

**CONDICIONES
GENERALES
DEL SEGURO DE VIDA
Y RIESGOS PERSONALES
SUPLEMENTARIOS**

CONTENIDO

I. DISPOSICIONES GENERALES. ELEMENTOS ESENCIALES DEL CONTRATO	5
II. LÍMITES DE COBERTURA Y PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN	6
III. OBLIGACIONES Y CARGAS DEL TOMADOR DEL SEGURO Y DEL ASEGURADO	12
IV. CASOS NO INDEMNIZABLES.....	15
V. DISPOSICIONES FINALES	16
CONDICIONES ESPECIALES PARA COBERTURA ADICIONAL DE RENTA DIARIA POR INCAPACIDAD TEMPORAL.....	19
ANEXO I	21

GLOSARIO

Aseguradora: Porto Seguro – Seguros del Uruguay S.A., persona jurídica que asume el riesgo contractualmente pactado.

Tomador del Seguro: persona que suscribe con la Aseguradora el contrato de seguro y que se obliga al pago del premio.

Asegurado: persona que asume las cargas, y en caso de corresponder, las obligaciones derivadas del contrato.

Beneficiario: persona designada para percibir la prestación a cargo de la Aseguradora en caso de ocurrencia del siniestro.

Solicitud de Contratación. Es el documento que contiene la declaración de los elementos esenciales del interés a ser garantizado y del riesgo, en que el tomador, expresa la intención de contratar una o varias coberturas.

Póliza – Contrato: conjunto de documentos que contienen las disposiciones reguladoras del seguro, y se compone por la Solicitud, las Condiciones Generales, Particulares y Especiales si las hubiere, así como por los endosos que se emitan con motivo de modificaciones de cualquiera de ellas, formalizando la aceptación de la cobertura solicitada por el Tomador. Los endosos se consideran parte de las condiciones particulares y/o especiales.

Carga: necesidad de obrar de acuerdo a lo previsto en la ley o el contrato, a los efectos de gozar de la cobertura de la Póliza, y cuya inobservancia determina la caducidad de dicha cobertura, respecto del riesgo de que se trate.

Caducidad: pérdida del derecho al cobro de la indemnización en un siniestro concreto, como consecuencia de la inobservancia de una carga legal o contractual.

Premio: Es el importe pagado por el Tomador a la

Aseguradora para garantizar el riesgo contratado, incluyendo impuestos.

Riesgo: es el acontecimiento futuro e incierto, de naturaleza súbita, involuntaria e imprevisible, descrito en las coberturas, y ocurrido durante la vigencia del seguro.

Siniestro: es la realización del riesgo.

Indemnización: suma que la Aseguradora abona como consecuencia de la ocurrencia de un siniestro cubierto por la Póliza.

Capital asegurado: cantidad fijada en las condiciones particulares y que constituye, en relación a cada riesgo, el límite máximo de indemnización a pagar por la Aseguradora en caso de siniestro al Asegurado o Beneficiario.

Carencia: es el período continuo, contado a partir del inicio de vigencia de la cobertura, durante el cual la aseguradora estará exenta de cualquier responsabilidad indemnizatoria y que figurará en las Condiciones Particulares.

Enfermedades y/o lesiones preexistentes y sus consecuencias: Son las enfermedades o lesiones, incluso las congénitas, contraídas por el Asegurado antes de la fecha de su adhesión al Seguro.

Médico asistente: Es el profesional legalmente habilitado para el ejercicio de la medicina. No serán aceptados como médicos asistentes el propio Asegurado, su cónyuge, sus dependientes, parientes consanguíneos o afines, en línea recta o colateral, amigos, aunque estén habilitados para el ejercicio de la medicina.

NYHA: Tabla funcional de la “New York Heart Association” que permite clasificar la extensión de la insuficiencia cardíaca congestiva.

Accidente Personal: A los fines de este seguro, se considera “accidente personal” al evento

GLOSARIO

con fecha cierta, exclusivamente, súbito e involuntario, causante de lesión física que por sí solo e independientemente de cualquier otra causa, tenga como consecuencia directa el fallecimiento o la invalidez permanente total o parcial del Asegurado o haga necesario un tratamiento médico.

A los efectos de esta póliza, se considerará a la muerte como ocurrida a consecuencia de un Accidente Personal, cuando el deceso sobrevenga a causa de éste y dentro del término de un año de acaecido el mismo.

No se incluyen en el concepto de accidente personal, a los fines de este Seguro:

a) Las enfermedades (incluidas las profesionales), cualesquiera sean sus causas, aunque sean provocadas, desencadenadas o agravadas, directa o indirectamente, por un accidente personal, exceptuándose las infecciones, estados septicémicos y embolias, resultantes de lesión visible causada como consecuencia de un accidente cubierto.

b) Las complicaciones resultantes de la realización de exámenes, tratamientos clínicos o quirúrgicos, cuando no se deriven de accidentes cubiertos.

c) Las lesiones derivadas, dependientes, pre-dispuestas o facilitadas por esfuerzos repetitivos

o microtraumas acumulativos, o que tengan relación de causa y efecto con los mismos, así como las lesiones clasificadas como: lesión por esfuerzos repetitivos, lesiones osteomusculares relacionadas con el trabajo, lesión por trauma continuo o continuo, los similares que sean aceptados por la clase médico-científica, así como sus consecuencias, postratamientos, incluso quirúrgicos en cualquier momento.

d) Las situaciones reconocidas por instituciones oficiales de previsión o semejantes, como "invalidez", en las cuales el evento que cause la lesión no sea un accidente personal definido en estas Condiciones Generales.

Actividad Profesional: Es la prestación de servicios de cualquier naturaleza, de la cual se pueden obtener los medios de subsistencia, mediante remuneración.

Examen médico: Es la evaluación realizada por un médico de la Aseguradora, a la cual el Asegurado se somete a los fines de la comprobación del siniestro.

Franquicia: Suma de dinero equivalente a los días de inactividad del Asegurado establecidos en estas Condiciones Generales o en las Condiciones Particulares, que no será abonada por la Aseguradora, siendo de cargo del Asegurado.

I. DISPOSICIONES GENERALES. ELEMENTOS ESENCIALES DEL CONTRATO

Art. 1 - Conocimiento de las disposiciones contractuales

El tomador del seguro y el Asegurado tienen la carga de leer atentamente las condiciones contenidas en este contrato, y deberán tener especialmente en cuenta que la cobertura contratada no ampara la totalidad de los riesgos a los que se ve expuesta persona asegurada, sino exclusivamente aquellos previstos, y no excluidos, en estas condiciones generales.

Art. 2 - Ley entre las partes contratantes

Las partes contratantes se someten a las disposiciones del presente contrato de seguro como a la Ley misma.

Este contrato garantiza el pago de las indemnizaciones por los riesgos contratados, de conformidad con lo establecido en las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza. En caso de discrepancia entre ambas, las Condiciones Particulares tienen preeminencia sobre las Generales.

Art. 3 - Buena fe

Las disposiciones de este contrato deberán ser cumplidas estrictamente de buena fe por todos los sujetos que resulten vinculados y/o beneficiados por el mismo.

Todos los sujetos involucrados tienen la obligación o la carga según el caso, de actuar con veracidad en cada una de las declaraciones que efectúen, cualquiera fuere la etapa en la que se presten. En ninguna hipótesis, una declaración que no se ajuste a la realidad, será considerada compatible con la obligación o carga mencionada, salvo causa extraña no imputable.

Art. 4 - Riesgo declarado

El tomador del seguro debe declarar en forma exacta, veraz y completa, todos los requerimientos indicados en la solicitud de seguro, así como toda otra circunstancia que incida en la delimitación del riesgo.

La Póliza es emitida en base a las declaraciones del tomador del seguro, por lo cual la falta de exactitud en la información brindada, **siempre que implique un retaceo de suministro de información** que posea incidencia en alguno de los elementos

esenciales del contrato de seguro, impedirá obtener la indemnización por la cobertura solicitada. El Asegurado tiene la carga de comunicar a la Aseguradora cualquier circunstancia que sea susceptible de modificar el estado del riesgo declarado en la Solicitud de seguro. La omisión en la ejecución de esta carga, cuando ello implique un agravamiento del riesgo, supondrá la pérdida del derecho a la cobertura brindada por la Póliza.

Art. 5 - Perfeccionamiento del contrato

Se considera perfeccionado el contrato de seguro cuando la propuesta de contratación, debidamente completada y firmada por el Tomador, es aceptada por la Aseguradora en el momento en que emite la respectiva póliza.

Art. 6 - Condiciones de aceptación de Asegurados

Para que la Aseguradora acepte el riesgo, será necesario completar obligatoriamente la Solicitud de contratación.

La aceptación ocurrirá con la emisión de la póliza en un plazo máximo de 15 días, pasado ese plazo se entenderá que la Solicitud de contratación no fue aceptada.

