

Póliza de Accidentes Personales. Condiciones Generales.

ARTÍCULO 1. LEY DE LAS PARTES CONTRATANTES

Las partes Contratantes se someten a las disposiciones del Código de Comercio Uruguayo en lo que respecta al Contrato de Seguros, y a las de la presente póliza en cuanto complementen o modifiquen en favor del Asegurado y siempre cuando ello es admisible.

Esta póliza consta de Condiciones Generales, Condiciones Particulares y la solicitud del seguro.

ARTÍCULO 2. COBERTURA

La Compañía Aseguradora pagará a las Personas Aseguradas – el Asegurado y su Familia -- o a sus Beneficiarios, a consecuencia de lesiones producidas por accidente, las cantidades señaladas en las Condiciones Particulares, de acuerdo a la definición de las coberturas que se indican en el Artículo 19 de esta póliza. El Contratante podrá contratar una o más de estas coberturas, las que deberán estar expresamente consignadas en las Condiciones Particulares.

Para los efectos de este seguro se entiende por accidente, todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos, que afecte el organismo del Asegurado provocándole lesiones, que se manifiesten por heridas visibles o contusiones internas, incluyéndose asimismo el ahogamiento y la asfixia, torcedura y desgarramientos producidos por esfuerzos repentinos, como también estados septicémicos e infecciones que sean la consecuencia de heridas externas e involuntarias y hayan penetrado por ellas al organismo o bien se hayan desarrollado por efecto de contusiones.

ARTÍCULO 3. EXCLUSIONES

No se efectuará el pago de las cantidades establecidas de las coberturas indicadas en el Artículo 2 de esta póliza, cuando el fallecimiento o lesiones de las Personas Aseguradas se produzcan directa o indirectamente, total o parcialmente, a consecuencia de:

- A)** Efectos de guerra, declarada o no declarada, invasión, acción de un enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas, ya sea con o sin declaración de guerra.
- B)** Peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente que se ha tratado de legítima defensa.
- C)** Comisión de actos calificados como delito, así como la participación activa en rebelión, revolución, sublevación, asonadas, motín, conmoción civil, subversión y actos terroristas (con o sin participación activa del asegurado).
- D)** Suicidio, intento de suicidio, o herida causada a sí mismo, ya sea estando en su pleno juicio o enajenado mentalmente.
- E)** Prestación de servicios de las Personas Aseguradas en las Fuerzas Armadas o en funciones policiales de cualquier tipo.
- F)** Participación física y personal en carreras, apuestas, competencias y desafíos que sean remunerados o sean la ocupación principal de las Personas Aseguradas.
- G)** Intoxicación o encontrarse una de las Personas Aseguradas en estado de ebriedad, o bajo los efectos de cualquier narcótico, a menos que hubiese sido administrado por prescripción médica. Estos estados deberán ser calificados por la autoridad competente.
- H)** Desempeñarse las Personas Aseguradas como pilotos o miembros de la tripulación en cualquier tipo de avión, a menos que expresa y específicamente se prevea y acepte su cobertura por la Compañía Aseguradora.
- I)** Vuelos en líneas aéreas no regulares, a menos que expresa y específicamente se prevea y acepte su cobertura por la Compañía Aseguradora.
- J)** Riesgos nucleares o atómicos.
- K)** Cualquier tipo de enfermedad incluyendo enfermedades mentales y/o nerviosas.
- L)** Embarazo o maternidad, alumbramiento o la pérdida que resulta del mismo aunque sea causado o acelerado por accidente.
- M)** Anomalías congénitas y condiciones que surjan o resulten de ellos.
- N)** Cualquier daño que resulta en hernia.
- O)** Realización de una actividad o deporte riesgoso, tales como, pero no limitado a: aladeltismo, paracaidismo, buceo, boxeo, polo, polocrosse, rugby, rafting, viaje u operación de planeadores o aeroplanos acrobáticos, participación en competencias automotrices, motociclistas (uso de moto, ya sea como pasajero o conductor) o equinas o cualquier otro deporte ejercitado profesionalmente, salvo que sea expresamente aceptado por la Compañía Aseguradora y que el Contratante acepte pagar un determinado recargo de prima. Dicha exclusión deberá ser detallada en las Condiciones Particulares de la presente póliza.
- P)** Países excluidos de las coberturas: Irán, Irak, Afganistán, Colombia y Corea del Norte. La compañía aseguradora no pagará los siniestros ocasionados en estos países bajo ninguna causa.

ARTÍCULO 4. DEFINICIONES

A) Contratante: Es la persona que contrata la póliza y es señalada como tal en la Condiciones Particulares de la póliza.

B) Personas Aseguradas: Además del propio Asegurado, los miembros de su familia siempre que figuren en la solicitud de seguro aceptada por la Compañía Aseguradora, y se abone a su nombre la prima correspondiente.

