

SEGUROS



Condiciones Generales

SEGURO DE VIDA COLECTIVO

Artículo 1 - GENERALIDADES
Condiciones Generales Definiciones

a. Asegurador:	Seguros Sura S.A., quien asume el riesgo contractualmente pactado.
b. Contratante:	Se entiende por Contratante el tomador del seguro. Es la persona que contrata la póliza y es señalada como tal en las Condiciones Particulares de la póliza.
c. Asegurado:	Persona o personas a quien el Asegurador brinda cobertura de acuerdo a las Condiciones de esta.
d. Beneficiario:	Persona designada por el Asegurado para recibir los beneficios que acuerda la póliza, de acuerdo a las Condiciones de ésta.
e) Culpa Grave:	Actitud del Asegurado que no alcanza la intencionalidad, pero incide en el acaecimiento del siniestro o agrava el riesgo de tal modo que produce el siniestro.

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

2. Esta póliza ha sido extendida por la Compañía sobre la base de las declaraciones suscritas por el Contratante o por los Asegurados en sus respectivas solicitudes. Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Contratante o por los Asegurados, aún hechas de buena fe, que hubiere impedido el contrato o la aceptación de los seguros individuales, o habría modificado las condiciones de los mismos, si la Compañía hubiere sido cerciorada del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato o los certificados de los Asegurados, según el caso. No obstante, declarase la indisputabilidad del contrato por estas causas luego de transcurridos tres años del inicio de la vigencia de la cobertura individual respectiva, con excepción de los casos de dolo o mala fe del declarante.

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

Artículo 2 – PERSONAS ASEGURABLES

1. Se consideran personas asegurables desde la fecha de vigencia inicial del contrato a todas aquellas personas que tengan con el Contratante una relación de dependencia, de asociación o de afiliación.

2. Las personas que en el futuro se relacionen con el Contratante, según el numeral anterior, serán asegurables a partir del día primero del mes siguiente a la fecha de inicio de la relación con el Contratante, con sujeción a los artículos siguientes.

Artículo 3 – INGRESO Y EGRESO DE ASEGURADOS

1. El Contratante entregará al Asegurador, previo a la emisión de la Póliza, una nómina de personas asegurables con las respectivas fechas de nacimiento y, dentro de los primeros cinco días hábiles de cada mes, listas adicionales con las modificaciones por el ingreso o egreso de Asegurados.

2. Toda persona asegurable que ingrese a la nómina del Contratante deberá ser comunicada por escrito al Asegurador, según lo estipulado en el numeral anterior. La incorporación regirá a partir del día primero del mes siguiente a la fecha en que la incorporación a la nómina del tomador fue comunicada al Asegurador y aceptada por este.

3. Si la comunicación al Asegurador a la que se refiere el numeral anterior fuera efectuada pasados 30 días desde la fecha de inicio de la relación con el Contratante, el Asegurador podrá exigir requisitos de asegurabilidad, incluyendo la realización de exámenes médicos.
4. Toda persona asegurada que egrese de la nómina del Contratante deberá ser comunicada por escrito al Asegurador, según lo estipulado en el numeral primero. La cobertura cesará a partir de la cero hora del día que siga a la fecha de egreso.
5. 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.

Artículo 4 – CANTIDAD MÍNIMA DE ASEGURADOS

1. Es requisito esencial para que este contrato pueda mantenerse en vigencia en las condiciones pactadas en materia de Capitales Asegurados y tarifa de primas, que la cantidad de asegurados alcance los mínimos indicados en las Condiciones Particulares de esta Póliza.

2. Si en un determinado momento no se reunieran los mínimos antes mencionados, la Compañía se reserva el derecho de reducir las sumas aseguradas o de modificar la tarifa de primas aplicada. La Compañía notificará su decisión por escrito al Contratante con una anticipación no menor de treinta (30) días a la fecha de la reducción o modificación.