Art. 7 - Ámbito territorial

El presente contrato no tendrá límite territorial y regirá en todo el planeta, con excepción de la cobertura de Renta Diaria por Incapacidad Temporal, la cual queda limitada a eventos ocurridos en la República Oriental del Uruguay.

Art. 8 - Ámbito Temporal - Plazo del Seguro - Renovación Automática

La vigencia del seguro será de 1 (un) año y se renovará automáticamente al final de cada período, a condición de que la póliza que se renueva tenga el premio totalmente cancelado. El Tomador podrá rescindir el contrato en cualquier momento, debiendo abonar el premio correspondiente al tiempo transcurrido. Este contrato en ningún caso conferirá derecho a rescate de premio.

Art. 9 - Domicilio

El Tomador del seguro constituye domicilio especial a todos los efectos que emerjan del presente contrato, en el denunciado en la Solicitud de seguro, o en el último comunicado fehacientemente

a la Aseguradora. En caso de que el Tomador del seguro difiera de las figuras del Asegurado o Beneficiario, estos últimos tienen la carga de constituir domicilio ante la Aseguradora a los efectos de las gestiones que deban realizar ante la misma, en defecto de lo cual, se tendrá por válido el domicilio constituido por el Tomador.

Art. 10 – Riesgos asegurables

El tomador del seguro podrá solicitar las siguientes coberturas, las que se dividen en básica y adicionales:

Art. 10.1. Se considera Cobertura Básica, la Muerte.

La cobertura de Muerte puede ser contratada en forma separada, independientemente de cualesquiera de las coberturas adicionales.

Art. 10.2. Se consideran Coberturas Adicionales las siguientes:

- A) Muerte Accidental con Indemnización Complementaria.
- B) Invalidez Permanente Total o Parcial por Accidente.
- C) Aumento de porcentaje por pérdida de miembros.
- D) Gastos médico-hospitalarios y odontológicos.
- E) Anticipo especial por enfermedad irreversible y/o en fase terminal.
- F) Enfermedades graves.
- G) Diagnóstico de cáncer.
- H) Seguro educacional.
- I) Renta Diaria por Incapacidad Temporal.

Art. 11 – Condiciones de contratación

Al momento de contratar, deberán observarse las siguientes disposiciones:

a) Las coberturas previstas en los literales a), b), c), d) e i) del numeral precedente, amparan exclusivamente los riesgos derivados de un Accidente Personal.

b) A los efectos de la contratación de cualesquiera de las Coberturas Adicionales se requiere la contratación de la Cobertura Básica.

c) El capital asegurado por Anticipo Especial por Enfermedad es el mismo que el de la cobertura de Muerte, por lo cual no se acumula con éste.

d) La cobertura de Anticipo Especial por Enfermedad solamente puede ser contratada si la póliza ampara el riesgo de Invalidez Permanente

Total o Parcial por Accidente, con un capital mínimo del 100% de la cobertura de Muerte.

e) Los capitales asegurados por Muerte e Invalidez Permanente Total por Accidente no se acumulan como consecuencia de un mismo evento. Si previamente a la ocurrencia de la muerte se hubiere configurado el riesgo de Invalidez Permanente Total por Accidente, derivados de un mismo evento, el pago del siniestro tomará en consideración únicamente el capital de muerte, o Muerte Accidental con Indemnización Complementaria, si esta cobertura hubiese sido contratada.

f) Los capitales de Muerte y Enfermedades Graves y/o Diagnóstico de Cáncer son independientes. No obstante, en caso de ocurrir la Muerte dentro del término de un mes de diagnosticado el Cáncer o la Enfermedad Grave, se deducirá de la indemnización de Muerte el capital abonado por cualquiera de las otras dos coberturas.

II. LÍMITES DE COBERTURA Y PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

Art. 12 – Límite de responsabilidad

El Capital Asegurado fijado para cada cobertura en las condiciones particulares de la póliza será el límite máximo de responsabilidad de la Aseguradora en caso de indemnización.

El Asegurado no podrá alegar exceso de capital asegurado en una cobertura para compensar la eventual insuficiencia de otra.

Art. 13 – Coberturas y límites máximos de contratación

Al contratar el seguro, es obligatoria la inclusión de la Cobertura Básica.

13.1. Cobertura básica. Muerte

La indemnización en caso de muerte será abonada en una sola partida al Beneficiario indicado en la propuesta de contratación, siempre que el fallecimiento haya ocurrido durante la vigencia del seguro.

13.2. Coberturas adicionales

A) Muerte Accidental con Indemnización Complementaria.

Ampara un capital adicional equivalente al 100% (cien por ciento) del valor estipulado para la cobertura Básica de Muerte, en una sola partida, al

Beneficiario del Seguro indicado en la propuesta de contratación.

B) Invalidez Permanente Total o Parcial por Accidente.

Ampara el pago de la indemnización al propio Asegurado, relativo a la pérdida, la reducción o la impotencia funcional definitiva, total o parcial, de un miembro u órgano por lesión física, causada por accidente personal cubierto, siempre que esté terminado el tratamiento y agotados los recursos terapéuticos disponibles para la recuperación y, cuando en el momento del alta médica definitiva, la invalidez permanente esté evaluada y constatada.

Esta cobertura se regirá por las siguientes disposiciones:

1) Podrá ser contratada hasta 200%, considerando el capital asegurado de la Cobertura Básica.

2) El pago del capital asegurado corresponderá a los porcentajes descritos en la siguiente tabla, de acuerdo con el grado de invalidez permanente, siendo dicho porcentaje aplicado sobre el capital asegurado para esta cobertura.

3) La recomposición del capital asegurado es automática luego de cada accidente, sin el cobro de premio adicional, siempre que la invalidez sea parcial.

4) Si las funciones del miembro u órgano lesionado no estuvieran abolidas por completo, la indemnización por pérdida parcial tomará en cuenta el grado de reducción funcional presentado, lo cual se aplicará sobre el porcentaje previsto en la tabla que antecede, para su pérdida total.

5) En todos los casos de invalidez parcial no especificados en la tabla, el capital asegurado será establecido de acuerdo con la disminución permanente de la capacidad física del Asegurado (incapacidad genérica), independientemente de su profesión.

6) Cuando del mismo accidente resultara invalidez de más de un miembro u órgano, el capital asegurado será calculado sumándose los respectivos porcentajes, cuyo total no podrá exceder el 100% (cien por ciento) del capital asegurado previsto para dicha cobertura. De la misma forma, habiendo dos o más lesiones en un mismo miembro u órgano, la suma de los porcentajes correspondientes no podrá exceder el capital asegurado previsto para su pérdida total.

7) La pérdida o agravamiento de la reducción funcional de un miembro u órgano ya defectuoso antes del accidente, no da derecho a percibir la indemnización, salvo cuando sea previamente declarada por el Asegurado en el momento de contratación del seguro. En dichas condiciones, se deducirá del grado de la invalidez definitiva, el grado de invalidez preexistente debidamente comprobado, que deberá figurar en las condiciones particulares de la póliza.

8) La constatación de la Invalidez Permanente por Accidente se hará mediante declaración médica suscripta por profesional habilitado en su especialización y designado por la Aseguradora. La jubilación por invalidez concedida por instituciones oficiales de previsión o asemejadas, no configura por sí sola el estado de invalidez permanente.

Invalidez Permanente	Discriminación	%
TOTAL	Pérdida total de la visión de ambos ojos	100
	Pérdida total del uso de ambos miembros superiores	100
	Pérdida total del uso de ambos miembros inferiores	100
	Pérdida total del uso de ambas manos	100
	Pérdida total del uso de un miembro superior y un miembro inferior	100
	Pérdida total del uso de una de las manos y de uno de los pies	100
	Pérdida total del uso de ambos pies	100
	Alienación mental total incurable	100

Invalidez Permanente	Discriminación	%
PARCIAL DIVERSOS	Pérdida total de la visión de un ojo	30
	Pérdida total de la visión de un ojo, cuando el Asegurado ya no tenga la otra vista	70
	Sordera total incurable de ambos oídos	40
	Sordera total incurable de uno de los oídos	20
	Mudez incurable	50
	Fractura no consolidada del maxilar inferior	20
	Inmovilidad del segmento cervical de la columna vertebral	20
	Inmovilidad del segmento tóraco-lumbosacro de la columna vertebral	25