C) Asegurado: Es la persona principal cubierta por la póliza y es señalada como tal en las Condiciones Particulares de la póliza.

D) Familia: Significa hijos del Asegurado y/o menores que están bajo la tenencia del Asegurado, elegibles, el Asegurado y su cónyuge.

E) Hijos del Asegurado y/o menores que están bajo la tenencia del Asegurado, elegibles: Significa todos los hijos o menores cuya tenencia haya sido otorgada judicialmente al Asegurado, que tengan entre 6 meses y 19 años de edad, que no estén casados y que residan permanentemente con el Asegurado.

F) Beneficiario: Es la persona o personas que reciben el pago de los beneficios de esta póliza si fallece una de las Personas Aseguradas cuando está en vigencia la póliza.

G) Fecha inicial de vigencia: Es la fecha a la cero hora desde la cual comienza la cobertura prevista en la póliza y se encuentra indicada en las Condiciones Particulares de la misma.

H) Fecha de emisión: Es la fecha en la cual la póliza es emitida y se encuentra señalada en las Condiciones Particulares de la póliza.

I) Edad inicial: Es la edad en años cumplidos que a la fecha inicial de vigencia de la póliza tenga el Asegurado.

J) Edad para seguro: Es la edad al cumpleaños más próximo a la Fecha de Inicio de Vigencia de la Póliza.

K) Edad alcanzada: Es la edad inicial del Asegurado más el número de años desde la fecha inicial de vigencia de la póliza.

L) Prima de la póliza: Es la cantidad que el Contratante se compromete a pagar periódicamente para tener derecho a los beneficios de la póliza.

ARTÍCULO 5. LÍMITE DE COBERTURA Y RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA

Esta póliza se renueva en forma automática, al término de cada período de cobertura de doce (12) meses, mediante el pago por adelantado de la prima especificada por la Compañía Aseguradora, siendo dicha prima calculada a la tasa que ésta tuviera en vigencia al momento de la renovación y hasta una edad máxima del Asegurado indicada en las Condiciones Particulares.

ARTÍCULO 6. DESIGNACIÓN Y CAMBIO DE BENEFICIARIO

Se tendrá como Beneficiario de esta póliza al propio Asegurado. En caso de fallecimiento de una de las Personas Aseguradas, se tendrá como Beneficiario a la persona o personas, cuyos nombres figuren con tal carácter en las Condiciones Particulares. El Asegurado podrá instituir como Beneficiario a cualquier persona, sujeto a la aprobación de la Compañía Aseguradora.

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 surja 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 hacerla. 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 asegurado 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 de una de las Personas Aseguradas 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 tenga 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 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. La Compañía Aseguradora quedará liberada, 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, 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 7. DECLARACIONES DEL ASEGURADO

Esta póliza se emite según las declaraciones del Contratante y del Asegurado consignadas en sus respectivas solicitudes y 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 el Asegurado, mediante su firma puesta al pie de los mencionados documentos, aún cuando éstos no fueran escritos por el mismo.

Toda declaración falsa o toda reticencia parcial o total de circunstancias o información conocidas por el Contratante o por el Asegurado, aún hecha 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 del riesgo, hace nulo el contrato.

La Compañía Aseguradora podrá invocar como reticencia o falsa declaración la omisión de hechos o circunstancias cuya pregunta conste expresa y claramente en la solicitud o en la declaración de salud para el presente seguro. La Compañía Aseguradora debe impugnar el contrato dentro de los 3 (tres) meses de haber conocido la reticencia o falsedad.

Cuando la reticencia no dolosa es alegada en el plazo mencionado en el párrafo anterior, la Compañía Aseguradora, a su exclusivo juicio, puede anular el contrato restituyendo la prima percibida con deducción de los gastos, o reajustarla con la conformidad del Asegurado al verdadero estado del riesgo.

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

En todos los casos, si el siniestro ocurre dentro del plazo de tres años del cual dispone la Compañía Aseguradora para impugnar la declaración del Contratante o del Asegurado, el plazo de Indisputabilidad, de acuerdo a lo establecido en el párrafo siguiente y la Compañía Aseguradora ha hecho uso de la opción establecida en su favor en caso de reticencia no dolosa, la Compañía Aseguradora no pagará prestación alguna. Cuando el contrato se efectúe por cuenta ajena se juzgará la reticencia por el conocimiento y la conducta del Contratante o del Asegurado.

Sin embargo, la Compañía Aseguradora renuncia expresamente a invocar cualquier reticencia - excepción hecha si fuese dolosa - como motivo de nulidad derivada de dichas declaraciones del Contratante y/o el Asegurado después de los tres años de vigencia de la póliza. Si la póliza hubiere sido rehabilitada, el plazo de indisputabilidad de tres años se computará a partir de la fecha de la última rehabilitación.

