

<b>Producto: Seguro de Fallecimiento Accidental</b>	<b>Producto: Seguro de Desempleo</b>
<b>Cobertura y Capital Asegurado:</b> \$ 300.000 de Fallecimiento Accidental	<b>Plan 1:</b> \$ 9.000
<b>Edad mínima de ingreso:</b> 18 años	<b>Plan 2:</b> \$ 15.000
<b>Edad límite de ingreso:</b> 60 años	<b>Plan 3:</b> \$ 21.000
<b>Edad límite de permanencia:</b> 64 años y 364 días	<b>Periodo de Franquicia para Desempleo:</b> 60 días
<b>Beneficiario:</b> De acuerdo a la designación abajo citada. En caso de haber beneficiarios designados, se asignarán a los herederos legales.	
<b>Moneda de cobertura:</b> Pesos uruguayos	<b>Periodo de carencia:</b> 60 días
<b>Ámbito de las coberturas:</b> Durante las 24 horas, los 365 días en cualquier parte del mundo.-	<b>Periodo activo y antigüedad laboral mínima:</b> 180 días
<b>Periodicidad del pago de primas:</b> Mensual	<b>Edad mínima de ingreso:</b> 18 años
	<b>Edad límite de ingreso:</b> 60 años
	<b>Edad límite de permanencia:</b> 64 años y 364 días
	<b>Moneda de cobertura:</b> Pesos uruguayos
	<b>Periodicidad del pago de primas:</b> Mensual
<b>Vigencia:</b> 1 día del mes siguiente a la aceptación del seguro	<b>Vigencia:</b> 1 día del mes siguiente a la aceptación del seguro
<b>Costo mensual del Seguro: Plan 1: \$250.- Plan 2: \$ 350 Plan 3: \$ 450</b>	

### RESUMEN DE CONDICIONES GENERALES SEGURO DE VIDA

#### DEFINICIONES

**Asegurador:** Royal & SunAlliance Seguros (Uruguay) S.A., quien asume el riesgo contractualmente pactado.

**Contratante:** Se entiende por Contratante el tomador del seguro

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

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

#### PERSONAS ASEGURABLES

Se consideran asegurables desde la fecha de vigencia inicial del certificado todas aquellas personas físicas que sean tarjetahabientes del Contratante y hayan aceptado las condiciones del seguro.

#### INGRESO Y EGRESO DE ASEGURADOS

La incorporación registrará a partir del día primero del mes siguiente a la fecha en que la cobertura es aceptada. Toda persona asegurada que egrese de la cobertura deberá ser comunicada por escrito al Asegurador. La cobertura cesará a partir de la cero hora del día que siga a la fecha de egreso. Toda persona asegurada que alcance la edad máxima estipulada en las Condiciones Particulares carecerá automáticamente de la cobertura otorgada por esta Póliza a partir de la cero hora del día primero del mes siguiente a la fecha de cumplir la edad máxima acordada.

#### RESCISIÓN DE LA COBERTURA INDIVIDUAL

La cobertura de cada Asegurado quedará rescindida o caducará en los siguientes casos: a) Por su renuncia a continuar con el seguro, b) por cese de la relación con el Contratante, c) por rescisión o caducidad de la póliza. Tanto la renuncia a que se refiere el punto a) como el cese previsto en el punto b) del inciso precedente, serán comunicadas a la Compañía por intermedio del Contratante y el seguro quedará rescindido a partir de la hora cero del día siguiente a la fecha en que la renuncia o el cese sean comunicados al Asegurador.

#### LIQUIDACIÓN POR FALLECIMIENTO. RECLAMOS.

Ocurrido el fallecimiento de un Asegurado durante la vigencia de esta póliza y de la cobertura individual respectiva, en conocimiento del hecho, el Contratante hará dentro del plazo máximo de 30 días la correspondiente comunicación a la Compañía en el formulario que ésta proporciona al efecto, el que irá acompañado de la partida de defunción, de una declaración del médico que haya asistido al asegurado o certificado su muerte, si lo hubiere, copia de historia 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. La compañía puede solicitar información adicional de ser necesaria. Aprobada esta documentación, la Compañía pondrá el importe del capital asegurado a disposición del beneficiario, comunicando previamente dichas circunstancias al Contratante.

#### RIESGOS CUBIERTOS

- **Fallecimiento 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.