Invalidez Permanente	Discriminación	%
PARCIAL MIEMBROS SUPERIORES	Pérdida total del uso de uno de los miembros superiores	70
	Pérdida total del uso de una de las manos	60
	Fractura no consolidada de uno de los húmeros	50
	Fractura no consolidada de uno de los segmentos radiocubitales	30
	Anquilosis total de uno de los hombros	25
	Anquilosis total de uno de los codos	25
	Anquilosis total de uno de los puños	20
	Pérdida total del uso de uno de los pulgares, incluyendo el metacarpiano	25
	Pérdida total del uso de uno de los pulgares, excluyendo el metacarpiano	18
	Pérdida total del uso de la falange distal del pulgar	9
	Pérdida total del uso de uno de los dedos índices	15
	Pérdida total del uso de uno de los dedos meñiques o uno de los dedos medios	12
	Pérdida total del uso de uno de los dedos anulares	9
Pérdida total del uso de cualquier falange, excluyendo las del pulgar, indemnización equivalente a 1/3 del valor del dedo respectivo		

Invalidez Permanente	Discriminación	%	
PARCIAL MIEMBROS INFERIORES	Pérdida total del uso de uno de los miembros inferiores	70	
	Pérdida total del uso de uno de los pies	50	
	Fractura no consolidada de un fémur	50	
	Fractura no consolidada de uno de los segmentos de tibia y peroné	25	
	Fractura no consolidada de la rótula	20	
	Fractura no consolidada de un pie	20	
	Anquilosis total de una de las rodillas	20	
	Anquilosis total de uno de los tobillos	20	
	Anquilosis total de una cadera	20	
	Pérdida total de uno de los pies, esto es, pérdida de todos los dedos y de una parte del mismo pie	25	
	Amputación del 1er. (primer) dedo	10	
	Amputación de cualquier otro dedo	3	
	Pérdida total del uso de una falange del primer dedo, indemnización equivalente a 1/2, y de los demás dedos, equivalente a 1/3 del respectivo dedo		
	Acortamiento de uno de los miembros inferiores de 5 (cinco) centímetros o más	15	
	de 4 (cuatro) centímetros	10	
de 3 (tres) centímetros	6		
menos de 3 (tres) centímetros sin indemnización			

9) En los casos en que se haya indemnizado al asegurado por Invalidez Permanente Parcial por Accidente y éste posteriormente fallezca como consecuencia del mismo evento, se deducirá del capital asegurado el importe ya pagado por la Invalidez Permanente Parcial por Accidente.

C) Aumento de Porcentaje por Pérdida de Miembros

El Tomador del seguro podrá contratar el aumento de los porcentajes del capital asegurado de la cobertura de Invalidez Parcial por Accidente al 100% (cien por ciento), conforme se indica en la propuesta de contratación.

Son miembros pasibles de aumento:

a) Pérdida total de la visión del uso de un ojo, de 30% (treinta por ciento) aumentando a 100% (cien por ciento).

b) Pérdida total del uso de uno de los índices, de 15% (quince por ciento) aumentando a 100% (cien por ciento).

c) Pérdida total de uno de los pulgares, al nivel del metacarpiano, aumentando a 100% (cien por ciento).

d) Anquilosis total de uno de los codos de 25% (veinticinco por ciento) aumentando a 100% (cien por ciento).

Esta cobertura se extingue con el pago del capital asegurado de, por lo menos, uno de los miembros pasibles de aumento, permaneciendo inalteradas las demás coberturas contratadas.

D) Gastos Médico-hospitalarios y odontológicos

Ampara mediante reembolso los gastos en los que incurra el Asegurado para su tratamiento

médico-hospitalario y odontológico derivado de un Accidente Personal, siempre que se inicie en los treinta primeros días contados a partir de la fecha del evento, bajo orientación médica, incluyendo gastos diarios hospitalarios incluidos los derivados de internación domiciliaria necesarios para el restablecimiento del Asegurado.

El capital asegurado para la cobertura de gastos médico-hospitalarios y odontológicos, corresponderá al porcentaje del capital asegurado para la cobertura de muerte, según lo indicado en la propuesta de contratación.

El Asegurado podrá elegir los prestadores de servicios médico-hospitalarios y odontológicos, siempre que los mismos estén habilitados.

La comprobación de los gastos médico-hospitalarios y odontológicos deberá ser hecha mediante la presentación de los comprobantes originales de los gastos y de los informes del médico asistente. Los gastos efectuados en el exterior serán resarcidos en base al cambio oficial de venta de la fecha del efectivo pago realizado por el Asegurado, respetándose el límite de cobertura contratada, en el momento de la ocurrencia del siniestro. Esta cobertura no se recompone y se extingue con el agotamiento del capital asegurado contratado.

E) Anticipo Especial por Enfermedad Irreversible y/o en Fase Terminal

Ampara el pago del capital asegurado relativo a la cobertura de Muerte en forma anticipada, que será abonado al Asegurado, Curador o a quien lo represente jurídicamente, en los casos en que presente un cuadro clínico irreversible, en fase terminal, como consecuencia de las enfermedades cubiertas.

El capital asegurado de dicha cobertura corresponde al 100% del capital de la cobertura de muerte vigente en la fecha del evento cubierto y establecido en la propuesta de contratación. Con el pago de la indemnización correspondiente a esta cobertura adicional y del Seguro Educativo en los casos en que hubiera sido contratado, se cancelará la póliza.

Se considera cuadro clínico irreversible y/o en fase terminal aquel estado clínico gravísimo, sin perspectiva de recuperación del Asegurado, diagnosticado por el médico asistente del Asegurado, derivado de las hipótesis que se detallan a continuación:

I- Deficiencia visual, derivada de enfermedad:

a) Ceguera, en la cual la agudeza visual sea igual o menor a 0,05 en el mejor ojo, con la mejor corrección óptica.

b) Baja visión, que significa agudeza visual entre 0,3 y 0,05 en el mejor ojo, con la mejor corrección óptica.

c) Casos en los cuales la sumatoria de la medida del campo visual en ambos ojos sea igual o menor a 60°.

d) Ocurrencia simultánea de cualesquiera de las condiciones anteriores.

II- Coma irreversible por enfermedad, excepto derivada del uso de alcohol y drogas

Se entiende por coma el estado de inconsciencia sin respuesta a estímulos externos, persistiendo, continuamente, con las medidas de soporte de vida por un período de, por lo menos, 96 (noventa y seis) horas y resultante en déficits neurológicos permanentes.

III- Enfermedades Terminales

Se entiende por enfermedades terminales aquellas en fase avanzada, progresiva e incurable, sin posibilidades de respuestas a ninguna medida terapéutica, conocida y aplicada sin expectativa de cura o prolongamiento de la sobrevivencia, donde lo que se espera es el fallecimiento.

IV- Alienación mental derivada de enfermedad, manifestada y diagnosticada durante la vigencia del seguro

Se entiende por alienación mental, disturbo mental o neuromental grave y persistente, aquellas en que, agotados los medios habituales de tratamiento, haya alteración completa o considerable de la personalidad, volviendo al paciente total y permanentemente imposibilitado para cualquier trabajo.

V- Insuficiencia cardíaca, refractaria al tratamiento, con clasificación funcional, grado IV, de acuerdo con la tabla NYHA, excepto enfermedades congénitas

Se entiende por insuficiencia cardíaca o cardiopatía grave, enfermedad que se cursa con alteraciones hemodinámicas evidentes y marcadas, con disfunciones locales de orden rítmico, isquémico, obstructivo-restrictivas o de mortalidad y/o con

acometimiento de otros órganos, representándose como condición funcional de grado IV (NYHA), volviendo al paciente incapaz de actividad física de cualquier especie. Esta condición debe ser comprobada por el examen físico y métodos complementarios que la medicina especializada exija al momento de la verificación del siniestro.

VI- Enfermedades Crónicas

Se entiende por enfermedades crónicas, las que alcanzan a los portadores de enfermedades incurables, que son mantenidos definitivamente prostrados, con o sin ayuda de aparatos, con carácter progresivo, con manifestaciones clínicas avanzadas, acometiendo a otros órganos sin pronóstico terapéutico favorable y que ya no estén insertas en protocolos de tratamiento destinados a la cura y/o a su control clínico.

VII- Pérdida de existencia independiente del asegurado

Se entiende por pérdida de existencia independiente del Asegurado aquella que, por motivo de enfermedad, presente algunos de los estados mórbidos relacionados a continuación:

- a) Pérdida completa y definitiva de la totalidad de las funciones de dos miembros.
- b) Pérdida completa y definitiva de la totalidad de las funciones de dos manos o de dos pies.
- c) Pérdida completa y definitiva de la totalidad de las funciones de una de las manos y uno de los pies.

F) Enfermedades graves.

Ampara el pago del capital asegurado al propio Asegurado cuando exista un diagnóstico positivo de cualquier enfermedad o invalidez que se defina a continuación:

I- Infarto al Miocardio:

Necrosis del miocardio a consecuencia de hipoxia aguda.

II- Apoplejía:

Accidente cerebrovascular que ocasione secuelas neurológicas permanentes, incluyendo destrucción del tejido cerebral por trombosis, hemorragia o embolia de fuente extracraneal. Deberá existir prueba de disfunción neurológica irreversible.