ARTÍCULO 8. PAGO DE PRIMAS

Esta póliza es emitida en consideración al pago por adelantado de la prima especificada en las Condiciones Particulares, y entra en vigor en la fecha de vigencia declarada en dichas Condiciones Particulares. Después de haber entrado en vigor, esta póliza continuará su efectividad hasta la fecha en que el período de cobertura expire. Todos los períodos de cobertura comenzarán y terminarán a las 00:00 horas de la localidad donde se emite la presente póliza.

A) Pago de Primas: El pago de las primas se hará en la oficina principal de la Compañía Aseguradora o en los lugares que ésta designe, dentro de los plazos estipulados al efecto en las Condiciones Particulares de esta póliza.

B) Plazo de gracia: Efectuado el pago de la primera prima inicial de la póliza, la Compañía Aseguradora concede un plazo de gracia de sesenta días (60), el cual será contado a partir del primer día del mes de cobertura no pagado, para el pago de las primas siguientes, cualquiera sea la forma de pago convenida. Durante este período, la póliza permanecerá en pleno vigor, y si una de las Personas Aseguradas cobra algún beneficio durante dicho plazo de gracia, se deducirá previamente del capital a pagar la prima vencida y no pagada.

C) Término del contrato por falta de pago de prima: Si al vencimiento del plazo de gracia no ha sido pagada la prima vencida, la póliza quedará sin efecto inmediatamente, sin necesidad de aviso, notificación o requerimiento alguno, quedando la Compañía Aseguradora libre de toda obligación y responsabilidad derivada de este contrato de seguro.

ARTÍCULO 9. 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 esta 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 pudieron corresponder en igual moneda, si cualquier norma legal o reglamentaria impidiera cumplir las obligaciones emergentes de esta póliza en moneda extranjera, tanto las primas como las eventuales indemnizaciones deberán ser satisfechas en moneda nacional, conforme el tipo de cambio financiero vendedor cotizado por el Banco de la República Oriental del Uruguay al cierre del día hábil inmediato anterior al de la fecha de pago de cada obligación.

ARTÍCULO 10. MODIFICACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO

Si el Asegurado sufre lesiones después de haber cambiado de una ocupación a otra, clasificada por la Compañía Aseguradora como más riesgosa que la declarada al contratar la póliza, o mientras se dedique en forma remunerada a cualquier actividad correspondiente a una ocupación clasificada como tal, la Compañía Aseguradora pagará únicamente, el porcentaje de las indemnizaciones previstas en esta póliza, que la prima pagada hubiere cubierto a las tasas y dentro de los límites fijados por la Compañía Aseguradora para dicha ocupación más riesgosa.

Si el Asegurado cambiase su ocupación por otra menos riesgosa que la señalada en esta póliza, la Compañía Aseguradora, al recibo de la prueba de dicho cambio, reducirá la tasa de la prima de acuerdo a la nueva ocupación, y devolverá el exceso a prorrata de la prima no devengada a la fecha del cambio de ocupación, o a la fecha del aniversario de la póliza inmediatamente precedente al recibo de dicha prueba, en caso que este aniversario hubiese ocurrido con posterioridad al cambio de ocupación. En la aplicación de esta disposición, la clasificación del riesgo ocupacional y la tasa de la prima, serán las vigentes a la fecha de la prueba de cambio de ocupación.

ARTÍCULO 11. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO O BENEFICIARIO EN CASO DE ACCIDENTE

Para tener derecho a los beneficios que otorga esta póliza, las Personas Aseguradas o los Beneficiarios, en su caso, deberán justificar debidamente la cantidad reclamada y deberán proporcionar las pruebas necesarias para demostrar, en forma clara y precisa, que la lesión o lesiones corporales, tuvieron su origen directa y precisamente en un accidente dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha del siniestro. En caso de no cumplirse con este requisito, la responsabilidad de la Aseguradora con respecto a las Personas Aseguradas o Beneficiarios emanada de esta póliza, cesará una vez transcurrido el último día del referido plazo.

La Compañía Aseguradora se reserva el derecho de solicitar a las autoridades competentes, y a su costo, que efectúe una autopsia en caso de muerte de una de las Personas Aseguradas. Si el Beneficiario se negare a permitir dicha autopsia o la retardase en forma tal que ella sea inútil para el fin perseguido, perderá el derecho a la indemnización asegurada por este contrato.

Cuando se produzca un accidente, éste se deberá poner en conocimiento de la Compañía Aseguradora por escrito dentro del plazo de treinta (30) días contado desde la fecha del siniestro, para lo cual se deberá llenar además un formulario proporcionado por la Compañía Aseguradora, salvo caso de fuerza mayor, en cuyo caso y previa comprobación del mismo, el plazo se entenderá prorrogado por los días en que haya durado tal impedimento.

