de Admisiones en un Hospital por una misma causa, excepto cuando la Admisión por esa misma causa hubiese ocurrido luego de 12 meses de la última Internación. Esta última Admisión constituirá una Internación diferente.

14) Hospital: Se considera Hospital a cualquier Institución que reúna todos los siguientes requisitos:

a) que mantenga equipamiento permanente para el cuidado de pacientes residentes, durante las 24 horas los 365 días del año.

b) que esté equipado permanentemente con quirófano para cirugía mayor y equipamientos para el diagnóstico, tratamiento y cuidado de personas enfermas y/o heridas y esté bajo la supervisión permanente de médico/s practicante/s diplomado/s.

c) que provea continuamente, las 24 horas, los 365 días del año servicio de enfermería supervisado por enfermeras diplomadas con título oficial o equivalente.

d) que no sea, salvo incidentalmente, un instituto mental, una sala de primeros auxilios, un hospicio, un establecimiento para enfermedades terminales, un lugar exclusivamente destinado para convalecencias, ni un geriátrico.

Artículo 3.- (Objeto del seguro. Coberturas).

El asegurador pagará al asegurado o beneficiario los capitales correspondientes según el tipo accidente de que se trate, en atención a las coberturas contratadas con sujeción a la normativa prevista en el Artículo 1°, si el asegurado sufre durante el período de seguro un accidente. La presente póliza garantiza los riesgos y capitales asegurados en todas partes del mundo.

Artículo 4.- (Definición de las Coberturas).

Cobertura A: Muerte por Accidente Si a consecuencia del accidente cubierto por la póliza fallece el asegurado, dentro de los 365 días a partir de la fecha del accidente el asegurador pagará el capital asegurado al beneficiario o beneficiarios designados por el asegurado. El beneficiario deberá presentar los siguientes documentos: a) certificado del médico que haya asistido al asegurado en el que se detallan las circunstancias y causas del fallecimiento; b) partida de defunción; c) documento que acredite la personalidad y en su caso la condición de beneficiario o heredero del asegurado. Una vez recibidos los anteriores documentos, el asegurador en un plazo máximo de 10 días hábiles deberá pagar o consignar el capital asegurado.

El capital asegurado será satisfecho a los Beneficiarios de acuerdo a lo establecido en el Artículo 8.- Si el asegurado falleciera como consecuencia del accidente, la compañía aseguradora deducirá de la suma a pagar bajo esta cobertura, el importe total que hubiere ya pagado al asegurado por el mismo accidente bajo las coberturas definidas en las alternativas B y C en el caso de haber sido contratadas.

Cobertura B: Invalidez permanente y total. Se entiende por invalidez total y permanente, a los efectos de esta cobertura, el accidente que lleva a que el asegurado quede impedido totalmente a consecuencia de una lesión corporal, de desempeñarse en cualquier trabajo remunerado o lucrativo para el cual el asegurado está calificado razonablemente por razón de educación, entrenamiento o experiencia. Si al momento del accidente el asegurado se encuentra sin empleo, esta incapacidad significaría la inhabilidad total o permanente de efectuar todos los deberes y actividades usuales y normales que una persona de la misma edad y sexo. Para constatar la invalidez total y permanente se requiere: a) probar su existencia dentro de 180 días de registrado el accidente; b) acreditar que la incapacidad continúa después de doce meses de constatada la invalidez total y permanente.

En el caso de acreditar que la invalidez total y permanente continúa después de un periodo de 12 meses la Compañía pagará la Suma Asegurada establecida en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Cobertura C: Desmembramiento. Si como consecuencia del Accidente sufrido por el Asegurado y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del mismo, la lesión produjera alguna de las pérdidas orgánicas enseguida citadas, la Compañía pagará los siguientes porcentajes de la Suma Asegurada establecida en las Condiciones Particulares de esta Póliza para esta Sección: Ambas manos o ambos pies o la vista en ambos ojos - 100%

Una mano y un pie - 100%

Una mano o un pie y la vista de un ojo - 100%

Pérdida total de los dos ojos - 100%

a) Cabeza

Sordera total e incurable de los dos oídos - 50% Pérdida total de un ojo o reducción de la mitad de la visión binocular normal - 40% Sordera total o incurable de un oído - 15% Ablación de la mandíbula inferior - 50%.

b) Miembros superiores

Pérdida total de un brazo - 50%

Pérdida total de una mano - 50%

Fractura no consolidada de un brazo (seudoartrosis total) - 45%

Anquilosis del hombro en posición no funcional - 30%

Anquilosis del hombro en posición funcional - 25%

Anquilosis del codo en posición no funcional - 25%

Anquilosis del codo en posición funcional - 20%

Anquilosis de la muñeca en posición no funcional - 20%

Anquilosis de la muñeca en posición funcional - 15%

Pérdida total del pulgar - 18% Pérdida total de índice - 14%

Pérdida total del dedo medio - 9% Pérdida total del anular o el meñique - 8%

c) Miembros inferiores

Pérdida total de una pierna - 55%

Pérdida total de un pie - 40%

Fractura no consolidada de un muslo (seudoartrosis total) - 35%

Fractura no consolidada de una pierna (seudoartrosis total) - 30%

Fractura no consolidada de una rótula - 30%

Fractura no consolidada de un pie (seudoartrosis total) -20%

Anquilosis de la cadera en posición no funcional - 40%.

Anquilosis de la cadera en posición funcional - 20%

Anquilosis de la rodilla en posición no funcional - 30%

Anquilosis de la rodilla en posición funcional - 15%

Anquilosis del empeine (garganta de pie) en posición no funcional - 15%

Anquilosis del empeine (garganta de pie) en posición funcional - 8%

Acortamiento de un miembro inferior de por lo menos cinco centímetros - 5%

Acortamiento de un miembro inferior de por lo menos tres centímetros - 8%

Pérdida total del dedo gordo de un pie - 8%

Pérdida total de otro dedo del pie - 4%

La pérdida total permanente funcional de un miembro será considerada como pérdida del mismo. Se entiende por pérdida total la que está referida a un miembro, su eliminación del organismo al cual pertenece en forma definitiva y en su total integración anatómica y funcional.

Se entiende por pérdida parcial la eliminación de parte del miembro al cual pertenece en forma definitiva.

Se entiende por pérdida funcional total la ausencia definitiva y total de toda capacidad de función fisiológica del o de los miembros afectados, pudiendo o no estar implicado el aspecto anatómico del miembro comprometido.

El asegurador indemnizará el desmembramiento ocurrido dentro del año, a contar desde la fecha del accidente. Si el desmembramiento se produjera pasado el año, será necesario aportar certificado médico acreditativo de que dicho desmembramiento es consecuencia directa del accidente. La Pérdida Parcial de los miembros, será indemnizable en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional, pero si la pérdida es derivada de pseudo artrosis, la indemnización no podrá exceder del 70% de la que corresponde por la pérdida total del miembro afectado. La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo si se ha producido por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponda por la pérdida del dedo entero si se trata del pulgar y a la tercera parte de cada falange si se trata de otros dedos.

Si después de fijado el desmembramiento sobreviniere la muerte del asegurado a consecuencia del mismo u otro siniestro amparado por la póliza, las cantidades satisfechas por el asegurador se considerarán a cuenta del capital asegurado para el caso de muerte, que será pagado de acuerdo con lo establecido en la cláusula segunda de la póliza.

En caso de invalidez total y permanente sobrevenida del asegurado como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza, que deje lesiones residuales corregibles mediante prótesis, el asegurador pagará el importe que alcance la primera prótesis ortopédica que se practique al asegurado sin exceder el 10 % del capital asegurado para el caso de invalidez. En caso de ocurrir más de un siniestro durante la vigencia de la póliza, los porcentajes a indemnizar se calcularán en base al monto asegurado y no al saldo de éste, después de haber efectuado otros pagos. Sin embargo, el total de indemnizaciones provenientes del desmembramiento por uno o más accidentes ocurridos durante el período de cobertura de esta póliza, no podrá en ningún caso exceder el 100% del monto asegurado para esta alternativa.

Cobertura D: Invalidez temporal. En el supuesto de invalidez temporal a consecuencia de un accidente cuando esta cobertura no hubiere sido pactada en las condiciones

particulares, el asegurador satisfará al asegurado la indemnización diaria pactada de acuerdo a las siguientes normas:

a) la indemnización diaria se devengará a partir del séptimo día de configurada la invalidez y por todo el tiempo pactado en las condiciones particulares y hasta el máximo de 365 días a contar del siguiente en que se configure la invalidez.

b) Si asegurado pudiere dedicarse a ejercer en parte su profesión u ocupación habitual por ser su invalidez parcial, el asegurador reducirá a la mitad la indemnización diaria mencionada en el párrafo anterior.

Se entiende por invalidez temporal que emane del accidente aquélla por la cual el asegurado se ve impedido para atender completa o parcialmente su profesión u ocupación habitual durante un tiempo determinado.

Cobertura E: Cobertura adicional del cónyuge. En el caso de la cobertura adicional de cónyuge, cuando esta cobertura hubiere sido pactada en las condiciones particulares, de acuerdo a las condiciones de esta cláusula, se obliga a pagar, la suma estipulada para el caso de fallecimiento del cónyuge del asegurado principal al beneficiario instituido, en su oficina central de la ciudad de Montevideo inmediatamente después de recibidas las pruebas del fallecimiento.

Objeto y extensión del seguro: esta cláusula comprende al cónyuge del asegurado principal incorporado al seguro de accidentes personales, y los cubre única y exclusivamente contra el riesgo de muerte por accidente, invalidez total y parcial permanente por accidente.