III- Insuficiencia Renal Crónica:

Es la falla renal en su última etapa que se presenta como insuficiencia crónica irreversible en el funcionamiento de ambos riñones, a raíz de la cual se instituye diálisis renal regular permanente o se lleva a cabo un trasplante renal.

IV- By Pass de las Arterias Coronarias:

Cirugías realizadas para corregir estenosis u oclusión de dos o más arterias coronarias mediante la técnica de by-pass en personas que presentan síntomas de angiopatía aguda. Se excluye toda otra técnica que no requiera la apertura quirúrgica del tórax tales como la angioplastia o tratamiento láser.

V- Trasplante de Órganos:

Trasplante de corazón, corazón y pulmón, hígado, páncreas, riñón, médula ósea o pulmón.

VI- Esclerosis Múltiple:

Diagnóstico inequívoco confirmando anomalías neurológicas persistentes con daños funcionales sin que el Asegurado deba necesariamente hallarse confinado a una silla de ruedas.

Un ataque prematuro o un episodio aislado de Esclerosis Múltiple no constituirá Esclerosis Múltiple a los efectos de esta póliza. En ningún caso la Compañía pagará un beneficio si el primer episodio ocurrió con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la presente.

VII- Distrofia Muscular:

Enfermedad hereditaria caracterizada por la pérdida progresiva de los músculos.

El diagnóstico deberá estar fundamentado en síntomas clínicos y la historia genética del paciente (estudio cromosómico o historia genética familiar). El informe de cualquier biopsia muscular o electromiografía no constituirá por sí el diagnóstico.

VIII- Parálisis:

Pérdida completa y permanente del uso o movimiento de dos o más brazos o piernas debido a la parálisis.

El diagnóstico deberá indicar que la pérdida del uso de los miembros es permanente. La parálisis deberá ser continua y permanente durante al menos doce (12) meses consecutivos desde el inicio

de la enfermedad. Se requiere evidencia documentada de la causa de la parálisis.

En todas las hipótesis previstas en este literal el diagnóstico deberá ser efectuado por un médico especialista y constatado por médico designado por la Aseguradora.

Para la cobertura de cualquiera de las enfermedades graves antes descritas se establece un período de carencia de tres meses.

G) Diagnóstico de cáncer.

Ampara el pago del capital asegurado relativo a dicha cobertura al Asegurado. Se entiende por cáncer la enfermedad provocada por un tumor maligno cuyas características son el crecimiento y la multiplicación incontrolados de células malignas y la invasión de tejidos. El término cáncer incluye también leucemia y enfermedades malignas del sistema linfático como, por ejemplo, la enfermedad de Hodgín. El diagnóstico deberá ser realizado por un médico oncólogo quien lo deberá consignar a través de un informe escrito, al cual deberá acompañar el correspondiente examen anatomopatológico que lo certifique.

Para esta cobertura se establece un período de carencia de tres meses

H) Seguro educacional.

Ampara el costo de la educación preescolar, primaria y/o secundaria del Beneficiario entre los 4 y 19 años de edad, dentro de la República Oriental del Uruguay, una vez abonado el Anticipo Especial por Enfermedad o verificada la Incapacidad Total y Permanente o la Muerte del Asegurado.

Verificado el siniestro, la Aseguradora abonará en forma directa al Instituto de Enseñanza elegido por el Beneficiario o sus representantes, la matrícula y el costo mensual del curso correspondiente.

Además de la matrícula, cuyo capital será independiente, el capital asegurado tendrá un tope mensual no acumulable, equivalente a los siguientes valores expresados en Bases de Prestaciones y Contribuciones (Ley N° 17.856), de acuerdo al nivel educacional del Beneficiario:

Nivel preescolar = 3 BPC Nivel escolar = 4 BPC Nivel secundario = 6 BPC

El valor de la BPC a tomar en cuenta a los efectos de la indemnización, será el vigente a la fecha de su efectivo pago.

La cobertura incluye también el costo de la matrícula, el cual no podrá superar en ninguno de los niveles, los 6 BPC anuales.

Art. 14 - Fecha en que se configura el siniestro

Se considera como fecha del evento, a los efectos de la determinación del capital asegurado, en el momento de la liquidación de la liquidación:

a) Para las coberturas de accidentes personales, la fecha del accidente.

b) Para las coberturas de Anticipo Especial por Enfermedad Irreversible y/o en Fase Terminal, Enfermedades Graves y Diagnóstico de Cáncer, la fecha indicada en la declaración médica verificada por médico designado por la Aseguradora.

c) Para la cobertura de Muerte la fecha que surja de la Partida de Defunción.

d) Para la cobertura de Seguro Educacional la fecha de constatación de la invalidez permanente, la fecha que surja de la partida de defunción o la fecha de pago del anticipo especial por enfermedad, según sea el caso.

Art. 15 - Plazo para el pago del siniestro.

Luego de la entrega de la documentación básica exigida por la Aseguradora (Artículo 17), el plazo máximo para la liquidación del siniestro será de 30 (treinta) días.

III. OBLIGACIONES Y CARGAS DEL TOMADOR DEL SEGURO Y DEL ASEGURADO

Art. 16 - Pago del Premio

Es obligación del tomador del seguro el pago puntual del premio. El cumplimiento de esta obligación se ajustará a lo que se establece en las siguientes disposiciones:

16.1. Lugar de pago.

El pago del premio será efectuado en el lugar que indique la Aseguradora.

16.2. Reajuste del premio por edad (para seguros contratados en pesos uruguayos)

El premio mensual estipulado en la fecha de inicio de vigencia del seguro será aquel establecido en las Condiciones Particulares, sujeto a las modificaciones derivadas del cambio de edad de cada Asegurado.

El premio mensual será reajustado cada tres años

a partir de la fecha de inicio de la vigencia del seguro y se actualizará de acuerdo con el porcentaje correspondiente a la nueva edad del Asegurado considerando el año en que ocurra la renovación del seguro, según tabla con determinación de edades y porcentajes de reajuste Anexo I de estas Condiciones Generales.

Luego que el asegurado cumpla 65 (sesenta y cinco) años de edad, el porcentaje de reajuste será fijado en 9% (nueve por ciento) al año, para las coberturas que constan en la Tabla de Reajuste Tarifario Trianual.

Cuando la póliza incluya la cobertura adicional de Renta Diaria por Incapacidad Temporal, la cuota del premio de dicha cobertura sufrirá un reajuste de acuerdo con la Tabla de Reajuste Tarifario Trianual.

Luego que el asegurado cumpla 65 (sesenta y cinco) años de edad, el porcentaje de reajuste será fijado en 5% (cinco por ciento) al año sobre el valor del premio correspondiente exclusivamente a la referida cobertura.

16.3. Actualización monetaria (para seguros contratados en pesos uruguayos)

Los capitales asegurados, así como los premios del seguro, serán actualizados anualmente por IPC (Índice de Precios al Consumo).

16.4. Plazo.

Podrá extenderse hasta el 30° (trigésimo) día desde la fecha de pago establecida en los recibos emitidos por la Aseguradora.

La fecha de pago estará consignada en los recibos proporcionados por la Aseguradora, y a partir de la misma, el tomador del seguro contará con un plazo de 19 días para cancelar la deuda sin abonar recargo alguno. Si lo hiciera a partir del vigésimo y hasta el trigésimo día inclusive, se aplicará un recargo, de acuerdo a los parámetros fijados en las Condiciones Particulares de la Póliza y cuyo monto lucirá en el recibo correspondiente.

16.5. Mora y suspensión de la cobertura del seguro

Transcurrido el último de los plazos indicados en el recibo correspondiente sin que se haya pagado el premio o alguna de las cuotas en que el mismo haya sido fraccionado, en caso de aplicarse dicha modalidad, el tomador del seguro incurrirá en mora de pleno derecho sin necesidad de interpelación judicial o extrajudicial alguna, y la cobertura de la Póliza quedará automáticamente

suspendida, no siendo de cargo de la Aseguradora el pago de los siniestros que ocurran a partir de la incursión en mora.

16.6. Rehabilitación de la cobertura

Previo examen médico y aceptación del riesgo por parte de la Aseguradora, el pago del premio, rehabilitará la cobertura del seguro hacia el futuro, a partir de la hora cero del día siguiente en que sea abonado, sin amparo de los siniestros que hubieran ocurrido mientras la misma haya estado suspendida.

16.7. Rescisión por incumplimiento

Sin perjuicio de lo dispuesto en el numeral anterior, una vez que el tomador del seguro incurra en mora, la Aseguradora podrá rescindir el contrato en cualquier momento, y retendrá o perseguirá según corresponda, la parte proporcional del premio devengado desde el inicio de vigencia de la póliza hasta la rescisión.