Artículo 5 – FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DE CADA COBERTURA INDIVIDUAL

1. Las personas asegurables que a la fecha de comienzo de la vigencia de esta póliza se encuentre en la nómina provista por el Contratante al Asegurador, contarán con cobertura a partir de las 12 horas del día fijado como comienzo de la vigencia.
2. Las personas que en el futuro se relacionen con el Contratante, según el Artículo 2, numeral 1, serán asegurables a partir de las 12 horas del día primero del mes siguiente a la fecha en que la incorporación a la nómina del tomador fue comunicada al Asegurador y aceptada por este.

Artículo 6 – BENEFICIO POR FALLECIMIENTO

Esta póliza cubre hasta el límite fijado en las Condiciones Particulares. Si dicha suma correspondiera a un múltiplo de sueldos, se considerarán los sueldos mensuales nominales a la fecha del fallecimiento, de acuerdo a la última declaración del Contratante al Asegurador.

La cobertura cesará totalmente a partir del día primero del mes siguiente a aquel en que el Asegurado cumpla 70 años de edad.

Artículo 7 – PRIMAS DEL SEGURO

1. La prima inicial convenida e inserta en las Condiciones Particulares de esta póliza regirá durante el primer año de vigencia del seguro. Dicha prima podrá ser ajustada en cada aniversario de la póliza por la Compañía, quien comunicará por escrito al Contratante la nueva prima resultante, con una anticipación no menor de treinta (30) días a la fecha del aniversario en que comience a regir la misma.
2. En cualquier momento en que se produzca una variación superior al veinticinco por ciento (25%) en la cantidad de asegurados o en la suma de los seguros individuales, el Contratante o la Compañía podrán exigir un nuevo cálculo

de prima, la que regirá hasta el próximo aniversario de esta póliza.

3. El importe a pagar por el Contratante resultará de multiplicar el premio estipulado por el número de personas aseguradas, o la prima convenida por el capital total asegurado, según el caso.

Artículo 8 – PAGO DE LAS PRIMAS

Las primas deberán ser pagadas por adelantado por el Contratante en las oficinas de la Compañía, o en el lugar que esta indique para el pago.

Artículo 9 – PLAZO DE GRACIA

1. La Compañía concede un plazo de gracia de un mes (no inferior a treinta – 30 – días) para el pago sin recargo de intereses, de todas las primas. Durante ese plazo esta póliza continuará en vigor, y si dentro de él se produjera el fallecimiento de uno o más de los Asegurados, la prima correspondiente al seguro de los fallecidos deberá ser pagada por el Contratante junto con la de los Asegurados sobrevivientes.

2. Para el pago de la primera prima, el plazo de gracia se contará desde la fecha de vigencia de esta póliza. Para el pago de las primas siguientes, dicho plazo de gracia correrá a partir de las doce (12) horas del día en que venza cada una.
3. Vencido el plazo de gracia y no abonada la prima, caducarán los derechos emergentes de esta póliza.
4. Los derechos que esta póliza acuerda al Contratante y a los Asegurados nacen el mismo día y hora en que comienzan las obligaciones a su cargo establecidas precedentemente.

Artículo 10 – FALTA DE PAGO DE LAS PRIMAS

Si cualquier prima no fuere pagada dentro del plazo de gracia, esta póliza caducará automáticamente, pero el Contratante adeudará a la Compañía la prima correspondiente al mes de gracia, salvo que dentro de dicho plazo hubiese solicitado por escrito su rescisión, en cuyo caso deberá pagar una prima calculada a prorrata por los días transcurridos desde el vencimiento de la prima impaga hasta la fecha de envío de tal solicitud.

Artículo 11 – CERTIFICADOS INDIVIDUALES

1. Si la prima del seguro fuera trasladada por el Contratante al Asegurado, la Compañía proporcionará a cada Asegurado, por intermedio del Contratante, un certificado individual en el que se establecen los derechos y obligaciones de las partes, así como también el monto del respectivo capital asegurado y la fecha de su entrada en vigor. Otorgará además, un certificado suplementario cada vez que se produzca un aumento de la cantidad asegurada y reemplazará el o los certificados vigentes en caso de reducción de la suma asegurada.
2. La Compañía se obliga a proporcionar a cualquier Asegurado comprendido en la cobertura de esta póliza copia de las Condiciones Generales y Particulares de la misma, cuando este lo requiera, así como de las coberturas adicionales que el seguro básico tuviera comprendidas. Los costos de emisión de estos documentos serán de cargo del solicitante. El mismo derecho se extiende a los beneficiarios designados en la cobertura, probado su carácter de tales.