ARTÍCULO 12. LIQUIDACIÓN DE SINIESTROS

Al fallecimiento del asegurado, los beneficiarios, acreditando su calidad de tales, podrán exigir el pago del capital asegurado presentando los siguientes antecedentes:

- A) Testimonio de la partida de defunción del asegurado.
- B) Testimonio de la partida de nacimiento para acreditar la fecha de nacimiento del asegurado.
- C) Informes, declaraciones, certificados o documentos, en especial los relativos al fallecimiento del Asegurado, destinados a probar la coexistencia de todas las circunstancias necesarias para establecer la responsabilidad de la Compañía Aseguradora.

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

ARTÍCULO 13. PAGO DEL MONTO ASEGURADO

La Compañía Aseguradora abonará la indemnización correspondiente al Beneficiario o a los Beneficiarios en una sola suma dentro de los 30 (treinta) días siguientes a la recepción, por parte de ésta, de toda la documentación exigida al Asegurado o al Beneficiario/s, según corresponda, conforme a lo dispuesta en el Artículo 12 anterior.

ARTÍCULO 14. TÉRMINO ANTICIPADO DEL CONTRATO

La Compañía Aseguradora se reserva el derecho de poner término al presente contrato en cualquier momento, sin otro requisito que el de comunicar esta decisión al Contratante y el Asegurado por telegrama colacionado y con treinta (30) días de anticipación. En este caso se devolverá al Contratante, de lo ya pagado por primas la proporción que corresponda al tiempo que faltó para la expiración normal del seguro. Igual derecho tendrá el Contratante, pero en este caso la Compañía Aseguradora le devolverá la diferencia entre la prima pagada y la prima consumida conforme a la tarifa para seguros de plazos cortos.

ARTÍCULO 15. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

La cobertura individual por cada Persona Asegurada bajo esta póliza termina cuando:

1. El Asegurado cumpla la edad límite de permanencia, de acuerdo a lo especificado en las Condiciones Particulares de la póliza.
2. El Cónyuge cumpla la edad límite de permanencia, de acuerdo a lo especificado en las Condiciones Particulares de la póliza.
3. El Cónyuge cesa de ser el cónyuge del Asegurado.
4. El Hijo(a) o la Persona que está bajo la tenencia cumple diecinueve (19) años.
5. El Hijo(a) o la Persona que está bajo la tenencia se casa o cese de depender principalmente del Asegurado.

ARTÍCULO 16. REHABILITACIÓN DE LA PÓLIZA

En caso que a la póliza se le haya puesto término anticipado, el Contratante o el Asegurado podrá solicitar personalmente su rehabilitación. Para resolver sobre esta petición, la Compañía Aseguradora podrá exigir del Asegurado que acredite, a satisfacción de la Compañía Aseguradora, que reúne las condiciones de salud y otras necesarias para ser readmitido como tal.

ARTÍCULO 17. IMPUESTOS, TASAS Y CONTRIBUCIONES

Los impuestos, tasas y contribuciones de cualquier índole y jurisdicción que pudieran crearse en lo sucesivo o los aumentos eventuales de los existentes, estarán a cargo del Contratante, de los Beneficiarios o de los herederos, según el caso.

ARTÍCULO 18. DOMICILIO

Para los efectos del presente contrato, las partes señalan como domicilio especial el que se menciona en las Condiciones Particulares de esta póliza.

ARTÍCULO 19. DEFINICIÓN DE LA COBERTURA

El Contratante podrá optar por una de las siguientes combinaciones de cobertura, las que deberán expresamente consignarse en las Condiciones Particulares: Cobertura de Muerte Accidental (Cobertura A); Cobertura de Muerte y Desmembramiento Accidental (Cobertura AB); Cobertura de Muerte y Desmembramiento Accidental e Incapacidad Total y Permanente (Cobertura ABC).

En ningún caso será pagada una indemnización por más de una de las pérdidas que resultan del mismo accidente, el mayor que resulta de previsión en: Protección A – “Muerte Accidental”; o Protección B – “Desmembramiento”; o Protección C “Incapacidad Total y Permanente”.

PROTECCIÓN A: MUERTE ACCIDENTAL

En virtud de esta cobertura, la Compañía Aseguradora pagará a los Beneficiarios el monto especificado en las Condiciones Particulares, inmediatamente después de recibidas y aprobadas las pruebas en cuanto a que el fallecimiento de una de las Personas Aseguradas se produjo durante la vigencia de esta cobertura, como consecuencia directa e inmediata de un accidente.

Se entenderá como fallecimiento inmediato aquel que ocurra a más tardar dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes de ocurrido el accidente.

Si el Asegurado falleciera como consecuencia de algún 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 caso de haber sido contratadas.