Art. 17 - Casos de Siniestro

Verificado un siniestro, el Asegurado o sus Beneficiarios tienen la carga de:

A) Comunicar la ocurrencia a la Aseguradora mediante el formulario de denuncia de siniestro para evaluación del pago del Capital Asegurado, conforme a las coberturas contratadas. El plazo para la observancia de esta carga será de cinco días hábiles a contar desde la ocurrencia del siniestro, salvo causa extraña no imputable.

B) De acuerdo con la naturaleza del evento, se deberán aportar posteriormente los documentos básicos que se relacionan a continuación:

1) En caso de Muerte:

- a) Testimonio de partida de defunción.
- b) Para el caso de que no existieran beneficiarios, certificado de resultancia de autos.

2) Para la cobertura de Muerte Accidental con Indemnización Complementaria, además de los requisitos exigidos en el numeral anterior:

- a) Testimonio de denuncia policial.
- b) Autopsia si hubiere sido practicada.
- c) Tratándose de accidente automovilístico, en que el fallecido haya sido conductor del vehículo, licencia de conducir o constancia de la Intendencia Municipal que la hubiera expedido.

3) En caso de Invalidez Permanente Total o Parcial por Accidente, además de los requisitos exigidos en los numerales anteriores en cuanto correspondan:

a) Denuncia de accidente de trabajo, si fuera el caso.

b) Certificado de alta médica definitiva.

c) Testimonio de la historia clínica y resultados de todos los exámenes realizados al asegurado.

4) En caso de Anticipo Especial por Enfermedad:

a) Testimonio de la historia clínica

b) Resultados de todos los exámenes realizados al asegurado

5) En caso de que se configure el siniestro relacionado a la cobertura de Gastos médico - hospitalarios y odontológicos

a) Originales de todos los comprobantes de gastos médico-hospitalario y/u odontológicos, discriminando el tratamiento realizado y el material utilizado.

b) Testimonio de la historia clínica médica u odontológica, y resultados de todos los exámenes realizados por el asegurado.

c) Denuncia de accidente de trabajo, si fuera el caso.

d) Denuncia policial, si fuera el caso.

e) Licencia de conducir, tratándose de accidente automovilístico, en que el Asegurado haya sido conductor del vehículo o constancia de la Intendencia Municipal que la hubiera expedido.

6) En caso de Enfermedades Graves:

a) Testimonio de la historia clínica

b) Resultados de todos los exámenes realizados al asegurado

c) Diagnóstico expedido por médico tratante

7) En caso de Diagnóstico de Cáncer:

a) Testimonio de la historia clínica

b) Resultados de todos los exámenes realizados al asegurado

c) Informe realizado por médico oncólogo o patólogo, quien deberá confirmar por escrito la evidencia patológica de malignidad después de realizar un estudio de arquitectura histocitológica o examinación de tejidos fijos.

8) En caso de Seguro Educativo

a) Todos los documentos requeridos en el numeral

3) de este artículo para el caso de Invalidez Permanente

b) Testimonio de Partida de Defunción

c) Comprobante emitido por el Instituto Educativo elegido por el beneficiario, con el detalle del costo mensual y matrícula del curso a asistir.

Si el Beneficiario, cambiara de Centro Educativo, tendrá la carga de notificarlo a la Aseguradora dentro del plazo de 10 días a partir del referido cambio. En este caso, deberá aportar los documentos consignados en el literal c) de la presente cobertura.

En todas las coberturas adicionales, la documentación anteriormente mencionada no es taxativa, pudiendo la Aseguradora, solicitar documentos complementarios para el análisis y liquidación del siniestro. Cuando eso ocurra, el plazo para la liquidación quedará en suspenso hasta la fecha de entrega de los documentos complementarios solicitados y comenzará a correr a partir del día hábil posterior a aquel en que sean presentados.

En todas las Coberturas Adicionales sin perjuicio de la carga del Asegurado o del Beneficiario de demostrar la verificación del siniestro y del daño, la constatación de los mismos se hará de acuerdo al dictamen médico emitido por un perito designado por la Aseguradora, el que se expedirá dentro de los 30 días de haber recibido la totalidad de la documentación y practicado el examen médico correspondiente. A los efectos de la realización del examen médico, el perito dentro de los 5 días hábiles posteriores al ingreso de la totalidad de la documentación a la Aseguradora, se pondrá en contacto con el Asegurado para señalar día y hora dentro de los siguientes 30 días.

Asimismo, la declaración de incapacidad realizada por cualquier órgano de previsión social no dará derecho a indemnización alguna.

Art. 18 - Modificaciones del riesgo

Cualquier circunstancia ocurrida durante la vigencia de la póliza que pudiera implicar un agravamiento de los riesgos cubiertos, deberá ser comunicada a la Aseguradora, dentro de los 5 días hábiles de verificada dicha circunstancia, para que se hagan los debidos ajustes.

Se consideran modificaciones del riesgo, entre otras, las siguientes ocurrencias:

a) Cambio de profesión u ocupación del Asegurado.

b) Cambio de domicilio del Asegurado a otro país.

c) Práctica de deportes (profesional o amateur), tales como: vuelos en globo, ala delta, vuelo libre, paracaidismo, hipismo, buceo con equipos de aire comprimido, esquí acuático y en nieve, motociclismo, automovilismo, boxeo, lucha libre, artes marciales y demás deportes considerados de alto riesgo.

d) Uso habitual de sustancias alcohólicas o estupefacientes de cualquier especie, así como el hábito de fumar.

El Asegurado tiene la carga de comunicar a la Aseguradora, cualquier hecho susceptible de agravar el riesgo cubierto, bajo pena de perder el derecho a la cobertura. Dicha comunicación será sometida nuevamente a análisis de aceptación del riesgo.

La Aseguradora podrá, dentro de los 15 (quince) días siguientes al recibo del aviso de agravamiento del riesgo, notificar, por escrito, la decisión de cobrar la diferencia de premio que corresponda o cuando la circunstancia denunciada hubiera implicado la no aceptación del riesgo a la fecha de celebración del contrato, cancelar la cobertura pactada.

La cancelación del seguro en virtud de la modificación del riesgo comunicada, recién será eficaz 30 (treinta) días luego de la notificación al Asegurado, debiendo restituirse la diferencia del premio calculado en proporción al período a transcurrir.

IV. CASOS NO INDEMNIZABLES

Art. 19 – Exclusiones generales

Este contrato de seguro no cubre los siniestros cuando:

1. El Asegurado, o cualquier persona amparada por la Póliza hiciere declaraciones falsas, alterare los hechos, o incurriere en reticencia en la información, cualquiera sea la etapa en que se produzcan estas conductas, destacándose a mero título enunciativo, la Solicitud de contratación, la denuncia o liquidación de siniestros.

2. Ocurrieren debido a dolo del Asegurado, Tomador, Beneficiario y/o cualquier persona que

tuviera interés en la verificación de un siniestro cubierto por esta póliza.

3. Cometiera fraude o tentativa de fraude con el fin de simular un siniestro o agravar sus consecuencias.

4. En caso de no comunicar el agravamiento del riesgo.

5. El Asegurado se suicide o atente contra su vida (artículo 698 del Código de Comercio).

6. Se deriven de competencias ilegales en aeronaves, embarcaciones y vehículos a motor, incluso entrenamientos preparatorios. Esta exclusión no será aplicada para los casos en que el Asegurado esté en ejercicio legal de práctica de deportes declarado en la Solicitud del seguro.

7. Sean consecuencia de tifones, huracanes, ciclones, terremotos, maremotos, tsunamis, erupciones volcánicas y otras convulsiones de la naturaleza.

8. Se deriven de actos reconocidamente peligrosos que no sean motivados por necesidad justificada.

9. Ocurra como consecuencia de un accidente en el cual el Asegurado conduzca un vehículo automotor o cualquier otro tipo de vehículo y/o equipamiento sin habilitación otorgada por la autoridad competente.

10. Ocurra como consecuencia de un accidente en el cual el Asegurado conduzca con una concentración del alcohol en la sangre superior a la legalmente permitida.

11. Sean consecuencia de adicción al alcohol o a las drogas

Art. 20 – Daños no cubiertos

Este seguro tampoco ampara los daños ocurridos como consecuencia:

a) Del uso de material nuclear para cualquier fin, incluyendo la explosión nuclear, provocada o no, así como la contaminación radiactiva o exposición a radiaciones nucleares o ionizantes.

b) De actos u operaciones de guerra declarada o no, guerrilla, terrorismo, revolución, agitación, motín, revuelta, sedición, sublevación u otras perturbaciones del orden público.

c) De enfermedades preexistentes a la contratación del seguro, de conocimiento del Asegurado, no declaradas en la propuesta de contratación, **siempre que implique un retaceo de suministro de información** que posea incidencia

en alguno de los elementos esenciales del contrato de seguro y/o la aceptación del riesgo.

d) De epidemias, declaradas o no.

e) De la donación de órganos y tejidos entre vivos.