Artículo 12 – RESCISIÓN DE LA COBERTURA INDIVIDUAL

1. 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

2. 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.
3. Si como adicional a esta póliza se hubiere contratado la cobertura de Invalidez Total y Permanente, en caso de pago con cargo a dicha cláusula adicional, no cabrá en ningún caso la indemnización por causa de muerte.

Artículo 13 – DESIGNACIÓN Y CAMBIO DE BENEFICIARIOS

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

2. El cambio de beneficiarios no tendrá validez si no consta en el certificado expedido por el Asegurador bajo la firma de este. El Asegurador quedará liberado de toda obligación en caso de pagar el capital asegurado a los beneficiarios designados

Artículo 14 – LIQUIDACIÓN POR FALLECIMIENTO. RECLAMOS.

1. 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, y del testimonio de cualquier actuación sumarial que hubiere instruido con motivo del hecho determinante de la muerte, salvo que razones procesales lo impidieran.
2. Aprobada esta documentación, la Compañía pondrá el importe del capital asegurado a disposición del beneficiario o los beneficiarios, comunicando

previamente dichas circunstancias al Contratante. No existiendo impedimentos que obsten a la aprobación de la documentación, los que serán informados a los beneficiarios reclamantes y al tomador contratante dentro de los 10 días de su constatación, la Compañía hará efectivo el pago de la liquidación en un plazo no mayor de 30 días siguientes al recibo de la documentación.

Artículo 15 – INFORMACIONES QUE DEBEN SUMINISTRARSE A LA COMPAÑÍA

1. El Contratante y los Asegurados, en cuanto sea razonable, se comprometen a suministrar todas las informaciones necesarias para el fiel cumplimiento de esta póliza, tales como las fechas de nacimiento, fechas de inicio de la relación con el Contratante y partida de defunción o cualquier otra que se relacione con el seguro.
2. En caso que se comprobase que la edad del Asegurado fuera mayor que la declarada, pero no sobrepasare el límite previsto por la Compañía, el capital individual asegurado y demás valores acordados por esta póliza se reducirán proporcionalmente a la relación que guarda la prima pagada respecto a la prima que hubiera correspondido a la edad verdadera, según tarifa vigente a

la fecha de emisión de la póliza.

3. Si la edad verdadera resultase menor que la declarada, la Compañía restituirá al Asegurado el excedente de las primas pagadas (o en caso de fallecimiento a sus beneficiarios) y reajustará las primas a vencer.
4. Cuando se comprobase que a la fecha de contratación de la póliza, el Asegurado era una persona no asegurable se procederá de acuerdo con las normas sobre reticencia o falsa declaración indicadas en esta póliza (Artículo 1, inciso 2°).

Artículo 16 – NÓMINA DE ASEGURADOS

El Asegurador entregará al Contratante, al momento de emitir la póliza, una nómina de los Asegurados con las respectivas sumas aseguradas y mensualmente listas adicionales de modificación por el ingreso o egreso de Asegurados.

Artículo 17 – EJECUCIÓN DEL CONTRATO

Las relaciones entre el Asegurador y los Asegurados o beneficiarios de éstos, se efectuarán siempre por intermedio del Contratante. En consecuencia, el Contratante efectuará el pago de las primas a la Compañía, siendo de su cargo cobrar a cada Asegurado su correspondiente obligación.

Artículo 18 – DENUNCIA DE OTROS SEGUROS COLECTIVOS

Los Asegurados que estuvieran o llegaran a estar incorporados a otra póliza de seguro colectivo emitida por la Compañía análoga a la presente, deberán comunicarlo por escrito a la Compañía, la que podrá aceptar esa situación o reducir la suma a asegurar. En caso de omisión, la Compañía considerará válido únicamente el certificado vigente de mayor suma y devolverá las primas cobradas de cualquier otro por el período de coberturas superpuestas.