Cónyuge asegurable: es asegurable el cónyuge legal del asegurado principal que se encuentre a su cargo y conviva bajo el mismo techo. Podrá aceptarse en calidad de cónyuge a la persona que conviva con el asegurado principal sin vínculo legal en las mismas condiciones que un cónyuge legal.

Suma asegurada: el seguro adicional para el cónyuge es el establecido en las condiciones particulares, la suma asegurada nunca podrá ser superior al 100 % del capital asegurado sobre la vida del asegurado principal. Iniciación y vigencia: la incorporación del cónyuge al seguro deberá realizarse en el momento de la contratación de la cobertura por el asegurado principal. La vigencia de la cobertura comenzará a partir de las cero horas del día en que se emita la póliza.

Primas y su pago: la prima correspondiente al asegurado principal se aplicará también al seguro adicional del cónyuge y su pago se hará conjuntamente con el correspondiente al del asegurado principal.

Beneficiario: el beneficiario de este seguro adicional será el asegurado principal, y en caso de muerte simultánea, el seguro adicional se liquidará a los herederos legales del asegurado principal.

Informaciones que deben suministrarse a la compañía: el asegurado principal de estado civil casado proporcionará en los formularios suministrados al efecto, el nombre y el apellido su cónyuge, la fecha nacimiento etc., e informará a la compañía de cualquier circunstancia que afecte el vínculo matrimonial.

Precisión del seguro adicional: la cobertura adicional de cónyuge quedará rescindida o caducará en los siguientes casos: 1) al caducar la póliza del asegurado principal por cualquier causa; 2) cuando sobrevenga cualquier causa en cuya virtud el vínculo matrimonial resulte afectado (divorcio, separación, etc.); 3) el fallecimiento del asegurado principal.

Cobertura F: Beneficio Adicional de Renta Diaria por Hospitalización. Si un accidente ocurrido dentro de la vigencia de esta póliza y cubierto por la misma diera lugar a la Internación de la Persona Asegurada en un Hospital por un período mayor a tres días desde la fecha de admisión en el Hospital hasta el alta médica, la compañía abonará a dicha persona Asegurada una suma semanal, cuyo importe se indica en las Condiciones Particulares, por cada 24 horas completas de internación hasta un máximo de 90 días. Si el período de internación fuese inferior a una semana, se abonará una séptima parte de la suma indicada en las Condiciones Particulares como beneficio semanal por Hospitalización por cada día de internación.

Cobertura G: Beneficio por Convalecencia. Ante el alta médica posterior a un período de internación continua mayor a 7 días contados a partir de la admisión en un hospital a consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza, la Compañía abonará una suma adicional por convalecencia, con relación a cada accidente cubierto bajo esta póliza. El importe a abonar por este concepto es el indicado en las Condiciones Particulares.

Artículo 5.- (Valuación por perito).

Si no hubiere acuerdo entre las partes de la existencia, persistencia, carácter y grado de la invalidez total o parcial serán determinadas por dos médicos designados uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los ocho días de su designación, a un tercer facultativo para el caso de divergencia.

Los médicos designados por las partes deberán presentar su informe dentro de los treinta días a partir de recibidos los resultados de análisis, y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro de un plazo de 15 días. La junta médica podrá someter al asegurado a los exámenes médicos que considere necesarios. La declaración de incapacidad o invalidez del asegurado por algún organismo previsional

o legal sólo tendrá para la junta médica un valor meramente informativo. El dictamen emitido por la junta médica será determinante y obligatorio para las partes.

Los honorarios y gastos de los médicos de las partes estarán a su respectivo cargo, y los del tercero serán pagados por la parte cuyas pretensiones se alejen más del dictamen definitivo, salvo en caso de equidistancia en que se pagarán por mitades entre las partes. Mientras dura este proceso se debe seguir pagando las cuotas de la pericia.

Si el dictamen de la junta médica es favorable al asegurado la compañía aseguradora comenzará a pagar la indemnización una vez transcurridos 12 meses contados a partir de referido dictamen. La compañía aseguradora dentro de un plazo no superior a treinta días contados desde la fecha del referido dictamen, deberá devolver al asegurado las primas de esta cobertura pagadas después de la fecha del accidente.

Una vez que la incapacidad se determina por la compañía aseguradora o por la junta médica, la compañía tendrá derecho a requerir evidencia de la incapacidad total y permanente continua, en cualquier momento durante los primeros dos años de iniciados los pagos bajo esta presente cobertura.

Luego de este período la prueba de evidencia será solamente una vez al año. Además, la compañía tendrá derecho durante el período de pago a que un médico de su elección examine al asegurado por intervalos razonables durante los primeros dos años, y después de dicho período no más de una vez por año, dentro de los primeros 90 días del aniversario de aprobación inicial de la invalidez. El costo de estas evaluaciones será de cargo exclusivo de la compañía.

Artículo 6.- (Arbitraje). Cualquier dificultad que se suscite en la ejecución del presente contrato con motivo de la interpretación o aplicación del mismo, será resuelto por un árbitro arbitrador nombrado de común acuerdo por las partes. Si pasados 60 días de que una parte notifique a la otra por escrito la existencia de una discrepancia no se pusieren de acuerdo en la persona que operará como árbitro, éste será designado por el presidente de la Cámara de Comercio. El mismo deberá dictar su fallo en un plazo de 60 días, el que será obligatorio y definitivo para las partes.

Artículo 7. (Exclusiones).

Quedan excluidos del seguro:

a) los accidentes provocados intencionalmente por el asegurado o el beneficiario, el suicidio y sus tentativas, o heridas causadas a sí mismo en cualquier circunstancia.

b) La muerte producida a personas menores de 14 años.

c) Accidentes causados por:

1) Consecuencia de terremotos, maremotos, erupciones volcánicas; 2) Comisión de actos calificados como delitos penales, así como consecuencia de guerras, invasiones, hostilidades, haya o no declaración de guerra, rebeliones; revoluciones; insurrección, usurpación de poder, terrorismo; 3) Directa o indirectamente por reacción e irradiación nuclear o contaminación radioactiva, el uso de armas o materiales y sustancias atómicas, biológicas, por ejemplo, bacteriológicas o químicas; ataques o intromisiones deliberadas en predios e instalaciones (por ejemplo centrales nucleares, plantas de reciclaje nuclear, plantas de almacenamiento, fábricas o partes de estas que conduzcan a la liberación de radiactividad...).

d) Los accidentes sufridos por el asegurado en situación de enajenación mental o por estar embriagado o bajo los efectos de una droga o estupefacientes. A estos efectos se considerará que hay embriaguez cuando el grado alcohólico supere el máximo reglamentario autorizado el asegurado sea sancionado o condenado por esta causa.

e) Por embarazo o maternidad, alumbramiento o la pérdida que resulta del mismo que sea causado o acelerado por el accidente.

f) Los accidentes que resulten de la práctica profesional de cualquier deporte;

g) Los accidentes ocurridos participando el asegurado en carreras o competiciones de cualquier tipo, excepto las carreras a pie, a nado o en regatas dentro de las dos millas marinas de la costa.

h) Los accidentes ocurridos viajando en avión o cualquier otro aparato de navegación aérea, al menos que viaje con pasaje en aviones debidamente autorizados para el transporte de pasajeros. En este último caso, quedan excluidos de la cobertura los accidentes viajando como miembro de la tripulación o con el fin de realizar trabajos desde los mismos, tales como fotografías aéreas, fumigación u otros semejantes.

i) Los accidentes ocurridos durante escaladas a montañas que necesitan la utilización de cuerdas o guías, o en descensos submarinos o cuevas terrestres de más de 50 metros de profundidad.

j) Hechos que no tengan consideración de accidente según lo estipulado en el Art.2 Lit.8.

k) Toda consecuencia derivada del infarto miocárdico o enfermedades de cualquier tipo.

l) Por peleas o riñas salvo aquellos casos en que se establezca judicialmente que se ha tratado de legítima defensa.

m) Por anomalías congénitas y condiciones que surjan o resulten de ellas.

n) Por cualquier daño que resulte de la hernia.

Quedan excluidos también de la cobertura de esta póliza, salvo que se abone la sobreprima correspondiente y se haga constar expresamente en las condiciones particulares:

a) los accidentes producidos a consecuencia de práctica de fútbol, boxeo o lucha sin arma con carácter de aficionado; la participación en cacerías a caballo o caza mayor; pesca o exploración submarina por aficionados sin utilización de aparatos de oxígeno; la práctica de esquí acuático; los viajes en embarcaciones deportivas a vela o motor piloteadas por personas legalmente habilitadas para ello;

b) los accidentes producidos a consecuencia de la conducción de motocicletas de cualquier cilindrada; demostraciones de salto de obstáculos a caballo; deportes de invierno y esquí; práctica de rafting como aficionado.

c) los accidentes producidos a consecuencia de: práctica de hockey sobre hielo y patinaje sobre hielo; práctica de carreras a caballo con obstáculo; práctica de polo.

En el caso de que no se pague la sobreprima correspondiente, ocurrido un accidente de los señalados en los criterios anteriores, el capital asegurado por muerte o invalidez permanente se reducirá al 75% si el accidente se produjo por alguna de las causas a); se reducirá en un 50% si accidente se produjo por alguna de las causas b); y se reducirá el 25% si el accidente se produjo por alguna de las causas c) de esta última cláusula. No obstante, la garantía de asistencia médico farmacéutica, en caso de haber sido contratada, quedará cubierta al 10 %

Artículo 8.- (Designación y Cambio de Beneficiarios).-

En caso de fallecimiento del Asegurado se tendrá como Beneficiario a la persona o personas, cuyos nombres figuren con tal carácter en las Condiciones Particulares. El contratante podrá instituir como Beneficiario a cualquier persona. Designadas varias personas sin indicación de cuota parte se entiende que el beneficio se distribuirá por partes iguales. Cuando se designe a los hijos se entiende a los concebidos y los sobrevivientes al tiempo de ocurrir el evento previsto. Cuando se designe a los herederos, se entenderá por tales a los que surjan del certificado de resultancias de autos y en las proporciones allí establecidas.