PROTECCIÓN B: DESMEMBRAMIENTO

En virtud de esta cobertura y cuando la lesión no ocasione la pérdida de la vida de una de las Personas Aseguradas producto de un accidente, sino que produzca cualquiera de las pérdidas que a continuación se indican, siempre que las consecuencias de las lesiones se manifiesten antes de los ciento ochenta (180) días contados desde su ocurrencia, la Compañía Aseguradora indemnizará al Asegurado los siguientes porcentajes del monto Asegurado indicado en las Condiciones Particulares de la póliza:

100% en caso de pérdida total de los dos ojos, o de ambos miembros superiores (brazos), o de las dos manos, o de ambos miembros inferiores (piernas), o de los dos pies, o de un miembro inferior (pierna) con una mano o un brazo;

50% por la pérdida total de uno de los miembros superiores (brazos), o uno de los miembros inferiores (pierna), o de una mano;

50% por la sordera completa de ambos oídos;

50% por la ceguera total de un ojo en caso que el Asegurado ya hubiere tenido ceguera total del otro antes de contratar este seguro;

40% por la pérdida total de un pie;

35% por la ceguera total de un ojo;

25% por la sordera completa de un oído en caso que el Asegurado ya hubiera tenido sordera completa del otro, antes de contratar este seguro;

20% por la pérdida total de un pulgar;

15% por la pérdida total del índice derecho o izquierdo;

13% por la sordera completa de un oído;

5% por la pérdida total de cualquiera de los demás dedos de la mano;

3% por la pérdida total de un dedo del pie;

La pérdida total de cada falange, se calculará en forma proporcional a la pérdida total del dedo completo correspondiente. La indemnización por la pérdida total o parcial de varios dedos, se determinará sumando el porcentaje asignado a cada uno de los dedos y falanges perdidos. La pérdida funcional total de cualquier miembro, se considerará como pérdida efectiva del mismo.

En el 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 de desmembramientos por uno o más accidentes ocurridos durante el período de cobertura de esta póliza, no podrá, en ningún caso, exceder del 100% del monto Asegurado para esta alternativa B. Para los efectos de la correcta interpretación de la terminología empleada en esta Alternativa B, se establece el significado de los siguientes términos:

Pérdida total: Se entiende por “pérdida total” referida a un miembro y órgano, su eliminación del organismo al cual pertenece, en forma definitiva y en su total integración anatómica y funcional.

Pérdida parcial: Se entiende por “pérdida parcial” la eliminación de parte de un órgano o miembro al cual pertenece en forma definitiva.

Pérdida Funcional Total: Se entiende por “pérdida funcional total” la ausencia definitiva y total de toda capacidad de función o fisiología del o de los órgano(s) afectados, pudiendo o no estar implicado el aspecto anatómico del miembro comprometido.

Miembro: Se entiende por “miembro”, cualquier extremidad articulada con el tronco, destinada a efectuar los movimientos de la locomoción y presión, tales como brazos y piernas.

PROTECCIÓN C: INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

En virtud de esta cobertura, el Asegurado que sufra lesiones producto de un accidente, dentro de los 180 días corridos contados desde la fecha del accidente, deberá probar ante la Compañía Aseguradora que se encuentra en estado de incapacidad total y permanente. Una vez transcurridos 12 (doce) meses consecutivos desde el reconocimiento de la incapacidad total y permanente por parte de la Compañía Aseguradora, y siempre que dicha incapacidad continúe, la Compañía Aseguradora comenzará a pagar, a partir del mes siguiente a la finalización de dicho plazo de 12 meses, el monto indicado en las Condiciones Particulares de la póliza, menos cualquier otro monto pagado al Asegurado por el mismo accidente bajo la cobertura definida en la Alternativa B, a razón del 1,0% (uno por ciento) mensual durante un período máximo de 100 (cien) meses mientras el Asegurado esté vivo o hasta el cese de su incapacidad, lo que ocurra primero.