Artículo 19 – RIESGOS CUBIERTOS

1. Esta póliza cubre el riesgo de fallecimiento del Asegurado con sujeción a las Condiciones Generales y Particulares del contrato.
2. El Asegurado está cubierto por esta póliza sin restricciones en cuanto a residencia y viajes que puede realizar, dentro o fuera del país.

3. Todas las ampliaciones de cobertura o agregación de beneficiarios bajo cláusulas especiales deberán considerarse como adicionales a la cobertura básica, debiendo necesariamente constar en las Condiciones Particulares o anexo de las mismas.

Artículo 20 – RIESGOS NO CUBIERTOS

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

- a) Participación como conductor o integrante de equipo en competencias de pericia o velocidad, con vehículos mecánicos o de tracción a sangre o en justas hípicas (saltos de vallas o carreras con obstáculos).
- b) Intervención en la prueba de prototipos de aviones, automóviles u otros vehículos de propulsión mecánica.
- c) Práctica o utilización de la aviación, salvo como pasajero en servicios de transporte aéreo regular.
- d) Intervención en otras ascensiones aéreas o en operaciones o viajes submarinos.
- e) Guerra, guerra civil, u hostilidades bélicas con o sin declaración de guerra.
- f) 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.
- g) Exposición voluntaria a un peligro cierto (a excepción de que sea por salvar vidas humanas).
 - h) 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.
 - i) Participación en empresa criminal tipificada por la ley.
 - j) Acontecimientos catastróficos originados por la energía atómica.
 - k) Consumo de drogas, a menos que estas hayan sido indicadas por un médico y no para el tratamiento de drogadicción.
 - l) Ingestión de alcohol o inhalación intencional de solventes.

Artículo 21 – ENFERMEDADES PREEXISTENTES

Esta póliza no cubre el riesgo de fallecimiento cuando este sea consecuencia de enfermedades diagnosticadas, o de las cuales el Asegurado tuviera conocimiento, con anterioridad a la fecha de comienzo de la cobertura

individual respectiva, salvo que hubieren sido comunicadas al Asegurador previamente a la vigencia de la cobertura y mediara aceptación de este.

Artículo 22 – 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.

Artículo 23 - CESIONES

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

Artículo 24 – DUPLICADO DE PÓLIZA Y DE CERTIFICADOS – COPIAS

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

2. El Contratante o los Asegurados tienen derecho a que se les entregue copia de sus declaraciones efectuadas con motivo de este contrato y copia no negociable de la póliza o del correspondiente certificado individual (Artículo 11).

Artículo 25 – IMPUESTOS, TASAS Y CONTRIBUCIONES

Los impuestos, tasas y contribuciones de cualquier índole y jurisdicción que se crearen en lo sucesivo o los aumentos eventuales de los existentes, estarán a cargo del Contratante, de los Asegurados, de sus beneficiarios o de sus herederos, según el caso, salvo cuando la ley los declare expresamente a cargo exclusivo de la Compañía.

Artículo 26 – FACULTADES DEL PRODUCTOR O AGENTE

El productor o agente de seguro, cualquiera sea su vinculación con la Compañía, autorizado por ésta para la mediación, sólo está facultado con respecto a las operaciones en las cuales interviene para:

- a) Recibir propuestas de celebración y modificación de contratos de seguros.
- b) Entregar los instrumentos emitidos por la Compañía, referentes a contratos o sus prórrogas.
- c) Aceptar el pago de la prima si se halla en posesión de un recibo de la Compañía y ha sido autorizada por esta.

Artículo 27 – DOMICILIO

El domicilio en el que las partes deben efectuar las denuncias, declaraciones y demás comunicaciones previstas en este contrato es el último declarado por ellas, por escrito a la otra parte, el que se considerará como válido a todos los efectos.