En caso de dudas sobre la identidad de los herederos o sobre la proporción de las sumas a distribuir, la Compañía Aseguradora podrá solicitar que se determine judicialmente a quienes debe pagarse y en que proporciones debe hacerlo. La Compañía aseguradora no será responsable de cualquier demora en el pago del beneficio derivada de la determinación de la identidad de los beneficiarios. Si se hubiere otorgado testamento, se tendrá por designados a los herederos instituidos en el mismo. Si los herederos instituidos en el testamento fueran los herederos legales y no se hubiere fijado proporción alguna, 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.

En los casos de seguros sobre la vida de terceros no habiendo Beneficiario designado o si, habiendo éste hubiera fallecido antes que el Contratante o simultáneamente con él, el seguro será pagadero al Contratante o, en su caso, a los herederos legales de este último.

Pierde todo derecho el Beneficiario que provoca deliberadamente la muerte del Asegurado con un acto ilícito.

El Asegurado podrá cambiar en cualquier momento el beneficiario, salvo que la designación sea a título oneroso o irrevocable. Para que el cambio de Beneficiario surta efecto frente a la Compañía Aseguradora, es indispensable que ésta sea fehacientemente notificada dirigiendo a sus oficinas la comunicación escrita respectiva (telegrama colacionado o notificación con intervención notarial).

En caso de imposibilidad de abonar el seguro por duda sobre la designación o cambio de Beneficiario, o duda en cuanto a los herederos legales, la Compañía Aseguradora consignará judicialmente importe en la forma que corresponda según la situación que se presentara dejando así librada a resolución judicial la determinación de la persona o personas beneficiarias. La Compañía Aseguradora quedará liberada, si actuando diligentemente hubiere pagado la suma asegurada o los Beneficiarios designados con anterioridad a la recepción de cualquier notificación que modificare esa designación. Atengo el carácter irrevocable de la designación de Beneficiario a título oneroso, la Compañía Aseguradora en ningún caso asume responsabilidad alguna por la validez del negocio jurídico que dio lugar a la designación ni por las cuestiones que se susciten con motivo de esa designación.

Artículo 9.- (Plazos).-

Este seguro se estipula por el período previsto en las condiciones particulares y a su vencimiento se prorrogará por períodos no superiores a un año. No obstante cualquiera de las partes podrá oponerse a la prorroga mediante notificación escrita a través de un telegrama colacionado a la otra, efectuada con antelación no inferior a dos meses a la conclusión del período de seguro en curso. En todo caso se extinguirá al término de la anualidad dentro del cual el asegurado cumple la edad establecida en las condiciones particulares de la póliza.

Artículo 10.- (Cancelación del contrato).-

La póliza podrá cancelarse:

a) por decisión fundada del asegurador derivada de la falta de pago de las primas del seguro, de la agravación del riesgo y cualquier otra inobservancia de cargas y obligaciones del asegurado que estuvieren previstas en las condiciones particulares y generales de la póliza, mediante notificación a través de telegrama colacionado al asegurado con una antelación de al menos siete días a su último domicilio denunciado, en cuyo caso el asegurador le devolverá parte proporcional de la prima por el período del seguro no vencido.

b) Por decisión del asegurado que en cualquier momento, mediante notificación al asegurador, con una antelación de al menos siete días, en cuyo caso (siempre que no haya surgido ninguna reclamación durante el período del seguro a la fecha), el asegurador le devolverá la prima correspondiente menos la deducción de la prima de las tarifas vigentes por períodos cortos por el lapso durante el cual la póliza ha estado vigente. Los plazos anteriormente establecidos se computarán por días calendario corrido.

Artículo 11.- (Terminación de la cobertura).-

La cobertura individual por cada persona asegurada bajo esta póliza termina cuando:

1) El asegurado cumpla 70 años de edad; 2) el cónyuge cumpla 70 años de edad; 3) el cónyuge cesa de ser cónyuge del asegurado; 4) el hijo o la persona que está bajo la tenencia cumple 18 años; 5) el hijo o la persona que está bajo la tenencia se casa o cesa de depender principalmente del asegurado.

Artículo 12.- (Rehabilitación de la póliza).

En caso de que a la póliza se le haya puesto término anticipado, el contratante podrá solicitar personalmente su rehabilitación. Para resolver sobre esta petición, la aseguradora podrá exigir al asegurado que acredite a satisfacción de la compañía que reúne las condiciones de salud y otras necesarias para ser readmitido como tal.

Artículo 13.- (Reticencias).

Dará lugar a la pérdida del derecho de indemnización los siguientes supuestos:

a) en caso de reticencia o exactitud relevante al completar el cuestionario o solicitud de seguro, si medió dolo o culpa grave;

b) en caso de agravación o modificación del riesgo relevante, entendiéndose por éste a un cambio en el estado físico o mental del asegurado, la actividad laboral, deportiva o de recreación que pudiera aumentar la exposición al riesgo del asegurado de no haberse comunicado al asegurador, actuando con mala fe;

c) cuando el asegurado no haya abonado la prima dentro los plazos establecidos al momento de la contratación del seguro; d) cuando el siniestro haya sido causado por dolo o mala fe del asegurado.

Artículo 14.- (Pago de primas).-

La responsabilidad del asegurador quedará condicionada a que: el asegurado pague la prima (o cualquier cuota convenida con el asegurador) en la fecha y hora que dicho pago resulte exigible. En caso de un diferendo acerca del cumplimiento o incumplimiento del pago de la prima, conforme a la presente condición, el asegurado deberá presentar pruebas de que dicho pago se efectuó en la fecha y hora debida. Si el asegurado acepta el pago de la prima en cuotas mensuales consecutivas, la primera de dichas cuotas será exigible y pagadera en forma inmediata y las demás mensualmente cada 30 días desde la fecha de entrada en vigencia de la póliza. La mera tenencia de la póliza no otorga derecho alguno al asegurado, quien deberá demostrar el pago de la totalidad de la prima o de las cuotas vencidas del asegurador mediante la presentación de un recibo extendido por éste.

Se establece la condición resolutoria del presente contrato en caso de que el asegurado no pague la prima en el tiempo y forma establecidas en la solicitud de la presente póliza.

Artículo 15.- (Moneda o unidad de contrato).- El capital asegurado y el monto de las primas correspondientes a esta póliza se expresarán en la moneda indicada en las condiciones particulares. En virtud de contratarse una póliza en moneda extranjera el contratante se compromete al pago de la prima en dicha moneda; a su vez la compañía aseguradora abonará las indemnizaciones que pudieren corresponder en igual moneda, si cualquier norma legal o reglamentaria impidiere cumplir las obligaciones emergentes de esta póliza en moneda extranjera, tanto las primas como las eventuales indemnizaciones deberán ser satisfechas en la moneda nacional conforme al tipo de cambio financiero vendedor cotizado por el Banco de la República Oriental del Uruguay al cierre del día inmediato anterior al de la fecha de pago de cada obligación.

Artículo 16.- (Gastos).- Los gastos de asistencia médico farmacéutica, cuando esta cobertura hubiere sido pactada en las condiciones particulares serán de cuenta del asegurador limitadamente en su cuantía al capital establecido en las condiciones particulares, si lo exigiera la índole de las lesiones, a condición de que se efectúe en hospital o clínica situada en territorio uruguayo o del extranjero y durante el plazo máximo de un año.

Artículo 17.- (Siniestro).- En caso de siniestro amparado por esta póliza, el asegurado o beneficiario según los casos deberá ponerlo en conocimiento del asegurador dentro del plazo máximo de siete días hábiles de haber tenido conocimiento del mismo, y dar

toda cuenta e información que posea y le sea solicitada por el asegurador sobre las causas y circunstancias del mismo. Las indemnizaciones a que dé lugar el siniestro serán satisfechas dentro del plazo máximo de 10 días hábiles de haber recibido el asegurador toda la documentación justificativa de la existencia de siniestro y del importe a que dé lugar la indemnización. La compañía aseguradora se reserva el derecho de solicitar a las autoridades competentes a su costo que se efectúe la autopsia en caso de muerte de una persona asegurada. Si el beneficiario se negare a permitir la autopsia o la retardase en forma tal que deja de ser útil al fin perseguido, perderá el derecho de indemnización asegurado por este contrato. .

Artículo 18.- (Comunicaciones)

Las comunicaciones del Asegurado o Beneficiario se realizarán en el domicilio social de la Compañía, y las que tenga que efectuar el Asegurador se realizarán en el domicilio del Asegurado que conste en la póliza. Las comunicaciones efectuadas por un Corredor de Seguros en nombre del Asegurado causarán los mismos efectos que si las realizara el propio Asegurado.

Artículo 19.- (Jurisdicción) El presente Contrato de Seguro queda sometido a la jurisdicción uruguaya y, dentro de ella, será Juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del mismo el del domicilio del Asegurado, a cuyo efecto éste designará un domicilio en Uruguay, en caso de que el suyo fuese en el extranjero.