Para los efectos de esta cobertura, se entiende por incapacidad total y permanente, cuando el Asegurado, si esta en condición de empleo, esta impedido totalmente, a consecuencia de una lesión corporal, de desempeñarse en cualquier trabajo remunerado o lucrativo para el cual el Asegurado esta calificado razonablemente por razón de educación, entrenamiento o experiencia. Si al momento de la pérdida, el Asegurado se encuentra en estado de desempleo, Incapacidad Total y Permanente significará la inhabilidad total y permanente de efectuar todos los deberes y actividades usuales y normales de una persona de la misma edad y sexo. La Compañía Aseguradora determinará si se ha producido la incapacidad total y permanente de un Asegurado, conforme a las pruebas presentadas y los exámenes requeridos en su caso. Esta determinación deberá efectuarse dentro de los 30 (treinta) días siguientes a aquel en que la Compañía recibió tales pruebas. Si la Compañía Aseguradora rechaza la incapacidad del Asegurado, éste último, dentro de los diez (10) días siguientes a la comunicación de la determinación de la Compañía Aseguradora, podrá requerir que la incapacidad sea evaluada por una junta compuesta por tres médicos, elegidos por él, dentro de una nómina de cinco o más médicos propuestos por la Compañía Aseguradora, los cuales serán profesionales de prestigio en el medio o eventualmente pertenecerán a las cátedras de la facultad de medicina. La junta médica deberá constituirse dentro de los 10 (diez) días hábiles siguientes al requerimiento efectuado por el Asegurado de que su incapacidad sea evaluada por la misma. El Asegurador deberá colaborar con la junta médica suministrando toda la información que le sea requerida y sometiéndose a todos los exámenes y/o análisis que le sean requeridos. La junta médica deberá emitir su pronunciamiento dentro de los 30 (treinta) días siguientes a partir de recibidos los resultados, producto del último de los exámenes y/o análisis requeridos.

La junta médica evaluará la incapacidad del Asegurado, pronunciándose si se encuentra incapacitado en forma total y permanente conforme a la definición de incapacidad contenida en esta Protección C.

La junta médica podrá someter al Asegurado a los exámenes médicos que considere necesarios. La declaración de incapacidad o invalidez del Asegurado de 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.

El costo de esta evaluación será a cargo de la Compañía Aseguradora. Durante el tiempo que dure esta evaluación, el Asegurado deberá continuar pagando las primas de esta póliza con el objeto de mantener vigentes las coberturas de la misma.

Si el dictamen de la junta médica es favorable al Asegurado, la Compañía Aseguradora comenzará a pagar la indemnización, una vez transcurridos 12 (doce) meses contados a partir del referido dictamen. La Compañía Aseguradora, dentro de un plazo no superior a treinta (30) 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 Aseguradora tendrá derecho a requerir evidencia de que la incapacidad total y permanente continúa, en cualquier momento durante los primeros dos (2) 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 Aseguradora tendrá derecho durante el período de pago, a que un médico de su elección examine al Asegurado por intervalos razonables durante los primeros dos (2) años y después de dicho período no más de una (1) vez al año, dentro de 90 (noventa) días previos al aniversario de la aprobación inicial de la invalidez. El costo de estas evaluaciones será a cargo exclusivo de la Compañía Aseguradora. El dejar de suministrar tal prueba o de someterse al examen médico dentro de las 90 (noventa) días de la fecha solicitada, terminará inmediatamente los beneficios bajo la presente cobertura.

La Cobertura para Incapacidad Total y Permanente sólo cubre al Asegurado y se vence cuando el mismo cumple sesenta y cinco (65) años o cuando el mismo accede a la jubilación por cualquier causal (artículo 16 de la ley 16.713), lo que ocurra primero.

ARTÍCULO 20. **JURISDICCIÓN**

Las partes acuerdan someterse a la jurisdicción de los tribunales competentes de la ciudad de Montevideo, República Oriental del Uruguay, en caso de cualquier conflicto que se suscite en relación con la interpretación, cumplimiento o aplicación de la presente póliza.

Condiciones Generales Cobertura de Vida. Beneficio Adicional.

BENEFICIARIOS

Salvo designación expresa, la Compañía abonará el beneficio de acuerdo al siguiente orden:

1. Al cónyuge e hijos legítimos del Asegurado
2. En defecto de la anterior categoría, a los padres legítimos del Asegurado
3. En defecto de la anterior categoría, a los hermanos legítimos.
4. En defecto de la anterior categoría, a los herederos legales del Asegurado

La Compañía quedará liberada de toda obligación luego de abonar el capital asegurado de acuerdo a la regla definida anteriormente.

RETICENCIA O FALSA DECLARACIÓN

Toda declaración falsa o toda reticencia parcial o total de circunstancias o información conocidas por el contratante o los asegurados, aún hecha de buena fe que a juicio de los peritos, hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones si la Compañía hubiese sido cerciorada del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato y/o los certificados.

ALCANCE TERRITORIAL

La cobertura se extiende al tránsito y/o permanencia del Asegurado en el extranjero, salvo en países que no mantengan relaciones diplomáticas con la República Oriental del Uruguay.