Artículo 28 – PRESCRIPCIÓN

Las acciones fundadas en esta póliza y en los certificados respectivos prescriben al año de ser exigible la obligación correspondiente. Para el beneficiario, el plazo de prescripción se computa desde que conozca la existencia del beneficio, pero en ningún caso excederá de tres años desde el nacimiento de su derecho a la prestación por parte de la Compañía.

Artículo 29 – JURISDICCIÓN

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

Nota: Si el contenido de la propuesta difiriera del texto de la póliza, se considerará únicamente a esta como válida y se tendrá como aprobada por el Contratante si no efectuara observaciones a su texto dentro de los treinta días siguientes a haberla recibido.

CLÁUSULA #1
INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE
1.RIESGOS CUBIERTOS

1. La Compañía concederá el beneficio que acuerda esta cláusula al Asegurado cuyo estado de invalidez total y permanente, como consecuencia de enfermedad o accidente, no le permita desempeñar por cuenta propia o en relación de dependencia cualquier actividad remunerativa, siempre que tal estado haya continuado ininterrumpidamente por doce (12) meses como mínimo y se hubiera iniciado durante la vigencia de su seguro y antes de cumplir sesenta y cinco (65) años de edad. Se excluyen expresamente los casos que afecten al Asegurado en forma parcial o temporal.
2. En las denuncias de invalidez, la Compañía procederá a su reconocimiento de acuerdo con las constancias médicas y demás elementos mencionados en el punto 5), siempre que sean razonablemente demostrativos del estado de invalidez total y permanente. La Compañía se reserva el derecho de disponer pericias médicas y el Asegurado estará obligado a someterse a ellas.

3. Sin perjuicio de otras causas, la Compañía reconocerá como caso de invalidez total y permanente, los siguientes:
- a) La pérdida de la vista de ambos ojos de manera total e irrecuperable por tratamiento médico y/o quirúrgico
 - b) La enajenación mental incurable
 - c) La parálisis general, total y permanente

2. BENEFICIO

La Compañía, comprobada la invalidez, abonará al Asegurado el capital establecido en las Condiciones Particulares de esta póliza.

3. CARÁCTER DEL BENEFICIO

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

4. RIESGOS NO CUBIERTOS

- Quedan excluídas de la cobertura de esta cláusula, las consecuencias de:
- a) Tentativa de suicidio voluntario o culpa grave del Asegurado.

- b) Duelo; riña salvo que se tratase de legítima defensa; huelga o tumulto popular en que hubiese participado como elemento activo; revolución; o empresa criminal.
- c) Abuso del alcohol, drogas o narcóticos.
- d) Acciones de guerra, declarada o no, dentro o fuera del país.
- e) Participar como conductor o integrante de equipo de competencias de pericia y/o velocidad, con vehículos mecánicos o de tracción a sangre, o en justas hípicas (saltos de vallas o carreras con obstáculos).
- f) Intervenir en la prueba de prototipos de aviones, automóviles y otros vehículos de propulsión mecánica.
- g) Practicar o hacer uso de la aviación, salvo como pasajero en servicios de transporte aéreo regular.
- h) Intervenir en otras ascensiones aéreas o en operaciones o viajes submarinos.
- i) Acontecimientos catastróficos originados por la energía atómica.
- j) Como resultado de cualquier enfermedad directa o indirectamente atribuible a VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) o cualquier enfermedad relacionada al VIH, incluyendo SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirido) o cualquier mutación derivada o variación causada por el VIH. *

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

5. COMPROBACIÓN DE LA INVALIDEZ

Corresponde al Asegurado o a su representante:

- a) Denunciar la existencia de la invalidez
- b) Presentar las constancias médicas o testimoniales de su comienzo y causas
- c) Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta dos exámenes médicos por facultativos designados por la Compañía y con gastos de cargo de ésta.
- d) Informes judiciales y de médico forense, si los hubiera, sobre las causas de la invalidez.

6. PLAZO DE PRUEBA

1. La Compañía, dentro de los treinta (30) días de recibida la denuncia y/o las constancias a que se refiere el punto anterior, contados desde la fecha que sea posterior, deberá hacer saber al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento de los beneficios.