Artículo 20.- (Otras obligaciones, deberes y facultades del asegurado) El Asegurado o Beneficiario, tienen las obligaciones y deberes siguientes:

a) Comunicar al Asegurador la celebración de cualquier otro Seguro de Accidentes que se refiera a la misma persona.

b) Comunicar al Asegurador, el estado físico, las actividades laborales o profesionales, las actividades deportivas y recreativas, y todas aquellas circunstancias que según el cuestionario presentado por el Asegurador antes de la conclusión del Contrato, agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidos por éste en el momento de la perfección del Contrato no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas. Si la agravación no es imputable al Asegurado y el Asegurador no acepta su cobertura, éste queda obligado a devolver la parte de prima correspondiente al período del seguro no transcurrido. Si la agravación del riesgo es imputable al Asegurado, y la misma proviene del cambio de la profesión o actividad del Asegurado y de haber existido ese cambio al tiempo de la celebración, el Asegurador hubiera concluido el contrato por una prima mayor, la suma asegurada se reducirá en proporción a la prima pagada.

En el caso de que la nueva profesión o actividad del Asegurado al tiempo de la celebración, el Asegurador no hubiera concluido el contrato, el Asegurador podrá

rescindir el contrato, mediante notificación a través de Telegrama Colacionado al Asegurado con una antelación al menos de 7 días, a su último domicilio denunciado en cuyo caso el Asegurador le devolverá parte proporcional de la prima por el período del seguro no vencido. Comunicar al Asegurador, el cambio de profesión del Asegurado que figura en el cuestionario. Si el cambio de profesión supone una agravación de riesgo será de aplicación lo establecido en el apartado b) anterior.

c) En caso de siniestro comunicar al Asegurador dentro del plazo de 7 días hábiles de haberlo conocido y darle las circunstancias del mismo.

d) Aminorar las consecuencias del siniestro, empleando los medios a su alcance para conservar la vida del Asegurado y su propio restablecimiento. El incumplimiento de ésta obligación con la manifiesta intención de perjudicar o engañar al Asegurador, liberará a éste de toda prestación derivada del siniestro. El plazo que dispondrá el asegurado para realizar las comunicaciones establecidas en los literales b) y c) será de 15 días corridos, contados desde el día de conocimiento de las circunstancias establecidas en los mencionados literales.

Artículo 21.-

El Asegurado podrá reclamar a la Entidad Aseguradora, en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la Póliza, que se subsanen las divergencias existentes entre ésta y la Solicitud de Seguro o de las cláusulas acordadas.

CONDICIONES GENERALES SEGURO DE VIDA

Artículo 1 – GENERALIDADES

Condiciones Generales Definiciones

a. Asegurador: Compañía Aseguradora de plaza designada por RUA ASISTENCIA, que asume el riesgo contractualmente pactado.

b. Contratante: Se entiende por Contratante el tomador del seguro. Es la persona que contrata la póliza y es señalada como tal en las Condiciones Particulares de la póliza.

c. Asegurado: Persona o personas a quien el Asegurador brinda cobertura de acuerdo a las Condiciones de esta.

d. Beneficiario: Persona designada por el Asegurado para recibir los beneficios que acuerda la póliza, de acuerdo a las Condiciones de ésta.

Capital Asegurado: El importe especificado en las Condiciones Particulares. El mismo podrá variar durante la vigencia de la póliza.

Las partes contratantes se someten a las estipulaciones de este contrato como a la ley misma, sin perjuicio de las disposiciones legales de orden público. Esta póliza consta de condiciones generales y condiciones particulares. En caso de no coincidir las Condiciones Generales con las Particulares, se estará a lo que dispongan estas últimas.

Artículo 2 – PERSONA ASEGURABLE

Se consideran personas asegurables desde la fecha de vigencia inicial del contrato a las personas físicas indicadas como tales en las condiciones particulares según lo previsto por este contrato.

Artículo 3 – CONTRATANTE

Todos los derechos, facultades, opciones y obligaciones conferidas bajo esta póliza y que no pertenecen al Asegurador, estarán reservados al Contratante, salvo que en las Condiciones Particulares se hubiere convenido lo contrario.

Si el Contratante falleciera estando la póliza en vigencia, se producirá la terminación del contrato, a menos que el Asegurado, si fuese persona distinta, se hiciera cargo de sus obligaciones antes del término del período de gracia conferido para el pago de la prima, y en tal caso ejercerá también los derechos, facultades y opciones que la póliza reconoce al Contratante, ocupando su lugar para todos los efectos del contrato.

Artículo 4 – COBERTURA

En caso de fallecimiento de la Persona Asegurada durante la vigencia de la póliza, sus Beneficiarios recibirán el Beneficio por Fallecimiento contratado descontadas las deudas que pudiera mantener el contratante con la compañía. La prima se devengará hasta la fecha de fallecimiento del asegurado o hasta la última fecha de finalización, lo que ocurriera primero.

Artículo 5 – FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DE LA COBERTURA

Las personas asegurables a la fecha de comienzo de la vigencia de esta póliza contarán con cobertura a partir de las 12 horas del día fijado como comienzo de la vigencia.

Artículo 6 – BENEFICIO POR FALLECIMIENTO

Esta póliza cubre hasta el límite fijado en las condiciones particulares. La cobertura cesará totalmente a partir de la finalización del año póliza en que el asegurado cumpla los 70 años de edad.

Artículo 7 – COBERTURAS ADICIONALES

El Contratante podrá solicitar las cláusulas adicionales que comercialice el Asegurador, siempre y cuando se verifiquen los requisitos de asegurabilidad correspondientes. A efectos que las mismas tengan validez, deberá indicarse su contratación en las

condiciones particulares. Los costos correspondientes a las mismas se adicionarán a la prima indicada en el artículo 8 de la presente póliza.

Artículo 8 – PRIMAS DEL SEGURO

La prima inicial convenida e inserta en las Condiciones Particulares de esta póliza regirá durante el primer año de vigencia del seguro. Dicha prima podrá ser ajustada en cada aniversario de la póliza por el Asegurador, quien comunicará por escrito al Contratante la nueva prima resultante, con una anticipación no menor de quince (15) días a la fecha del aniversario en que comience a regir la misma. Queda convenido que las primas correspondientes a cada vigencia e informadas al inicio de la misma no podrán modificarse en su transcurso.

Artículo 9 – PAGO DE LAS PRIMAS

Las primas deberán ser pagas por el Contratante en las oficinas del Asegurador, o en el lugar que ésta indique para el pago con la periodicidad que se establezca en las Condiciones Particulares. Tomando en consideración la Suma Asegurada contratada, la edad del Asegurado a la Fecha inicial de vigencia, sexo y plazo por el que la cobertura ha sido contratada, el Asegurador pondrá en conocimiento del Contratante el importe de primas necesario para mantener la cobertura en vigor. El Contratante deberá realizar, con la periodicidad convenida, el pago de las primas determinadas por el Asegurador, a fin de mantener la cobertura contratada en vigor. El Asegurador no será responsable por las omisiones o faltas de diligencia que produzcan atraso en el pago de la prima, aunque éste se efectúe mediante algún cargo o descuento convenido.

Artículo 10 – PLAZO DE GRACIA

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 del Asegurado, la prima correspondiente al seguro de la persona fallecida, deberá ser pagada por el Beneficiario. 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. Vencido el plazo de gracia y no abonada la prima, caducarán los derechos emergentes de esta póliza, sin necesidad de notificación al Contratante y/o Asegurado. Los derechos que esta póliza acuerda al Contratante y al Asegurado nacen el mismo día y hora en que comienzan las obligaciones a su cargo establecidas precedentemente.

Artículo 11 – FALTA DE PAGO DE LAS PRIMAS

Si cualquier prima no fuere paga 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.

Artículo 12 – CANCELACIÓN DE LA COBERTURA INDIVIDUAL POR PARTE DEL CONTRATANTE

La cobertura del Asegurado quedará finalizada por parte del contratante en los siguientes casos: a) Decisión del Contratante de rescindir el contrato de seguro b) Caducidad de la póliza por falta de pago o no renovación de la misma La decisión a la que se refiere el punto a) del inciso precedente, será comunicada al Asegurador y el contrato de seguro quedará finalizado a partir de la hora cero del día siguiente a la fecha en que la decisión sean comunicados al Asegurador.

Artículo 13 – DESIGNACIÓN Y CAMBIO DE BENEFICIARIOS

1. En principio se consideran beneficiarios en caso de siniestro los derecho habientes de la persona fallecida, declarados judicialmente como tales. Si el Asegurado optara por designar beneficiarios deberá hacerlo por escrito, comunicándolo al Contratante en los formularios que al efecto proveerá el Asegurador, la designación de beneficiarios prevalecerá sobre el derecho habiente del causante.

2. Se tendrá como Beneficiario a la persona o personas designadas por el Asegurado en cada caso. Dicha designación deberá ser aceptada por el Asegurador.

3 .Designadas varias personas sin indicación de cuota parte se entiende que el beneficio se distribuirá por partes iguales. Cuando se designe a los hijos se entiende a los concebidos y los sobrevivientes al tiempo de ocurrir el evento previsto.

4. Cuando se designe a los herederos, se entenderá por tales a los que surjan del certificado de resultancias de autos y en las proporciones allí establecidas. En caso de dudas sobre la identidad de los herederos o sobre la proporción de las sumas a distribuir, el Asegurador podrá solicitar que se determine judicialmente a quienes debe pagarse y en que proporciones debe hacerlo.

5. El Asegurador no será responsable de cualquier demora en el pago del beneficio derivada de la determinación de la identidad de los Beneficiarios. Si se hubiere otorgado testamento, se tendrá por designados a los herederos instituidos en el mismo. Si los herederos instituidos en el testamento fueran los herederos legales y no se hubiere fijado proporción alguna, el beneficio se distribuirá conforme a la cuota hereditaria. 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.

6. Pierde todo derecho el Beneficiario que provoca deliberadamente la muerte del Asegurado con un acto ilícito.

7. El Asegurado podrá cambiar en cualquier momento al Beneficiario, salvo que la designación sea a título oneroso o irrevocable. Para que el cambio de Beneficiario surta efecto frente al Asegurador, es indispensable que ésta sea fehacientemente notificada dirigiendo a sus oficinas la comunicación escrita respectiva.