RIESGOS NO CUBIERTOS

La Compañía no pagará la indemnización prevista en caso de fallecimiento, cuando la muerte de un Asegurado se produjera por alguna de las siguientes causas:

- A)** Operaciones o viajes acuáticos, subacuáticos o aéreos de cualquier naturaleza (ascensiones en globo, aladeltismo, planeadores, parapente, etc.); salvo pacto en contrario, excepto como pasajero de líneas regulares sujetas a itinerario fijo;
 - B)** Participación con motivo de cualquier acto o hecho de guerra, internacional o civil, ya fuera ésta declarada o no, o bien en motines, asonadas, revoluciones, golpes de estado y/o sublevaciones, siempre que la muerte fuera consecuencia de estos hechos;
 - C)** Por todo riesgo derivado de reacciones o accidentes nucleares o químicos, o de accidentes causados por la manipulación de toxinas, microbios, bacterias, o de epidemias o peste;
 - D)** Muerte producida por riesgos catastróficos, entendiéndose por tales terremotos, inundaciones, aluviones, maremotos, erupciones de volcanes; salvo pacto en contrario
 - E)** Suicidio dentro de los tres años de vigencia ininterrumpida del seguro individual. La Compañía renuncia a su derecho de hacer valer la nulidad establecida por el artículo 698 del Código de Comercio transcurridos los tres años de vigencia ininterrumpida del seguro individual.
 - F)** Acto ilícito provocado deliberadamente por el contratante o el beneficiario por el importe que le pudiera corresponder como beneficio del seguro, si el seguro hubiere sido contratado sobre la vida de un tercero.
 - G)** Participación como parte activa en empresa criminal.
 - H)** Abuso de alcohol, drogas, estupefacientes, narcóticos o estimulantes.
 - I)** Desempeño de las profesiones de acróbata, buzo, jockey o domador de potros o fieras y/o la práctica de deportes o actividades peligrosas como alpinismo, andinismo, u otras actividades análogas; y manipuleo de explosivos y/o armas; o con exposición a radiaciones atómicas; salvo pacto en contrario.
 - J)** Por consecuencia de enfermedades y/o lesiones preexistentes al momento de la incorporación del Asegurado a esta póliza. Esta exclusión sólo operará en caso que la muerte del Asegurado se produzca dentro de los tres años de vigencia ininterrumpida del seguro individual.
 - K)** Se entiende por enfermedad o lesión preexistente la que tuviere origen o el Asegurado padeciere desde antes del momento de su incorporación a esta póliza. Dicha enfermedad o lesión será tenida en cuenta a los fines de esta exclusión de cobertura cuando fuere causante, directa o indirecta, de un eventual siniestro o del proceso de alguna invalidez, pérdida, accidente u otro riesgo cubierto por el seguro, o bien resulte desencadenante de los mismos o tuviere conexión directa o indirecta con el eventual siniestro o proceso cubiertos por su seguro.
-

AGRAVACIÓN DEL RIESGO

El asegurado debe comunicar a la Compañía las agravaciones del riesgo asumido por ella mediante esta póliza; las causadas por un hecho suyo, antes de que se produzcan, y las debidas a un hecho ajeno, inmediatamente después de conocerlas.

Se entiende por agravación del riesgo asumido, la que si hubiese existido al tiempo de la celebración, a juicio de peritos hubiera impedido este contrato o modificado sus condiciones.

Se consideran agravaciones del riesgo las que provengan de las siguientes circunstancias:

- A)** Modificación de la profesión, ocupación o actividad del Asegurado.
- B)** Fijación o residencia fuera del país.
- C)** Otras circunstancias que pudieran pactarse en las Condiciones Particulares.

La Compañía dentro de los 30 (treinta) días hábiles de recibida la comunicación del Asegurado y con un preaviso de 7 (siete) días, podrá rescindir el seguro, si las agravaciones del riesgo fueran de tal entidad, que de existir en el momento de la contratación, la Compañía no hubiere emitido esta póliza.

No obstante, cuando la agravación provenga del cambio de profesión o actividad del Asegurado y si de haber existido ese cambio al tiempo de la celebración, la Compañía hubiera concluido el contrato por una prima mayor, la suma asegurada se reducirá en proporción a la prima pagada.

La rescisión del contrato por agravación del riesgo da derecho a la Compañía:

- A)** Si la agravación del riesgo le fue comunicada oportunamente, a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido.
- B)** Si no le fue comunicada oportunamente, a percibir la prima por el período de seguro en curso, no mayor de un año.

Alternativamente, y a su sola opción, la Compañía podrá ofrecer al Asegurado la posibilidad de mantener la vigencia del seguro, incrementando la prima a pagar en el futuro.

PERSONAS ASEGURABLES

Se consideran asegurables a la fecha de emisión de esta póliza, todas las personas menores de 65 años, integrantes del Grupo de Afinidad. Las personas que en lo futuro entren a formar parte del grupo, así como las que reingresen al mismo, serán asegurables respectivamente, a partir de la fecha de su incorporación o reincorporación.

PERSONAS NO ASEGURABLES

Los incapaces absolutos y los menores de 14 años de edad no son asegurables para el caso de muerte. Tampoco son asegurables los que exceden el límite de edad de aceptación de la Compañía al momento de celebrarse el contrato, salvo pacto en contrario.