#### RIESGOS NO CUBIERTOS

La Compañía no pagará la indemnización cuando el fallecimiento de un Asegurado se produjera, directa o indirectamente, como consecuencia de:

- 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.
- Práctica o utilización de la aviación, salvo como pasajero en servicios de transporte aéreo regular.
- Intervención en otras ascensiones aéreas o en operaciones o viajes submarinos.
- Guerra, guerra civil, u hostilidades bélicas con o sin declaración de guerra.
- Suicidio voluntario, 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.
- Exposición voluntaria a un peligro cierto (a excepción de que sea por salvar vidas humanas).
- 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.
- Participación en empresa criminal tipificada por la ley.
- Acontecimientos catastróficos originados por la energía atómica.
- Consumo de drogas, a menos que estas hayan sido indicadas por un médico y no para el tratamiento de drogadicción.
- Ingestión de alcohol o inhalación intencional de solventes.
- Tareas fuera de piso firme, a más de 4 mts de altura
- Deportes extremos
- Tareas que demanden uso de explosivos
- Fuerzas de seguridad

**COBERTURA DE SUICIDIO:** La muerte como consecuencia de suicidio de cualquiera de los asegurados, estará cubierta a partir del 3er año de ingreso del Asegurado en el seguro.

#### RESCISIÓN DE ESTA PÓLIZA

Sin perjuicio de las demás causales de rescisión y caducidad ya previstas, esta póliza podrá ser rescindida tanto por el Contratante como por la Compañía, previo aviso por escrito remitido con anticipación no menor de un mes (treinta – 30 – días) a cualquier vencimiento de primas, salvo estipulación en contrario.



En caso de desear nombrar beneficiarios a la póliza, por favor, complete la siguiente declaración:

**Beneficiarios asignados a la Póliza**

Nombre	Documento de Identidad	Parentesco
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Documento de Identidad \_\_\_\_\_

Firma del Asegurado

**SEGURO DE DESEMPLEO DEFINICIONES**

**Asegurado:** Podrá incorporarse a esta póliza toda persona que sea mayor de dieciocho (18) años inclusive y hasta los sesenta y cinco (65) años cumplidos que está expuesta al riesgo Asegurado y a cuyo favor se extiende el seguro. Asegurado es la persona designada como tal en las Condiciones Particulares de la póliza, que cumple con los requisitos que la misma exige y que se ve expuestas al riesgo de desempleo involuntario.

**Contratante:** Es la persona natural o jurídica que suscribe el seguro con la Compañía Aseguradora y que figura como tal en las Condiciones Particulares.

**Beneficiario:** El beneficiario corresponde a la persona natural o jurídica individualizada en las Condiciones Particulares de la póliza.

**Franquicia:** Es el periodo de tiempo que el asegurado debe permanecer en situación de Desempleo Involuntario para poder reclamar la indemnización.

**Carencia:** Es el periodo de tiempo desde el inicio de vigencia de la cobertura, durante el cual el Asegurado no tiene derecho alguno a indemnización. El periodo de carencia será el indicado en las condiciones particulares.

**Evento:** La ocurrencia de una situación de Desempleo Involuntario indemnizable bajo este seguro y no interrumpido por un Periodo Activo Mínimo.

**Periodo Activo Mínimo:** Lapso de tiempo que será determinado en las Condiciones Particulares de la póliza, durante el cual el Asegurado que ya ha sido indemnizado en razón del seguro y que ya ha obtenido nuevamente empleo, debe mantenerse en este para poder invocar el seguro si incurre nuevamente en desempleo involuntario.

**Antigüedad laboral:** Es el período mínimo que el Asegurado debe haber permanecido como trabajador, ininterrumpidamente hasta el momento del siniestro, para tener derecho a la indemnización otorgada por el presente seguro.

**Deducible:** Corresponde al número de cuotas, estipulado en las Condiciones Particulares, que debe pagar el Asegurado; posterior a la ocurrencia del evento de desempleo

**Periodo Cubierto:** Es el lapso de tiempo de aplicación de la cobertura según lo especificado en las Condiciones Particulares de la Póliza, para un solo evento de desempleo que afecte al Asegurado durante la vigencia de la póliza.

**Desempleo Involuntario:** Es la desvinculación laboral que se produce por circunstancias no imputables al actuar del Asegurado y que implique la privación total de ingresos por conceptos laborales.

**MATERIA ASEGURADA**

El pago de cuotas mensuales que pueden corresponder a una deuda, una cuota o porcentaje de la misma, a una cuenta de servicio, o a cuotas, cuya cantidad y monto deberá determinarse en las Condiciones Particulares de la póliza.