8. En caso de imposibilidad de abonar el seguro por duda sobre la designación o cambio de Beneficiario, o duda en cuanto a los herederos legales, el Asegurador consignará judicialmente el importe en la forma que corresponda según la situación que se presentara dejando así librada a resolución judicial la determinación de la persona o personas beneficiarias.

9. El Asegurador quedará liberado, si actuando diligentemente hubiere pagado la suma asegurada a los Beneficiarios designados con anterioridad a la recepción de cualquier notificación que modificare esa designación. 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 dio lugar a la designación ni por las cuestiones que se susciten con motivo de esa designación.

Artículo 14 – LIQUIDACIÓN POR FALLECIMIENTO.

RECLAMOS. Información requerida

Ocurrido el fallecimiento de un Asegurado durante la vigencia de esta póliza y de la cobertura individual respectiva, en conocimiento del hecho, el Contratante o Beneficiario hará dentro del plazo máximo de 30 días la correspondiente comunicación al Asegurador en el formulario que ésta proporciona al efecto, el que irá acompañado del testimonio de la partida de defunción del asegurado; testimonio de nacimiento para acreditar la fecha de nacimiento del Asegurado; de una declaración del médico que haya asistido al asegurado o certificado su muerte, si lo hubiere; copia de historia la clínica y declaración del testimonio de cualquier actuación sumarial que hubiere instruido con motivo del hecho determinante de la muerte, salvo que razones procesales lo impidieran.

Asimismo, se proporcionará al Asegurador cualquier información que solicite para verificar el fallecimiento y las circunstancias que rodean al mismo y se le permitirá realizar las indagaciones que sean necesarias a tal fin, siempre que sean razonables.

Aprobada esta documentación, el Asegurador pondrá el importe del capital asegurado a disposición del beneficiario o los beneficiarios, comunicando previamente dichas

circunstancias al Contratante. No existiendo impedimentos que obsten a la aprobación de la documentación, los que serán informados a los beneficiarios reclamantes dentro de los 10 días de su constatación, el Asegurador hará efectivo el pago de la liquidación en un plazo no mayor de 90 días siguientes al recibo de la documentación.

En caso que se comprobare que la edad del Asegurado fuera mayor que la declarada, pero no sobrepasare el límite previsto por el Asegurador, el capital individual asegurado y demás valores acordados por esta póliza se reducirán proporcionalmente a la relación que guarda la prima pagada respecto a la prima que hubiera correspondido a la edad verdadera, según tarifa vigente a la fecha de emisión de la póliza.

Si la edad verdadera resultase menor que la declarada, el Asegurador restituirá al Asegurado el excedente de las primas pagas (o en caso de fallecimiento a sus beneficiarios) y reajustará las primas a vencer.

Cuando se comprobare que a la fecha de contratación de la póliza, el Asegurado era una persona no asegurable se procederá de acuerdo con las normas sobre reticencia o falsa declaración indicadas en esta póliza.

Artículo 15 – DECLARACIONES PRELIMINARES

Esta póliza se emite según las declaraciones del Contratante y de los Asegurados consignados en sus respectivas solicitudes, en los cuestionarios relativos a su salud y en el informe del médico examinador cuando lo hubiere, los cuales son la causa determinante del contrato. Dichas declaraciones se entienden dadas y certificadas como verdaderas y completas por el Contratante y los Asegurados. Toda declaración falsa o toda reticencia parcial o total de circunstancias o información conocidas por el Contratante o por los Asegurados, aún hechas de buena fe, que a juicio de los peritos, hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones si la Compañía Aseguradora hubiese sido cerciorada del verdadero estado de riesgo, hace nulo el contrato.

Cuando la reticencia no dolosa es alegada, el Asegurador, a su exclusivo juicio puede anular el contrato restituyendo el valor de rescate o reajustarlo, con la conformidad del Asegurado, al verdadero estado del riesgo. En caso de que este ajuste implique reducir el Beneficio por Fallecimiento o a un monto inferior al Capital Mínimo aceptado para el plan, se procederá a ajustar el importe de las primas de acuerdo con la edad correcta y el Beneficio contratado, debiendo el Contratante reponer las diferencias de prima impagas.

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

Artículo 16 – RIESGOS CUBIERTOS

1. Esta póliza cubre el riesgo de fallecimiento del Asegurado con sujeción a las Condiciones Generales y Particulares del contrato.
2. El Asegurado está cubierto por esta póliza sin restricciones en cuanto a residencia y viajes que puede realizar, dentro o fuera del país, sujeto a las exclusiones que al respecto puedan contemplarse en las Condiciones Generales y Particulares.
3. Todas las ampliaciones de cobertura o agregación de beneficiarios bajo cláusulas especiales deberán considerarse como adicionales a la cobertura básica, debiendo necesariamente constar en las Condiciones Particulares o anexo de las mismas.

Artículo 17 – RIESGOS NO CUBIERTOS - EXCLUSIONES

El Asegurador no pagará la indemnización cuando el fallecimiento de un Asegurado se produjera, directa o indirectamente, 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), intervención en la prueba de prototipos de aviones, automóviles u otros vehículos de propulsión mecánica.
- b) Práctica o utilización de la aviación, salvo como pasajero en servicios de transporte aéreo regular.
- c) Intervención en otras ascensiones aéreas o en operaciones o viajes submarinos.
- d) Guerra, guerra civil, u hostilidades bélicas con o sin declaración de guerra.
- e) Suicidio, autolesión o automutilación salvo que la cobertura individual haya estado en vigor ininterrumpidamente al menos por dos años antes del hecho, contados desde la emisión de la cobertura respectiva o desde su última rehabilitación. Los aumentos de capital solicitados por el Asegurado, que se hayan concedido en los últimos dos años anteriores al fallecimiento no se considerarán a los efectos de calcular la indemnización prevista por esta cláusula; el Asegurador reintegrará las primas pagadas correspondientes a dichos aumentos.
- f) Exposición voluntaria a un peligro cierto (a excepción de que sea por salvar vidas humanas).
- g) Desempeño de las profesiones de acróbata, buzo, jockey y domador de potros o fieras y de tareas con manipuleo de explosivos o con exposición a radiaciones atómicas, salvo pacto en contrario. Escalamiento de montañas o práctica de paracaidismo o aladeltismo.

- h) Participación en empresa criminal tipificada por la ley.
- i) Acontecimientos catastróficos originados por la energía atómica.
- j) Consumo de drogas, a menos que estas hayan sido indicadas por un médico y no para el tratamiento de drogadicción)
- k) Abuso de alcohol o narcóticos y consumo de drogas, enervantes, estimulantes o similares, excepto que fueran utilizados bajo prescripción médica.
- l) Duelo o riña, salvo que se trate de legítima defensa.
- m) Actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando la Vida Asegurada hubiera participado como elemento activo.
- n) Guerra que no comprenda a la Nación Uruguaya; en caso de comprenderla, las obligaciones del Tomador y de las Vidas Aseguradas así como las del Asegurador, se regirán por las normas que, en tal emergencia, dictaren las autoridades competentes.
- o) Acto ilícito provocado deliberadamente por el Contratante y por el importe que pudiera corresponderle como beneficiario del seguro. La indemnización correspondiente al Contratante que provoque deliberadamente la muerte de la Vida Asegurada se abonará a los herederos legales de la Vida Asegurada.
- p) Actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por ninguna necesidad profesional, salvo en caso de tentativa de salvamento de vidas o bienes.
- q) Intervenciones médicas ilícitas.
- r) En los seguros de vida de un tercero, la muerte promovida deliberadamente por el acto ilícito del contratante.

Artículo 18 – ENFERMEDADES PREEXISTENTES

Esta póliza no cubre el riesgo de fallecimiento cuando este sea consecuencia de enfermedades diagnosticadas, o de las cuales el Asegurado tuviera conocimiento, con anterioridad a la fecha de comienzo de la cobertura individual respectiva, salvo que hubieren sido comunicadas al Asegurador previamente a la vigencia de la cobertura y mediara aceptación de este.

Artículo 19 – RESCISIÓN DE ESTA PÓLIZA

Sin perjuicio de las demás causales de terminación 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, salvo estipulación en contrario.

Artículo 20 – TERMINACION DE LA COBERTURA

La Cobertura finalizará en la primera de las siguientes fechas:

- a) Aquella en que sea alcanzada la Edad o Fecha de Finalización indicada en las Condiciones Particulares, y el Contratante manifestara su intención de no renovar el plazo de la póliza, pero nunca más allá de la fecha de finalización del año-póliza en que el Asegurado cumpla 70 años de edad
- b) Aquella en que el Contratante solicite anulación de la cobertura en forma fehaciente desde el momento en que el Asegurador reciba notificación por escrito por parte del Asegurado.
- c) Aquella en que ocurra el fallecimiento del Asegurado en cuyo caso los Beneficiarios designados recibirán el Beneficio por Fallecimiento que corresponda.
- d) Aquella en que el período de gracia concedido según lo establecido en el apartado correspondiente, terminase sin que el Contratante regularice su situación deudora.

Cuando el Contratante decida por su voluntad dejar sin efecto la cobertura de la póliza, deberá comunicarlo al Asegurador por un medio fehaciente, dentro de los primeros 15 días de cada mes.

Producida la rescisión y/o finalización de la póliza, las Cláusulas Adicionales contratadas serán dadas de baja en forma automática en la misma fecha de la rescisión y/o finalización, finalizando los derechos y obligaciones entre las partes, excepto las obligaciones pendientes por parte de la compañía.