ENTRADA EN VIGOR DE CADA SEGURO INDIVIDUAL

El seguro de las personas asegurables comenzará a las cero (0) horas del día fijado como comienzo de vigencia en cada Póliza individual.

RESCISIÓN DEL SEGURO INDIVIDUAL

1. El seguro de cada Asegurado quedará rescindido o caducará en los siguientes casos:
 - **A)** Por su renuncia a continuar con el seguro;
 - **B)** Por dejar de pertenecer al Grupo de Afinidad regido por el Contratante;
 - **C)** Por rescisión o caducidad de la póliza;
 - **D)** Al cumplir el Asegurado la edad de sesenta y cinco (65) años, salvo pacto en contrario.
2. Tanto la renuncia a que se refiere el punto a) como el retiro del grupo previsto en el punto b) del inciso precedente, serán comunicadas a la Compañía por intermedio del Contratante y el seguro quedará rescindido a la hora veinticuatro (24) del último día del mes en que se haya producido la renuncia o retiro del grupo o el Asegurado haya cumplido sesenta y cinco (65) años de edad o la edad convenida entre las partes. Se presumirá que un Asegurado ha renunciado a continuar con el seguro, cuando al mismo no se le efectúe el descuento correspondiente a la prima de este seguro y no se ingrese a la Compañía dicho importe en la forma y plazo previstos. El Asegurado dispondrá de un plazo de 15 días contado a partir del vencimiento del plazo para el pago de la prima para efectuar los descargos que estime pertinentes.
3. En cualquier caso de rescisión o caducidad de esta póliza, caducarán simultáneamente todos los seguros individuales cubiertos por ella, salvo las obligaciones pendientes a cargo de la Compañía.
4. La rescisión del certificado individual será comunicada por la Compañía al Asegurado.

LIQUIDACIÓN

Cualquier liquidación que corresponda en cumplimiento de las obligaciones contraídas por la Compañía en esta póliza, será efectuada en su domicilio después de presentados y aprobados los documentos que acrediten el derecho de los reclamantes, quienes deberán suministrarlos a su exclusivo cargo. La Compañía dispondrá de un plazo de 15 días contados a partir de la recepción de la totalidad de la documentación para aprobar la misma. La Compañía efectuará el pago que corresponda a los beneficiarios dentro del plazo de

15 días contado a partir del momento de la aprobación de la documentación. Cuando la liquidación se efectúe por fallecimiento de un Asegurado durante la vigencia de esta póliza y del certificado respectivo, el Contratante hará la correspondiente comunicación a la Compañía en el formulario que ésta proporcionará al efecto, el que deberá ir acompañado de las siguientes pruebas: testimonio de la partida de defunción (legalizada si corresponde), declaración del médico que hubiese asistido al asegurado o certificado su defunción y declaración del beneficiario. También se aportará testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiese instruido con motivo del hecho determinante del fallecimiento del asegurado, sólo que razones procesales lo impidieran. Asimismo, se proporcionará a la Compañía cualquier información que se solicite para verificar el fallecimiento o la extensión de la prestación a su cargo y se le permitirá realizar las indagaciones que sean necesarias a tal fin. La Compañía efectuará el pago que corresponda a los beneficiarios dentro del plazo de 15 días a contar desde la recepción y aprobación por la Compañía de la documentación antes mencionada.

INFORMACIÓN A LA COMPAÑÍA

Los Asegurados se comprometen a suministrar todas las informaciones que sean necesarias para el fiel cumplimiento de esta póliza, tales como fechas, pruebas y certificados de nacimiento, defunción, incapacidad, sobrevivencia y cualquier otra que se relacione con el seguro. Cada Asegurado o sus beneficiarios en cuanto sea razonable, deberán probar mediante documentación fehaciente, la edad declarada en su solicitud individual. Dicha comprobación podrá hacerla el Asegurado en cualquier momento y la Compañía podrá exigirla antes de otorgar cualquier valor u opción acordados por esta póliza, ya sea al Asegurado o al beneficiario. Cuando se comprobare que a la fecha de contratación del seguro individual, el Asegurado era una persona no asegurable de acuerdo al Artículo 7º, será aplicable lo establecido en el Artículo 2º de estas Condiciones Generales. Cuando se comprobare que la edad del asegurado en la fecha de contratación del certificado, sobrepasara la máxima establecida para este plan, será de aplicación lo estipulado en el artículo 2º (reticencia o falsa declaración), de estas Condiciones Generales, en lo relativo a la nulidad de la cobertura

PRESCRIPCIÓN

Las acciones fundadas en esta póliza y en los certificados respectivos prescriben al año de ser exigibles las obligaciones correspondientes (art.1021 del Código de Comercio).