Tampoco tienen cobertura los Daños y perjuicios de cualquier naturaleza, incluido el daño extrapatrimonial y el lucro cesante, derivados de cualquier riesgo, incluso aquellos cubiertos e indemnizables.

Art. 21 – Exclusiones específicas

Además de las exclusiones generales enunciadas en las disposiciones precedentes, se establecen las siguientes exclusiones específicas, según sea el riesgo considerado:

A) Muerte Accidental con Indemnización Complementaria e Invalidez Permanente Total o Parcial por Accidente

a) Hernias de cualquier tipo y sus consecuencias.

b) El parto o aborto y sus consecuencias.

c) Las perturbaciones e intoxicaciones alimentarias de cualquier especie, así como las intoxicaciones derivadas de la acción de productos químicos, drogas o medicamentos, salvo cuando sean prescritos por un médico, como consecuencia de un accidente cubierto.

d) Los envenenamientos accidentales, por absorción de estupefacientes o sustancias tóxicas –excepto aquellos derivados del escape accidental de gases y vapores.

e) Cualesquiera perturbaciones mentales, salvo la alienación mental total e incurable, derivada de un accidente cubierto.

f) La pérdida de piezas dentales y los daños estéticos.

B) Gastos médico-hospitalarios y odontológicos

a) Estados de convalecencia (luego del alta médica) y los gastos de acompañantes.

b) Aparatos que se refieren a órtesis de cualquier naturaleza y a prótesis de carácter permanente, salvo las prótesis u órtesis implantadas por primera vez.

C) Anticipo Especial por Enfermedad en Fase Terminal y/o Irreversible

a) Coma irreversible derivado del uso de alcohol y drogas.

b) Insuficiencia cardíaca congénita.

c) Enfermedades en general, generadoras de limitación física y/o déficit funcional en cualquier grado, cuya etiología (origen causal) pueda guardar alguna relación de causa y efecto, directa o indirecta, aunque sea parcial, con la actividad profesional ejercida por el Asegurado, en cualquier momento, aunque por cualquier motivo, no se le haya atribuido por el médico tratante, vínculo con la ocupación ejercida.

d) Cualquier manifestación clínica, lesión y/o enfermedad causadas por traumatismos, exposiciones a esfuerzos físicos, repetitivos o no y/o posturas viciosas y en todos los casos sus eventuales agravamientos e internaciones. Asimismo, se encuentran excluidas de cobertura las enfermedades que pudieren sobrevenir en el decurso de las nombradas en este literal.

e) La pérdida, la reducción o la impotencia funcional definitiva, total o parcial, de uno o más miembros, órganos y/o sistemas orgánicos corporales, como consecuencia, directa o indirectamente, de lesión física y/o psíquica causada por accidente personal.

D) Enfermedades graves

a) Las consecuencias de enfermedades auto producidas o autolesión.

b) Enfermedades causadas directa o indirectamente por HIV.

c) Enfermedades causadas directa o indirectamente por una adicción al alcohol o a drogas.

E) Diagnóstico de cáncer

Cualquier clase de cáncer sin invasión e in situ, así como el cáncer de piel excepto melanoma de invasión.

V. DISPOSICIONES FINALES

Art. 22 – Modificaciones al contrato de seguro

Cualquier modificación en este contrato, incluyendo el aumento de capital asegurado, solamente tendrá validez si se hiciera mediante documento escrito, a través de la emisión del respectivo endoso, con el acuerdo de las partes contratantes,

correspondiendo destacar que cualquier pedido de modificación será sometido a las mismas reglas utilizadas para la aceptación del seguro.

Art. 23 - Institución y cambio de beneficiario

Corresponde exclusivamente al Asegurado designar o sustituir a sus Beneficiarios, mediante documento escrito, no siendo válida la sustitución del Beneficiario por actos de última voluntad.

La Aseguradora se liberará de la obligación pagando el capital asegurado al último Beneficiario conocido por la misma.

En el caso de las coberturas de Invalidez Permanente Total o Parcial por Accidente, Aumento de Porcentaje por Pérdida de Miembros, Anticipo Especial por Enfermedad Irreversible y/o en Fase Terminal, Enfermedades Graves, Gastos Médico – Hospitalarios y Odontológicos y Diagnóstico de Cáncer, el propio Asegurado será el Beneficiario. Si no existiera designación de Beneficiario, o si por cualquier motivo no prevaleciera la efectuada oportunamente, el pago se hará efectivo a los herederos legales, albaceas, administradores o causa-habientes del Asegurado.

Art. 24 - Existencia de otros seguros

El Asegurado tiene la carga de declarar la existencia de cualesquiera otros seguros de Vida, bajo pena de la pérdida del derecho al cobro de la indemnización.

Art. 25 - Extinción del contrato de seguro

La póliza se extingue de acuerdo a los siguientes criterios:

1) En las coberturas de Muerte, Anticipo Especial por Enfermedad y Muerte Accidental con Indemnización Complementaria, el seguro se

extingue por el pago de la indemnización correspondiente.

2) La cobertura de Invalidez Permanente por Accidente se extingue con el pago de la indemnización por la invalidez total del asegurado.

3) La cobertura adicional de Renta Diaria por Incapacidad Temporal, queda cancelada a partir de la fecha en que el Asegurado esté total y permanentemente inválido, debidamente comprobado por examen médico, dejando de ser cobrado, a partir de entonces, el premio relativo a dicha cobertura.

4) Al final del plazo de vigencia.

5) Si no fuera renovada.

6) El contrato de seguro se rescindirá de pleno derecho, si el Tomador, el Asegurado, sus representantes o Beneficiarios actuaran con dolo, fraude o simulación, así como cualquier conducta que tenga por fin la obtención de ventaja indebida en el momento de la contratación del seguro, durante el período de vigencia y en la liquidación de un eventual siniestro.

Art. 26 - Cómputo de los plazos

Todos los plazos indicados en el texto de esta Póliza serán contados en días corridos, y comenzarán a computarse el día siguiente a la ocurrencia del suceso de que se trate. Todos los plazos que venzan en día inhábil, se entenderán prorrogados hasta el primer día hábil siguiente.

Lo dispuesto en este artículo regirá salvo expresa disposición en contrario.

El cómputo de los plazos se interrumpirá en caso de verificarse causa extraña no imputable.

ANEXO I - TABLA DE REAJUSTE TARIFARIO TRIANUAL

REAJUSTE TARIFARIO % TRIANUAL						
EDAD	BÁSICA	BÁSICA + IPA ^(*)	BÁSICA + IPA ^(*) + MAIC ^(**)	BÁSICA + 200% IPA ^(*) + MAIC ^(**)	BÁSICA + IPA ^(*) + AEE ^(***)	BÁSICA + IPA ^(*) + AEE ^(***) + MAIC ^(**)
31	16,46%	13,13%	8,72%	7,69%	13,77%	9,79%
32	15,48%	12,50%	8,44%	7,47%	13,08%	9,43%
33	17,05%	13,89%	9,49%	8,43%	14,51%	10,57%
34	20,65%	16,96%	11,73%	10,44%	17,69%	13,03%
35	25,77%	21,37%	14,97%	13,37%	22,25%	16,57%
36	30,10%	25,20%	17,92%	16,06%	26,19%	19,76%
37	34,23%	29,01%	20,99%	18,91%	30,07%	23,05%
38	36,89%	31,69%	23,44%	21,23%	32,75%	25,59%
39	41,04%	35,71%	26,96%	24,55%	36,82%	29,28%
40	42,95%	37,87%	29,22%	26,78%	38,93%	31,55%
41	43,71%	39,04%	30,80%	28,40%	40,03%	33,05%
42	42,33%	38,28%	30,89%	28,67%	39,14%	32,94%
43	41,31%	37,77%	31,10%	29,04%	38,53%	32,98%
44	39,17%	36,15%	30,32%	28,48%	36,81%	31,99%
45	37,17%	34,60%	29,50%	27,86%	35,16%	30,97%
46	48,37%	45,98%	41,13%	39,54%	46,51%	42,55%
47	45,90%	43,87%	39,68%	38,28%	44,32%	40,91%
48	43,39%	41,67%	38,06%	36,84%	42,05%	39,14%
49	28,08%	26,76%	23,95%	22,98%	27,05%	24,79%
50	26,19%	25,05%	22,61%	21,76%	25,31%	23,35%
51	35,85%	34,78%	32,45%	31,64%	35,02%	33,16%
52	34,48%	33,54%	31,46%	30,73%	33,75%	32,09%
53	33,49%	32,64%	30,77%	30,10%	32,83%	31,34%
54	21,70%	21,00%	19,43%	18,87%	21,16%	19,91%
55	21,37%	20,73%	19,27%	18,74%	20,87%	19,72%
56	32,09%	31,42%	29,89%	29,33%	31,57%	30,36%
57	33,45%	32,78%	31,25%	30,69%	32,93%	31,72%
58	35,63%	34,94%	33,37%	32,80%	35,10%	33,86%
59	27,46%	26,81%	25,33%	24,78%	26,96%	25,79%
60	39,84%	29,19%	27,69%	27,13%	29,34%	28,16%
61	31,93%	31,29%	29,79%	29,23%	31,43%	30,26%
62	33,58%	32,96%	31,51%	30,96%	33,11%	31,97%
63	34,92%	34,23%	32,85%	32,32%	34,37%	33,28%
64	35,49%	34,94%	33,65%	33,16%	35,07%	34,06%

^(*) IPA: Invalidez Permanente total o parcial por Accidente

^(**) MAIC: Muerte Accidental con Indemnización Complementaria

^(***) AEE: Anticipo especial por enfermedad irreversible y/o en fase terminal

CONDICIONES ESPECIALES PARA COBERTURA ADICIONAL DE RENTA DIARIA POR INCAPACIDAD TEMPORAL

Art. 1. Período de carencia

Es el período de 60 (sesenta) días, contado a partir del inicio de la vigencia del seguro o de la modificación del contrato de seguro para los siniestros derivados de enfermedades, durante el cual el Asegurado no tendrá derecho a las coberturas de esta Condición Especial. Para los siniestros derivados de accidentes personales no habrá período de carencia.