Artículo 21 – REHABILITACIÓN

Solo en el caso en que la póliza hubiese caducado por falta de pago, el Contratante podrá solicitar su rehabilitación, antes de cumplidos los 3 años de realizado el último pago de prima. La rehabilitación de la póliza tendrá por objeto restituir el contrato a sus términos originarios. Los requisitos que debe cumplir el Contratante para que la póliza pueda ser rehabilitada son los siguientes:

- a) Ofrecer evidencias de asegurabilidad sobre el Asegurado que sean satisfactorias a juicio del Asegurador, siendo a cargo del solicitante los gastos que pudiera originar esta comprobación.
- b) Regularizar la situación deudora que se mantiene con el Asegurador, originada en la emisión de pago de las primas, más los intereses que la Compañía estuviese utilizando en ese momento para refinanciar la deuda.

Cumplidas estas condiciones la póliza quedará rehabilitada a partir del día primero del mes siguiente a aquél en que el Asegurador haya aprobado la solicitud de rehabilitación.

La sola entrega al Asegurador del valor equivalente a la prima vencida, no producirá el efecto de rehabilitar automáticamente la póliza. La rehabilitación de la póliza solamente se producirá una vez que la el Asegurador acepte la solicitud de rehabilitación.

El rechazo de la solicitud sólo generará la obligación del Asegurador de devolver las sumas recibidas por la solicitud de la rehabilitación que fue rechazada, sin generar ningún tipo de responsabilidad para la misma.

Artículo 22 – RENOVACIÓN AUTOMÁTICA

A la fecha de finalización de la Cobertura, el Asegurador procederá a su renovación en forma automática, salvo que previamente proceda alguna de las situaciones previstas en el “Artículo 20. Terminación de la Cobertura”, sin exigir requisitos de asegurabilidad adicionales.

La renovación automática será factible hasta la Fecha de última Renovación posible indicada en las Condiciones Particulares y será por el mismo plazo y por la misma Suma Asegurada en que ha sido contratada la Cobertura Inicial.

Una vez finalizado el período inicial de contratación de la cobertura y habiendo tenido lugar la renovación automática de la misma, el Asegurador ajustará el nivel de primas de acuerdo con la edad alcanzada por el Asegurado.

En caso que el Contratante decidiera no renovar la Cobertura, deberá comunicarlo por escrito al Asegurador.

Artículo 23 - CESIONES

Los derechos emergentes de esta póliza son intransferibles. Toda cesión o transferencia se considerará nula y sin efecto alguno.

Artículo 24 – DUPLICADO DE PÓLIZA– COPIAS

En caso de robo, pérdida o destrucción de la póliza, el Contratante o el Asegurado, respectivamente, podrá obtener su sustitución por un duplicado. Las modificaciones o suplementos que se incluyen en el duplicado, a pedido del Contratante o del Asegurado, según el caso, serán los únicos válidos. 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.

Artículo 25 – 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.

Artículo 26 – MODIFICACIÓN DE LA PÓLIZA

Toda modificación de la póliza, para que sea válida, deberá ser hecha por escrito por medio de un endoso firmado por los funcionarios autorizados del Asegurador. Artículo 27 – DOMICILIO El domicilio en el que las partes deben efectuar las denuncias, declaraciones y demás comunicaciones previstas en este contrato es el último declarado por ellas, por escrito a la otra parte, el que se considerará como válido a todos los efectos.

Artículo 28 – COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES Cualquier comunicación, declaración o notificación que tenga que hacerse entre el Asegurador y el Contratante, el Asegurado o sus Beneficiarios con motivo de esta póliza, deberá efectuarse por escrito mediante carta certificada u otro medio fehaciente, dirigida al domicilio del Contratante o Asegurado, en su caso, registrado en las Condiciones Particulares de esta póliza.

Artículo 29 – PRESCRIPCIÓN Las acciones fundadas en esta póliza 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.

Artículo 30 – JURISDICCIÓN En toda controversia judicial relativa a la presente póliza o a los documentos que le sean anexos, será de aplicación la ley uruguaya y tendrán competencia los tribunales de justicia del Uruguay.

CLÁUSULA ADICIONAL Nº1

INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE

1. Riesgos Cubiertos

El Asegurador concederá el beneficio que acuerda esta cláusula 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 continuado ininterrumpidamente por seis (6) meses como mínimo y se hubiera iniciado durante la vigencia de la presente cláusula y antes del inicio del año-póliza en que el Asegurado cumple sesenta y seis (66) años de edad. Se excluyen expresamente los casos que afecten al Asegurado en forma parcial o temporal. 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 los siguientes:

- a) la pérdida de la vista de ambos ojos de manera total e irrecuperable por tratamiento médico y/o quirúrgico.
- b) la amputación o inhabilitación completa de ambas manos o de ambos pies, o de una mano y de 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.
- c) la enajenación mental incurable.
- d) la parálisis general.

2. Beneficio

El Asegurador, comprobada la invalidez, abonará al asegurado una indemnización igual al capital asegurado vigente para la presente cláusula a la fecha de ocurrencia de la invalidez. El Capital Asegurado de la presente cláusula se indicará en las Condiciones Particulares, y podrá variar durante la vigencia de la póliza.

3. Carácter del Beneficio

El Beneficio acordado por invalidez es sustitutivo del capital asegurado que debiera liquidarse en caso de muerte del Asegurado, de modo que, con el pago de la indemnización por Invalidez Total y Permanente, el Asegurador quedará liberada de cualquier otra obligación con respecto a dicho Asegurado.

4. Riesgos No Cubiertos

Quedan excluidas de la cobertura de esta cláusula las consecuencias de:

- a) Los accidentes provocados intencionalmente por el asegurado o el beneficiario, el suicidio y sus tentativas, o heridas causadas a sí mismo en cualquier circunstancia.
- 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) Los accidentes sufridos por el asegurado en situación de enajenación mental o por estar embriagado o bajo los efectos de una droga o estupefacientes. A estos efectos se considerará que hay embriaguez cuando el grado alcohólico supere el máximo reglamentario autorizado el asegurado sea sancionado o condenado por esta causa.

d) Accidentes causados por: 1) Consecuencia de terremotos, maremotos, erupciones volcánicas; 2) Comisión de actos calificados como delitos penales, así como consecuencia de guerras, invasiones, hostilidades haya o no declaración de guerra, rebeliones; revoluciones; insurrección, usurpación de poder, terrorismo; 3) Directa o indirectamente por reacción e irradiación nuclear o contaminación radioactiva, el uso de armas o materiales y sustancias atómicas, biológicas, por ejemplo, bacteriológicas o químicas; ataques o intromisiones deliberadas en predios e instalaciones (por ejemplo centrales nucleares, plantas de reciclaje nuclear, plantas de almacenamiento, fábricas o partes de estas que conduzcan a la liberación de radiactividad...).

e) Participar como conductor o integrante de equipo en competencia y/o velocidad, con vehículos mecánicos o de tracción a sangre, o en justas hípicas (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) Los accidentes ocurridos durante escaladas a montañas que necesitan la utilización de cuerdas o guías.

j) Los accidentes que resulten de la práctica profesional de cualquier deporte.

k) Los accidentes ocurridos participando el asegurado en carreras o competiciones de cualquier tipo, excepto las carreras a pie, a nado o en regatas dentro de las dos millas marinas de la costa.

l) Inhalaciones de gases o envenenamiento de cualquier naturaleza.

m) Operación quirúrgica no motivada por accidente.

n) Actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por ninguna necesidad profesional, salvo en caso de tentativa de salvamento de vidas o bienes.

o) Acontecimientos catastróficos originados por la energía atómica.

5. Comprobación de la Invalidez

Corresponde al Contratante, Asegurado o a su representante:

a) Comunicar al Asegurador el accidente o la enfermedad y la existencia de la invalidez dentro de los tres (3) días de conocerla bajo pena de perder el derecho a ser

indemnizado, salvo que acredite caso fortuito o fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia;

b) Presentar al Asegurador las constancias médicas y/o testimoniales de su comienzo y causas que acrediten el grado de invalidez, como así también las constancias y pruebas que le diera origen;

c) Facilitar cualquier comprobación y aclaración que el Asegurador le requiera, incluso hasta dos exámenes médicos por facultativos designados por el Asegurador y con gastos a cargo de ésta.

6. Plazo de Prueba

El Asegurador, dentro de los noventa (90) días de recibidas y verificadas la denuncia y las constancias satisfactorias a que se refiere el punto anterior, deberá hacer saber al Contratante/Asegurado la resolución del beneficio instituido por la presente cláusula. 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 a doce (12) meses, a fin de confirmar el diagnóstico. La no contestación, por parte del Asegurador dentro del plazo establecido, significará automáticamente el reconocimiento del beneficio.

7. Valuación por Peritos

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 nombrar un tercero, quien previo examen del Asegurado, dictaminará al respecto. Los peritos serán designados dentro de los treinta días siguientes a la denuncia de invalidez. Todos los peritos dispondrán de 45 días a partir de su designación para extender el dictamen respectivo. 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 obligada a atenderlas.

8. Terminación de la Cobertura

La cobertura prevista en esta cláusula cesará en las siguientes circunstancias:

a) Al caducar la póliza por cualquier causa.

b) A partir del inicio del año-póliza en que el Asegurado cumple sesenta y seis (66) años de edad.

c) El primer día del mes siguiente en que la compañía haya recibido la notificación del Contratante solicitando la rescisión de la cobertura.

d) Al ocurrir la invalidez total y permanente del asegurado.