2. Si las comprobaciones a que se refiere el punto 5 no resultaran concluyentes en cuanto al carácter total y permanente de la invalidez, la Compañía podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor a doce (12) meses, a fin de confirmar el diagnóstico.

3. La no contestación, por parte de la Compañía dentro del último plazo establecido, significará automáticamente el reconocimiento de los beneficios reclamados.

7. INSANIA MENTAL

En caso de invalidez por insania mental, la Compañía pagará las rentas al curador designado judicialmente.

8. VALUACIÓN POR PERITOS

Si en la apreciación de la invalidez del Asegurado surgieran divergencias entre su médico y el designado por la Compañía, ambos procederán de inmediato a nombrar un tercero, quien previo examen del Asegurado, dictaminará al respecto.

Los peritos serán designados dentro de los treinta días siguientes a la denuncia de invalidez. Todos los peritos dispondrán de 45 días a partir de su designación para extender el dictamen respectivo.

Los gastos serán soportados por las partes en el orden

causado y los honorarios del tercer médico, por el Asegurado si se desecharan sus pretensiones, o por el Asegurador si quedará obligada a atenderlas.

9. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

La cobertura del riesgo de invalidez prevista en esta cláusula, cesará para cada certificado en las siguientes circunstancias:

- a) Al caducar la póliza y/o la cobertura individual por cualquier causa
- b) A partir de la fecha en que el Asegurado cumpla sesenta y cinco (65) años de edad.
- c) Por el cese de la relación del Asegurado con el Contratante, según lo previsto en el Art.2 de las Condiciones Generales.

**CLÁUSULA #2
INDEMNIZACIÓN ADICIONAL EN CASO DE MUERTE POR ACCIDENTE O DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL**

1.RIESGOS CUBIERTOS

1. La Compañía concederá el beneficio que acuerda esta cláusula cuando el Asegurado sufra, antes que haya cumplido 65 años de edad, un accidente indemnizable que fuere la causa de su muerte o de alguna o algunas de las pérdidas físicas contempladas en esta cobertura.

2. A los efectos de esta cobertura adicional, se considera accidente indemnizable a toda lesión corporal producida directa y exclusivamente por causas externas, visibles, violentas y fortuitas, ajenas a toda otra causa e independientes de la voluntad del asegurado. Se excluyen expresamente reclamos a consecuencia de enfermedades o infecciones de cualquier naturaleza, no causadas por el propio accidente.

2. BENEFICIO

La Compañía, una vez comprobado el accidente y sus consecuencias indemnizables según el inciso anterior, abonará al Asegurado o beneficiario instituido el porcentaje de la suma asegurada que se establece en la escala siguiente:

- Por pérdida total
- De la vida 100%
 - De la vista de ambos ojos 100%
 - De ambos brazos o de ambas manos 100%
 - De ambas piernas o de ambos pies 100%
 - De un brazo y una mano 100%
 - De una pierna y una mano 100%
 - Del brazo o de la mano derecha 60%
 - Del brazo o de la mano izquierda 50%
 - De una pierna o de un pie 50%
 - De un solo ojo 35%
 - Del pulgar de la mano derecha 18%
 - Del pulgar de la mano izquierda 16%
 - Del índice de la mano derecha 14%
 - Del índice de la mano izquierda 12%
 - Del meñique de la mano derecha 12%
 - Del meñique de la mano izquierda 10%
 - Del medio o anular de la mano derecha 8%
 - Del medio o anular de la mano izquierda 6%
 - Del pulgar del pie 5%
 - De cualquier otro dedo del pie 3%

Se deja expresamente establecido que:

- a) Por pérdida total se entiende la que tiene lugar por la amputación o por la inhabilitación completa y definitiva del órgano o miembro lesionado.
- b) Por las falanges, solamente la separación completa será considerada como pérdida, correspondiendo la siguiente indemnización: por la pérdida de una falange del pulgar, la mitad y por la pérdida de una falange de cualquier otro dedo, un tercio del porcentaje fijado por la pérdida del dedo entero.
- c) De las indemnizaciones que correspondan por pérdida de una mano o de un pie, se deducirán las que se hubiesen abonado por la pérdida de dedos o falanges.
- d) En caso de constar en la solicitud o declaración personal que el Asegurado es zurdo, los porcentajes de las indemnizaciones se modificarán y aplicarán respetándose esta característica particular del Asegurado.
- e) El monto máximo de las indemnizaciones por uno o más accidentes queda limitado al 100% de la suma asegurada vigente.
- f) En caso de varias pérdidas en uno o más accidentes, el Asegurador abonará la indemnización que corresponda a la suma de los respectivos porcentajes; cuando esa suma sea de 80% o más, se pagará la indemnización máxima prevista por esta cobertura.