**RIESGOS CUBIERTOS**

De acuerdo a las Condiciones señaladas en las Condiciones Particulares, la Compañía indemnizará al beneficiario con el pago de los montos contratados si ocurre alguno de los siguientes eventos, según sea la circunstancia del asegurado:

**A) DESEMPLEO INVOLUNTARIO DEL ASEGURADO Esta póliza cubre solamente los casos de desempleo involuntario del trabajador en relación de dependencia.**

Para efectos del pago de la indemnización correspondiente, se consideraran única y exclusivamente como causales de desempleo involuntario las siguientes:

1. Para el caso de los empleados, las causales de término de relación laboral serán, exclusivamente, las siguientes:

1.1. Necesidades de la empresa. En caso de quiebra del empleador se considerara que la causal de término de la relación laboral es la necesidad de la empresa.

1.2. Mutuo acuerdo entre las partes. Para que el Desempleo sea considerado como involuntario, será necesario que el Asegurado tenga derecho al pago de indemnización por años de servicio.

1.3. Caso Fortuito o Fuerza Mayor.

2. En el caso de los empleados vinculados laboralmente y bajo régimen de subordinación y dependencia a la Administración Pública centralizada o descentralizada, sometidos al Estatuto Administrativo, el Desempleo será cubierto por la presente póliza, única y exclusivamente, si se produce por alguna de las siguientes causales:

2.1. Funcionarios de Planta:

Supresión del empleo del estatuto administrativo.

Termino del periodo legal del estatuto administrativo.

2.2 Personal a contratar:

No renovación del contrato una vez finalizado el plazo.

Queda establecido y convenido que la indemnización corresponderá a lo que se estipule en las condiciones particulares de la póliza de acuerdo a lo señalado en el artículo segundo precedente, siempre que el Asegurado acredite haber entrado en desempleo involuntario o mantenerse en tal situación, por los montos y límites que se especificaran en las condiciones particulares de la póliza.

Sin embargo, reintegrado el Asegurado al servicio laboral, con contrato de trabajo, cesará inmediatamente el pago de indemnizaciones con cargo a este seguro.

**OBLIGACION DE PRUEBA DEL SINIESTRO**

El asegurado deberá acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado, y declarar fielmente y sin reticencia, sus circunstancias y consecuencias.

**SINIESTROS E INDEMNIZACIONES**

Producido un siniestro, el Asegurado deberá comunicarlo por escrito a la Compañía plazo máximo dentro de las 48 horas. El cumplimiento extemporáneo de esta obligación hará perder el derecho a la indemnización establecida en la presente póliza, salvo en caso de fuerza mayor.

Los documentos que se deban presentar para la liquidación del siniestro se individualizarán en las Condiciones Particulares de la póliza. Sin perjuicio de lo anterior, la Aseguradora se reserva el derecho de solicitar cualquier otro que estime necesario para realizar esta liquidación.

**TÉRMINO DE LA COBERTURA.**

El seguro con respecto a cualquier Asegurado terminará inmediatamente al suceder el primero de estos hechos:

a) El fallecimiento del Asegurado.

b) La cancelación de la tarjeta a la cual es cargada la prima del seguro.

c) Falta de pago de la prima mensual, lo que no absuelve al Asegurado de la obligación de cancelar la deuda por el período transcurrido.

e) Pérdida de la condición de Asegurado, de conformidad con los términos previstos en la presente póliza.

f) Si el Asegurado o cualquier otra persona que obre por cuenta de éste, obstaculiza el ejercicio de los derechos de la Compañía, estipulados en la presente póliza.

g) Al cumplir el Asegurado el límite máximo de edad para estar Asegurado (65 años cumplidos).

Ningún beneficio será reconocido bajo la presente póliza después de la conclusión del seguro.



.....  
**Las Condiciones Generales de Póliza están disponibles en: [www.rsabroup.com.uy](http://www.rsabroup.com.uy)**

Convertibilidad de cobertura colectiva a Individual.- Siendo la presente cobertura de carácter colectivo el asegurado autoriza para que la misma pase a ser cobertura individual dentro del plazo de 13 meses, siempre que no se alteren las condiciones de la póliza y que ello no se traduzca en ningún perjuicio para el asegurado.- Dicha transferencia operará una vez que el asegurador comunicara al asegurado de dicha decisión.-

Esta póliza adquiere fuerza legal desde las doce (12) horas del día fijado como comienzo de su vigencia.

Declaro mi expresa adhesión y contratación respecto de la póliza colectiva de SEGURO DE VIDA Y DESEMPLEO emitida por Royal & Sun Alliance (Uruguay) S.A. cuyo contratante es SCOTIABANK.

Declaro, asimismo, haber sido debidamente informado acerca del alcance de las coberturas, y que se me ha entregado en este acto toda la información del seguro al que adhiero y contrato.

Firma del Asegurado