CLÁUSULA ADICIONAL N°2

INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL

1. Riesgos Cubiertos

El Asegurador concederá el beneficio que acuerda esta cláusula al Asegurado que fallezca a consecuencia de un accidente; siempre que la muerte se produzca dentro de los ciento ochenta (180) días de ocurrido el accidente y éste haya ocurrido durante la vigencia de la presente cláusula adicional y antes del inicio del año-póliza en que el Asegurado cumple sesenta y seis (66) años de edad. A los efectos de esta Cláusula Adicional, se considera accidente a toda lesión corporal producida directa y exclusivamente por causas externas, violentas y fortuitas ajenas a toda otra causa e independientes de la voluntad del Asegurado, descartándose, por lo tanto, las enfermedades e infecciones de cualquier naturaleza, como así también la denominada muerte súbita, el accidente cardiovascular y el accidente cerebrovascular.

2. Beneficios

El Asegurador, comprobado el fallecimiento del Asegurado por accidente, abonará a los beneficiarios una indemnización igual al capital asegurado vigente para la presente cláusula a la fecha de ocurrencia del accidente. El Capital Asegurado de la presente cláusula se indicará en las Condiciones Particulares.

3. Carácter del beneficio

La indemnización por accidente es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la póliza y, en consecuencia, el Asegurador no hará, por tal concepto, deducción alguna de la suma asegurada a pagar por la cobertura principal.

4. Riesgos No cubiertos

Quedan excluidas de la cobertura de esta cláusula las consecuencias de:

- a) Los accidentes provocados intencionalmente por el asegurado o el beneficiario, el suicidio y sus tentativas, o heridas causadas a sí mismo en cualquier circunstancia.
- 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) Los accidentes sufridos por el asegurado en situación de enajenación mental o por estar embriagado o bajo los efectos de una droga o estupefacientes. A estos efectos se considerará que hay embriaguez cuando el grado alcohólico supere el máximo reglamentario autorizado el asegurado sea sancionado o condenado por esta causa.
- d) Accidentes causados por: 1) Consecuencia de terremotos, maremotos, erupciones volcánicas; 2) Comisión de actos calificados como delitos penales, así como

consecuencia de guerras, invasiones, hostilidades, haya o no declaración de guerra, rebeliones; revoluciones; insurrección, usurpación de poder, terrorismo; 3) Directa o indirectamente por reacción e irradiación nuclear o contaminación radioactiva, el uso de armas o materiales y sustancias atómicas, biológicas, por ejemplo, bacteriológicas o químicas; ataques o intromisiones deliberadas en predios e instalaciones (por ejemplo centrales nucleares, plantas de reciclaje nuclear, plantas de almacenamiento, fábricas o partes de estas que conduzcan a la liberación de radiactividad...).

e) Participar como conductor o integrante de equipo en competencia y/o velocidad, con vehículos mecánicos o de tracción a sangre, o en justas hípicas (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) Los accidentes ocurridos durante escaladas a montañas que necesitan la utilización de cuerdas o guías.

j) Los accidentes que resulten de la práctica profesional de cualquier deporte.

k) Inhalaciones de gases o envenenamiento de cualquier naturaleza.

l) Operación quirúrgica no motivada por accidente.

m) Actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por ninguna necesidad profesional, salvo en caso de tentativa de salvamento de vidas o bienes.

n) Acontecimientos catastróficos originados por la energía atómica.

o) Fallecimiento que sea consecuencia de enfermedades o infecciones de cualquier naturaleza, no causadas por el propio accidente.

5. Comprobación del Accidente

Corresponde al Contratante, o al Beneficiario instituido:

a) Denunciar el accidente dentro de los quince (15) días de la fecha en que haya ocurrido bajo pena de perder el derecho a ser indemnizado, salvo que acredite caso fortuito o fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia;

b) Suministrar al Asegurador las pruebas sobre la fecha y la causa del accidente como acerca de la manera y del lugar en que se produjo así como también los certificados

expedidos por los profesionales médicos que asistieron o asisten al Asegurado, expresando las causas y naturaleza de las lesiones sufridas y sus consecuencias conocidas o presuntas;

c) Facilitar cualquier comprobación o aclaración que la Compañía les requiera, incluso hasta dos exámenes médicos por facultativos designados por la Compañía y con gastos a cargo de ésta.

d) Adoptar todas las medidas posibles conducentes a disminuir las consecuencias del accidente. El Asegurador se reserva el derecho de gestionar la exhumación del cadáver y practicar la autopsia en presencia de uno de sus facultativos, con gastos a cargo de la misma. El Beneficiario prestará su conformidad y su concurso para la obtención de las correspondientes autorizaciones para realizarla, siempre y cuando tenga las posibilidades

6. Valuación por Peritos

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 nombrar un tercero, quien previo examen del Asegurado, dictaminará al respecto. Los peritos serán designados dentro de los treinta días siguientes a la denuncia de invalidez. Todos los peritos dispondrán de 45 días a partir de su designación para extender el dictamen respectivo. 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 obligada a atenderlas.

7. Terminación de la Cobertura

La cobertura prevista en esta cláusula cesará en las siguientes circunstancias: a) Al caducar la póliza por cualquier causa. b) A partir del inicio del año-póliza en que el Asegurado cumple sesenta y seis (66) años de edad. c) El primer día del mes siguiente en que la compañía haya recibido la notificación del Contratante solicitando la rescisión de la cobertura. d) Al ocurrir el fallecimiento del asegurado.

CLÁUSULA ADICIONAL N°3

INDEMNIZACIÓN ADICIONAL DE PÉRDIDAS PARCIALES POR ACCIDENTE

1. Riesgos Cubiertos

El Asegurador concederá el beneficio que acuerda esta cláusula al Asegurado que sufra las consecuencias de un accidente indemnizable; siempre que éstas se produzcan dentro de los ciento ochenta (180) días de ocurrido el accidente y éste haya ocurrido durante la vigencia de la presente cláusula y antes del inicio del año-póliza en que el Asegurado cumple sesenta y seis (66) años de edad.

A los efectos de esta Cláusula Adicional, se considera accidente indemnizable a toda lesión corporal producida directa y exclusivamente por causas externas, violentas y fortuitas ajenas a toda otra causa e independientes de la voluntad del Asegurado, descartándose, por lo tanto, las enfermedades e infecciones de cualquier naturaleza, como así también la denominada muerte súbita, el accidente cardiovascular y el accidente cerebrovascular.

2. Beneficios

El Asegurador, comprobado el accidente, abonará al Asegurado el porcentaje del capital asegurado vigente para la presente cláusula a la fecha del accidente que establece la escala siguiente:

a) De la vista de ambos ojos	100%
b) De ambos brazos o de ambas manos	100%
c) De ambas piernas o de ambos pies	100%
d) De un brazo y una mano	100%
e) De una pierna y una mano	100%
f) Del brazo o de la mano derecha	60%
g) Del brazo o de la mano izquierda	50%
h) De una pierna o de un pie	50%
i) De un solo ojo	35%
j) Del pulgar de la mano derecha	18%
k) Del pulgar de la mano izquierda	16%
l) Del índice de la mano derecha	14%
m) Del índice de la mano izquierda	12%
n) Del meñique de la mano derecha	12%
o) Del meñique de la mano izquierda	10%
p) Del medio o anular de la mano derecha	8%
q) Del medio o anular de la mano izquierda	6%
r) Del pulgar del pie	5%
s) De cualquier otro dedo del pie	3%

Se deja expresamente establecido que:

- a) Por pérdida total se entiende la que tiene lugar por la amputación o por la inhabilitación completa y definitiva del órgano o miembro lesionado.
- b) Por las falanges, solamente la separación completa será considerada como pérdida, correspondiendo la siguiente indemnización: por la pérdida de una falange del pulgar, la mitad y por la pérdida de una falange de cualquier otro dedo, un tercio del porcentaje fijado por la pérdida del dedo entero.
- c) De las indemnizaciones que correspondan por pérdida de una mano o de un pie, se deducirán las que se hubiesen abonado por la pérdida de dedos o falanges.
- d) En caso de constar en la solicitud o declaración personal que el Asegurado es zurdo, los porcentajes de las indemnizaciones se modificarán y aplicarán respetándose esta característica particular del Asegurado.
- e) El monto máximo de las indemnizaciones por uno o más accidentes queda limitado al 100% de la suma asegurada vigente.
- f) En 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 de 80% o más, se pagará la indemnización máxima prevista por esta cobertura.
- g) Si las consecuencias de un accidente ya indemnizado se agravaren, y durante el transcurso de los doce meses siguientes a la fecha del accidente, ocasionaren otra u otras pérdidas, el Asegurador pagará cualquier diferencia que pudiere corresponder, sin excederse del máximo de la cobertura.

3. Carácter del Beneficio

El Beneficio acordado por esta cláusula es sustitutivo del capital asegurado que debiera liquidarse en caso de muerte del Asegurado, de modo que, con el pago de la indemnización por Pérdidas Parciales, el Asegurador quedará liberada de cualquier otra obligación con respecto a dicho Asegurado.