Art. 2. Franquicia

En los primeros 15 (quince) días contados a partir de la fecha de inactividad profesional del Asegurado, por determinación médica, éste no tendrá derecho a percibir la renta diaria, asumiendo dicha suma de dinero a título de franquicia.

En caso de que se contrate una opción de franquicia diferente, el período sobre el cual se calculará el monto de la franquicia constará en las Condiciones Particulares de la Póliza.

La Franquicia es deducible por evento.

Art. 3. Límite de Renta Diaria

Es la cantidad máxima que percibirá el asegurado como consecuencia de la ocurrencia de un siniestro cubierto. La misma no podrá exceder el monto equivalente a 365 (trescientos sesenta y cinco) días de Renta Diaria, con detracción de la suma equivalente a la franquicia.

Art. 4. Objeto

La presente cobertura adicional tiene por objeto garantizar el pago de una Renta Diaria por Incapacidad Temporal al Asegurado que, por motivo de enfermedad o accidente personal, permanezca inactivo totalmente en su profesión u ocupación.

Art. 5. Cobertura del seguro

El valor de la Renta Diaria por Incapacidad Temporal contratada, deberá ser igual o inferior a la renta mensual percibida por el Asegurado, renta ésta que deberá ser acreditada en el momento de la contratación de esta cobertura. En caso de un eventual siniestro, podrá solicitarse su comprobación. Si la renta diaria contratada fuese superior a la renta mensual real percibida por el

Asegurado al momento del siniestro, el pago del capital asegurado será realizado por el valor de ésta última. El Asegurado tendrá la carga de notificar a la Aseguradora cualquier modificación que pudiera verificarse en la renta mensual percibida luego de la contratación de este adicional.

Art. 6. Riesgos excluidos

Además de los Riesgos Excluidos en las Condiciones Generales, quedan expresamente excluidos de la cobertura de estas Condiciones Especiales, la inactividad profesional derivados de:

a) Lesiones de esfuerzo repetitivo y trastornos osteomusculares crónicos relacionados con el trabajo.

b) Embarazo y sus consecuencias.

c) Parto y sus consecuencias.

d) Abortos provocados o no y sus consecuencias.

e) Enfermedades preexistentes a la contratación del seguro, de conocimiento del Asegurado y no declaradas en la propuesta de contratación, **siempre que implique un retaceo de suministro de información** que posea incidencia en algunos de los elementos esenciales de contrato, la aceptación del riesgo y/o la fijación de la prima.

f) Anomalías congénitas de conocimiento del Asegurado y no declaradas en la propuesta de contratación.

g) Hernias de cualquier tipo, excepto el período de inactividad derivado del tratamiento quirúrgico.

h) Tratamiento para esterilidad, fertilidad, cambio de sexo.

i) Cirugías plásticas con fines estéticos o embellecedores y sus consecuencias.

j) Tratamiento clínico y/o quirúrgico para obesidad o estética en sus varias modalidades y sus consecuencias.

k) Hospitalización para chequeo.

l) Todas las enfermedades o trastornos mentales.

m) Síndrome de pánico.

n) Estrés o cualesquiera otros desvíos del comportamiento.

ñ) Tratamientos dentales e intervenciones por razones reparadoras, salvo los derivados de accidentes ocurridos durante la vigencia de la póliza.

o) Cirugías para esterilización.

p) Tratamiento fisioterápico, excepto derivado de enfermedades neurológicas.

q) Luxaciones recidivantes (que hayan ocurrido luego de un primer acometimiento) de cualquier articulación.

r) Las inestabilidades crónicas (agudizadas o no) de cualquier articulación.

s) Las enfermedades de características reconocidamente progresivas, como fibromialgia, artritis reumatoide y osteoartritis.

t) Las lumbalgias, lumbociatalgias, ciáticas, sín drome poslaminectomía, protusiones discales, dorsalgias y cervicalgias.

u) Laserterapia, escleroterapia y microcirugía de várices en miembros superiores e inferiores (o en cualquier otra región de la superficie corporal) por cualquier técnica, así como fulguración de teleangiectasias.

v) Queratotomía (cirugía para corrección de miopía).

w) Cirugías ortognáticas y mamoplastias reductoras.

Esta cobertura ampara solamente la incapacidad temporal, quedando fuera de su alcance cualquier hipótesis de Invalidez Permanente, total o parcial. En caso de que la Incapacidad Temporal que haya determinado la inactividad profesional del Asegurado, haya evolucionado hacia una invalidez permanente, total o parcial por accidente, comprobada por examen médico, la Renta Diaria por Incapacidad Temporal cubierta por este seguro, cesará automáticamente.

Art. 7. Ocurriencia del siniestro

En caso de siniestro y sin que ello en sí mismo le confiera derecho alguno al cobro de una indemnización, el Asegurado, tiene la carga de dar aviso inmediato a la Aseguradora, salvo que exista causa de fuerza mayor fehacientemente acreditada. Luego de la comunicación a la Aseguradora, el Asegurado tiene la carga de presentar los siguientes documentos básicos:

a) Denuncia de siniestro, debidamente completada y firmada por el asegurado o su representante.

b) Historia clínica y exámenes complementarios realizados.

c) Tratándose de un accidente de trabajo o enfermedad profesional, denuncia realizada ante la Aseguradora.

d) Tratándose de accidente de tránsito o

cualquier otro accidente con intervención de autoridad policial, copia de la denuncia policial y hoja de asistencia médica de atención de emergencia.

A los efectos de la prueba de la incapacidad temporal, la Aseguradora podrá solicitar un certificado médico, la historia clínica, análisis, estudios o documentos emitidos por la Previsión Social, sin perjuicio de la facultad de realizar el examen por un médico designado a tales efectos.

Todos los gastos efectuados para la comprobación de la incapacidad, relativos a los documentos mencionados precedentemente, correrán por cuenta del Asegurado o su Representante Legal. El plazo máximo para la liquidación del siniestro, luego de la entrega de la documentación exigida por la Aseguradora será de 30 (treinta) días.

Art. 8. Pago del siniestro

En base a la comunicación y comprobantes del siniestro y estando debidamente configurada la incapacidad temporal en los términos de estas Condiciones Especiales, la Aseguradora efectuará el pago de los días correspondientes, en un plazo de 30 días, de acuerdo a las siguientes disposiciones.

Quando la incapacidad temporal supere los 30 (treinta) días, los pagos serán efectuados mensualmente por la Aseguradora, siendo carga del Asegurado la presentación de un informe confeccionado por su médico tratante con igual frecuencia.

En los casos en que el período de incapacidad temporal no supere los 30 (treinta) días, la Aseguradora, abonará la indemnización en una partida única.

En caso de fallecimiento del Asegurado, cesará el derecho al pago de Renta Diaria por Incapacidad Temporal, siendo los días relativos al período en que el Asegurado permaneció inactivo profesionalmente, pagados a sus herederos de acuerdo con lo dispuesto en el certificado de resultancia de autos.

En los casos de múltiples lesiones, derivadas del mismo siniestro, el pago de la indemnización se extenderá durante el tiempo total de la inactividad profesional, no pudiendo acumularse los períodos que insumiría la recuperación de cada una de las lesiones por separado.

En todos los casos el plazo para el pago comenzará a computarse a partir de la presentación de la documentación solicitada a los efectos de acreditar la ocurrencia del siniestro (Artículo 7).

El cese del pago de Renta Diaria por Incapacidad Temporal ocurrirá:

- a) En la fecha de la alta médica.
- b) Con la utilización del límite de días.
- c) Por cada evento y por cada vigencia de la póliza, el Asegurado tendrá derecho a un máximo de 365 (trescientos sesenta y cinco) días de renta.