4. Riesgos No Cubiertos

Quedan excluidos de la cobertura de esta cláusula los accidentes que sean consecuencia de:
Quedan excluidas de la cobertura de esta cláusula las consecuencias de:

- a) Los accidentes provocados intencionalmente por el asegurado o el beneficiario, el suicidio y sus tentativas, o heridas causadas a sí mismo en cualquier circunstancia.
- 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) Los accidentes sufridos por el asegurado en situación de enajenación mental o por estar embriagado o bajo los efectos de una droga o estupefacientes. A estos efectos se considerará que hay embriaguez cuando el grado alcohólico supere el máximo reglamentario autorizado el asegurado sea sancionado o condenado por esta causa.

d) Accidentes causados por: 1) Consecuencia de terremotos, maremotos, erupciones volcánicas; 2) Comisión de actos calificados como delitos penales, así como consecuencia de guerras, invasiones, hostilidades, haya o no declaración de guerra, rebeliones; revoluciones; insurrección, usurpación de poder, terrorismo; 3) Directa o indirectamente por reacción e irradiación nuclear o contaminación radioactiva, el uso de armas o materiales y sustancias atómicas, biológicas, por ejemplo, bacteriológicas o químicas; ataques o intromisiones deliberadas en predios e instalaciones (por ejemplo centrales nucleares, plantas de reciclaje nuclear, plantas de almacenamiento, fábricas o partes de estas que conduzcan a la liberación de radiactividad...).

e) Participar como conductor o integrante de equipo en competencia y/o velocidad, con vehículos mecánicos o de tracción a sangre, o en justas hípicas (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) Por embarazo o maternidad, alumbramiento o la pérdida que resulta del mismo que sea causado o acelerado por el accidente.

i) Intervenir en otras ascensiones aéreas o en operaciones o viajes submarinos.

j) Los accidentes ocurridos durante escaladas a montañas que necesitan la utilización de cuerdas o guías.

k) Los accidentes que resulten de la práctica profesional de cualquier deporte.

l) Inhalaciones de gases o envenenamiento de cualquier naturaleza.

m) Operación quirúrgica no motivada por accidente.

n) Actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por ninguna necesidad profesional, salvo en caso de tentativa de salvamento de vidas o bienes.

o) Acontecimientos catastróficos originados por la energía atómica.

5. Comprobación del Accidente

Corresponde al Contratante, Asegurado o al Beneficiario instituido: a) Denunciar el accidente dentro de los quince (15) días de la fecha en que haya ocurrido bajo pena de perder el derecho a ser indemnizado, salvo que acredite caso fortuito o fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia; b) Suministrar al Asegurador las pruebas sobre la fecha y la causa del accidente como acerca de la manera y del lugar

en que se produjo así como también los certificados expedidos por los profesionales médicos que asistieron o asisten al Asegurado, expresando las causas y naturaleza de las lesiones sufridas y sus consecuencias conocidas o presuntas; c) Facilitar cualquier comprobación o aclaración que el Asegurador les requiera, incluso hasta dos exámenes médicos por facultativos designados por la Compañía y con gastos a cargo de ésta. d) Adoptar todas las medidas posibles conducentes a disminuir las consecuencias del accidente.

6. Valuación por Peritos

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 nombrar un tercero, quien previo examen del Asegurado, dictaminará al respecto. Los peritos serán designados dentro de los treinta días siguientes a la denuncia de invalidez. Todos los peritos dispondrán de 45 días a partir de su designación para extender el dictamen respectivo. 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 obligada a atenderlas.

7. Terminación de la Cobertura

La cobertura prevista en esta cláusula cesará en las siguientes circunstancias:

- a) A partir del momento en que el Asegurado haya recibido, por aplicación de esta cláusula, el máximo de cobertura previsto en el punto 2.
- b) Al caducar la póliza por cualquier causa.
- c) A partir del inicio del año-póliza en que el Asegurado cumple sesenta y seis (66) años de edad.
- d) El primer día del mes siguiente en que el Asegurador haya recibido la notificación del Contratante solicitando la rescisión de la cobertura.

CLÁUSULA ADICIONAL Nº4

INDEMNIZACIÓN ADICIONAL DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE

1. Riesgos Cubiertos

El Asegurador concederá el beneficio que acuerda esta cláusula al Asegurado cuyo estado de invalidez total y permanente, como consecuencia de un accidente, no le permita desempeñar por cuenta propia o en relación de dependencia cualquier actividad remunerativa, siempre que tal estado haya continuado ininterrumpidamente por seis (6) meses como mínimo y se hubiera iniciado durante la vigencia de la presente cláusula y antes del inicio del año póliza en que el Asegurado cumple sesenta y seis (66) años de edad. Se excluyen expresamente los casos que afecten al Asegurado en forma parcial o temporal y aquellas que sean consecuencia

de enfermedades o infecciones de cualquier naturaleza, como así también el accidente cardiovascular y el accidente cerebrovascular. Se considerarán sólo aquellas lesiones corporales producidas directa y exclusivamente por causas externas, violentas y fortuitas, ajenas a toda otra causa e independientes de su voluntad.

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 los siguientes:

- a) La pérdida de la vista de ambos ojos de manera total e irrecuperable por tratamiento médico y/o quirúrgico.
- b) La amputación o inhabilitación completa de ambas manos o de ambos pies, o de una mano y de 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.
- c) La enajenación mental incurable. d) La parálisis general.

2. Beneficio

El Asegurador, comprobada la invalidez, abonará al asegurado una indemnización igual al capital asegurado vigente para la presente cláusula a la fecha de ocurrencia de la invalidez. El Capital Asegurado de la presente cláusula se indicará en las Condiciones Particulares.

3. Carácter del Beneficio

El Beneficio acordado por invalidez es sustitutivo del capital asegurado que debiera liquidarse en caso de muerte del Asegurado, de modo que, con el pago de la indemnización por Invalidez Total y Permanente por accidente, la Compañía quedará liberada de cualquier otra obligación con respecto a dicho Asegurado.

4. Riesgos

No Cubiertos Quedan excluidas de la cobertura de esta cláusula las consecuencias de:

- a) Los accidentes provocados intencionalmente por el asegurado o el beneficiario, el suicidio y sus tentativas, o heridas causadas a sí mismo en cualquier circunstancia.
- b) La muerte producida a personas menores de 14 años.
- c) Accidentes causados por: 1) Consecuencia de terremotos, maremotos, erupciones volcánicas; 2) Comisión de actos calificados como delitos penales, así como consecuencia de guerras, invasiones, hostilidades, haya o no declaración de guerra, rebeliones; revoluciones; insurrección, usurpación de poder, terrorismo; 3) Directa o indirectamente por reacción e irradiación nuclear o contaminación radioactiva, el uso de armas o materiales y sustancias atómicas, biológicas, por ejemplo, bacteriológicas o químicas; ataques o intromisiones deliberadas en predios e instalaciones (por ejemplo centrales nucleares, plantas de reciclaje

nuclear, plantas de almacenamiento, fábricas o partes de estas que conduzcan a la liberación de radiactividad...).

d) Los accidentes sufridos por el asegurado en situación de enajenación mental o por estar embriagado o bajo los efectos de una droga o estupefacientes. A estos efectos se considerará que hay embriaguez cuando el grado alcohólico supere el máximo reglamentario autorizado el asegurado sea sancionado o condenado por esta causa.

e) Por embarazo o maternidad, alumbramiento o la pérdida que resulta del mismo que sea causado o acelerado por el accidente.

f) Los accidentes que resulten de la práctica profesional de cualquier deporte;

g) Los accidentes ocurridos participando el asegurado en carreras o competiciones de cualquier tipo, excepto las carreras a pie, a nado o en regatas dentro de las dos millas marinas de la costa.

h) Los accidentes ocurridos viajando en avión o cualquier otro aparato de navegación aérea, al menos que viaje con pasaje en aviones debidamente autorizados para el transporte de pasajeros. En este último caso, quedan excluidos de la cobertura los accidentes viajando como miembro de la tripulación o con el fin de realizar trabajos desde los mismos, tales como fotografías aéreas, fumigación u otros semejantes.

i) Los accidentes ocurridos durante escaladas a montañas que necesitan la utilización de cuerdas o guías, o en descensos submarinos o cuevas terrestres de más de 50 metros de profundidad.

j) Toda consecuencia derivada del infarto miocárdico o enfermedades de cualquier tipo.

k) Por peleas o riñas salvo aquellos casos en que se establezca judicialmente que se ha tratado de legítima defensa.

l) Por anomalías congénitas y condiciones que surjan o resulten de ellas.

m) Como resultado de cualquier enfermedad directa o indirectamente atribuible a VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) o cualquier enfermedad relacionada al VIH, incluyendo SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirido) o cualquier mutación derivada o variación causada por el VIH. *

* Si el Asegurador aduce la existencia de S.I.D.A., el Asegurado deberá presentar la certificación médica

5. Comprobación de la Invalidez

Corresponde al Contratante, Asegurado o a su representante:

a) Denunciar la existencia de la invalidez

b) Presentar las constancias médicas o testimoniales de su comienzo y causas

c) Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta dos exámenes médicos por facultativos designados por la Compañía y con gastos de cargo de ésta.

d) Informes judiciales y de médico forense, si los hubiera, sobre las causas de la invalidez.

6. Plazo de Prueba

El Asegurador, dentro de los noventa (90) días de recibidas y verificadas la denuncia y las constancias satisfactorias a que se refiere el punto anterior, deberá hacer saber al Contratante/Asegurado la resolución del beneficio instituido por la presente cláusula.

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 a doce (12) meses, a fin de confirmar el diagnóstico.

7. Valuación por Peritos

Si en la apreciación de la invalidez del Asegurado surgieran divergencias entre su médico y el designado por la el Asegurador, ambos procederán de inmediato a nombrar un tercero, quien previo examen del Asegurado, dictaminará al respecto. Los peritos serán designados dentro de los treinta días siguientes a la denuncia de invalidez. Todos los peritos dispondrán de 45 días a partir de su designación para extender el dictamen respectivo. 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 obligada a atenderlas.

8. Terminación de la Cobertura

La cobertura prevista en esta cláusula cesará en las siguientes circunstancias:

a) Al caducar la póliza por cualquier causa.

b) A partir del inicio del año-póliza en que el Asegurado cumple sesenta y seis (66) años de edad.

c) El primer día del mes siguiente en que el Asegurador haya recibido la notificación del Contratante solicitando la rescisión de la cobertura.

d) Al ocurrir la invalidez total y permanente del asegurado.