En caso de que ocurra más de un evento dentro de la misma vigencia, se sumarán los días pagados. Esta suma no podrá exceder los 365 (trescientos sesenta y cinco) días.

Art. 9. Disposiciones finales

Cuando el Asegurado esté percibiendo la Renta Diaria contratada por un determinado evento, no tendrá derecho al cobro de otra indemnización, aunque sea como consecuencia de otro siniestro.

No habrá acumulación del pago de Renta Diaria por Incapacidad Temporal como consecuencia de siniestros ocurridos en fechas diferentes.

En todos los períodos de inactividad del Asegurado, la Aseguradora podrá realizar pericias médicas para la comprobación del evento, así como del número de días necesarios de inactividad.

En las pólizas contratadas en pesos uruguayos, el premio mensual será reajustado cada tres años a partir de la fecha de inicio de la vigencia del seguro y se actualizará de acuerdo con el porcentaje correspondiente a la nueva edad del Asegurado considerando el año en que ocurra la renovación del seguro, según tabla con determinación de edades y porcentajes de reajuste Anexo I de estas Condiciones Generales.

El Asegurado tendrá, asimismo, un aumento anual del 5% (cinco por ciento) en el valor del premio correspondiente exclusivamente a la referida cobertura, a partir del momento en que cumpla 65 (sesenta y cinco) años. El aumento se dará anualmente en cada nueva vigencia.

Se aplican a estas Condiciones Especiales, en lo que no se contradigan, todas las demás disposiciones de las Condiciones Generales del Seguro de Vida y Riesgos Adicionales Suplementarios.

ANEXO I

Tabla de reajuste tarifario trianual – Renta Diaria por Incapacidad Temporal
Referencias

GRUPO A)

- Ingeniero (excepto forestal), minas, nuclear, agrónomo
- Arquitecto
- Médico
- Analista de sistemas
- Protético, técnico o auxiliar en prótesis
- Analista/ asistente/ asesor/ técnico administrativo

GRUPO B)

- Psicólogo, psicoterapeuta, psicoanalista
- Profesor de enseñanza básica, media, superior, idiomas
- Trabajador del comercio, vendedor de mostrador, cajero, vendedor en establecimiento comercial
- Peluquero, coiffeur, manicura, pedicura, asemejado
- Chofer de transporte de pasajeros (excepto taxista)

GRUPO C)

- Otras profesiones u ocupaciones no previstas en los grupos A y B

TABLA DE REAJUSTE TARIFARIO TRIANUAL % RENTA DIARIA HASTA \$U 1000,00

EDAD	MASCULINO GRUPO A	MASCULINO GRUPO B	MASCULINO GRUPO C	FEMENINO GRUPO A	FEMENINO GRUPO B	FEMENINO GRUPO C
Hasta 29	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
30	1,90%	2,31%	2,35%	0,12%	0,66%	0,71%
31	7,18%	6,36%	6,27%	10,77%	9,70%	9,58%
32	7,88%	6,00%	5,80%	16,38%	13,77%	13,50%
33	7,88%	6,00%	5,80%	16,38%	13,77%	13,50%
34	7,88%	6,00%	5,80%	16,38%	13,77%	13,50%
35	8,39%	6,46%	6,25%	16,67%	14,20%	13,93%
36	8,90%	6,91%	6,70%	16,96%	14,63%	14,37%
37	9,41%	7,37%	7,16%	17,26%	15,06%	14,81%
38	9,41%	7,37%	7,16%	17,26%	15,06%	14,81%
39	9,41%	7,37%	7,16%	17,26%	15,06%	14,81%
40	6,62%	5,23%	5,08%	11,92%	10,45%	10,28%
41	3,91%	3,12%	3,03%	6,82%	6,02%	5,93%
42	1,26%	1,06%	1,03%	1,95%	1,77%	1,75%
43	1,26%	1,06%	1,03%	1,95%	1,77%	1,75%
44	1,26%	1,06%	1,03%	1,95%	1,77%	1,75%
45	3,76%	3,33%	3,28%	5,21%	4,84%	4,79%
46	6,32%	5,66%	5,58%	8,57%	7,99%	7,92%
47	8,95%	8,03%	7,93%	12,04%	11,24%	11,14%
48	8,95%	8,03%	7,93%	12,04%	11,24%	11,14%
49	8,95%	8,03%	7,93%	12,04%	11,24%	11,14%
50	8,04%	7,31%	7,23%	10,49%	9,86%	9,78%
51	7,15%	6,59%	6,53%	8,96%	8,49%	8,44%
52	6,26%	5,88%	5,84%	7,45%	7,15%	7,12%
53	6,26%	5,88%	5,84%	7,45%	7,15%	7,12%
54	6,26%	5,88%	5,84%	7,45%	7,15%	7,12%
55	10,66%	10,32%	10,28%	11,73%	11,46%	11,43%
56	15,24%	14,94%	14,91%	16,18%	15,95%	15,92%
57	20,02%	19,76%	19,73%	20,81%	20,62%	20,59%
58	20,02%	19,76%	19,73%	20,81%	20,62%	20,59%
59	20,02%	19,76%	19,73%	20,81%	20,62%	20,59%
60	20,02%	19,76%	19,73%	20,81%	20,62%	20,59%
61	23,10%	22,92%	22,90%	23,64%	23,51%	23,49%
62	26,26%	26,17%	26,16%	26,54%	26,47%	26,46%
63	24,75%	24,75%	24,75%	24,75%	24,75%	24,75%
64	20,17%	20,17%	20,17%	20,17%	20,17%	20,17%

TABLA DE REAJUSTE TARIFARIO TRIANUAL % RENTA DIARIA ENTRE \$U 1000,00 Y \$U 2.000,00

EDAD	MASCULINO GRUPO A	MASCULINO GRUPO B	MASCULINO GRUPO C	FEMENINO GRUPO A	FEMENINO GRUPO B	FEMENINO GRUPO C
Hasta 29	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
30	2,01%	2,40%	2,44%	0,25%	0,79%	0,84%
31	6,99%	6,17%	6,09%	10,51%	9,46%	9,34%
32	7,41%	5,58%	5,39%	15,74%	13,18%	12,91%
33	7,41%	5,58%	5,39%	15,74%	13,18%	12,91%
34	7,41%	5,58%	5,39%	15,74%	13,18%	12,91%
35	7,91%	6,02%	5,82%	16,07%	13,62%	13,36%
36	8,40%	6,46%	6,25%	16,40%	14,07%	13,82%
37	8,90%	6,90%	6,68%	16,73%	14,52%	14,27%
38	8,90%	6,90%	6,68%	16,73%	14,52%	14,27%
39	8,90%	6,90%	6,68%	16,73%	14,52%	14,27%
40	6,28%	4,90%	4,75%	11,56%	10,09%	9,92%
41	3,71%	2,93%	2,85%	6,63%	5,83%	5,73%
42	1,21%	1,01%	0,98%	1,91%	1,73%	1,70%
43	1,21%	1,01%	0,98%	1,91%	1,73%	1,70%
44	1,21%	1,01%	0,98%	1,91%	1,73%	1,70%
45	3,66%	3,23%	3,18%	5,12%	4,74%	4,69%
46	6,17%	5,50%	5,42%	8,43%	7,84%	7,77%
47	8,73%	7,82%	7,72%	11,84%	11,03%	10,94%
48	8,73%	7,82%	7,72%	11,84%	11,03%	10,94%
49	8,73%	7,82%	7,72%	11,84%	11,03%	10,94%
50	7,87%	7,14%	7,05%	10,34%	9,70%	9,63%
51	7,01%	6,46%	6,39%	8,85%	8,38%	8,33%
52	6,16%	5,78%	5,74%	7,39%	7,08%	7,04%
53	6,16%	5,78%	5,74%	7,39%	7,08%	7,04%
54	6,16%	5,78%	5,74%	7,39%	7,08%	7,04%
55	10,57%	10,23%	10,19%	11,67%	11,40%	11,36%
56	15,17%	14,87%	14,83%	16,13%	15,89%	15,86%
57	19,95%	19,70%	19,67%	20,76%	20,56%	20,54%
58	19,95%	19,70%	19,67%	20,76%	20,56%	20,54%
59	19,95%	19,70%	19,67%	20,76%	20,56%	20,54%
60	19,95%	19,70%	19,67%	20,76%	20,56%	20,54%
61	23,06%	22,88%	22,86%	23,61%	23,47%	23,46%
62	26,24%	26,15%	26,14%	26,52%	26,45%	26,44%
63	24,75%	24,75%	24,75%	24,75%	24,75%	24,75%
64	20,17%	20,17%	20,17%	20,17%	20,17%	20,17%



Av. Américo Ricaldoni 2750 - Tel.: 2709 33 33
Montevideo - Uruguay