- g) Si las consecuencias de un accidente ya indemnizado se agravaren, y durante el transcurso de los doce meses siguientes a la fecha del accidente, ocasionaren otra u otras pérdidas, el Asegurador pagará cualquier diferencia que pudiere corresponder, sin excederse del máximo de la cobertura.

3. CARÁCTER DEL BENEFICIO

La indemnización por accidente es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la cobertura básica y en consecuencia, la Compañía no hará por este concepto deducción alguna de la indemnización a pagar por la cobertura principal.

4. RIESGOS NO CUBIERTOS

Quedan excluidos de la cobertura de esta cláusula, los accidentes que sean consecuencia de:

- a) Tentativa de suicidio voluntario o culpa grave del Asegurado
- b) Duelo; riña, salvo que se tratase de legítima defensa; huelga o tumulto popular en que hubiese participado como elemento activo; revolución; o empresa criminal.
- c) Abuso del alcohol, drogas o narcóticos.

- d) Acciones de guerra, declarada o no, dentro o fuera del país.
- e) Participar como conductor o integrante de equipo en competencia y/o velocidad, con vehículos mecánicos o de tracción a sangre, o en justas hípicas (saltos de vallas o carreras con obstáculos).
- f) Intervenir en la prueba de prototipos de aviones, automóviles u otros vehículos de propulsión mecánica.
- g) Practicar o hacer uso de la aviación, salvo como pasajero en servicios de transporte aéreo regular.
- h) Intervenir en otras ascensiones aéreas o en operaciones o viajes submarinos.
- i) Inhalaciones de gases o envenenamiento de cualquier naturaleza.
- j) Operación quirúrgica no motivada por accidente.
- k) Fenómenos sísmicos, huracanes.
- l) Actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por ninguna necesidad profesional, salvo en caso de tentativa de salvamento de vidas o bienes.
- m) Acontecimientos catastróficos originados por la energía atómica.
- n) Fallecimiento que sea consecuencia de enfermedades o infecciones de cualquier naturaleza, no causadas por el propio accidente.

5. COMPROBACIÓN DEL ACCIDENTE

Para tener derecho a cualquiera de las indemnizaciones adicionales que contemplan estas condiciones adicionales específicas, se requiere:

- a) que el accidente sea denunciado al Asegurador dentro de los quince (15) días de la fecha en que haya ocurrido, salvo caso fortuito o fuerza mayor sin culpa o negligencia del obligado
- b) que el fallecimiento o pérdida indemnizable se produzca dentro de los ciento ochenta (180) días del accidente
- c) que se suministren al Asegurador las pruebas concluyentes necesarias para la comprobación de la causa del accidente y la forma en que se produjo, reservándose éste el derecho y la oportunidad de exhumar el cadáver y practicar la autopsia con asistencia de un facultativo que haya designado. El beneficiario deberá prestar su conformidad y su concurso para la obtención de las correspondientes autorizaciones para realizarla.

6. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

La cobertura del riesgo de accidente previsto en esta cláusula, cesará para cada certificado en las siguientes circunstancias:

- a) Al caducar la póliza y/o el certificado individual por cualquier causa.
- b) Al producirse la invalidez total y permanente del Asegurado, si esta está cubierta por la póliza.
- c) A partir de la fecha en que el Asegurado cumpla sesenta y cinco (65) años de edad.
- d) Al finalizar la relación del Asegurado con el Contratante.
- e) A partir del momento en que las indemnizaciones pagadas por aplicación de esta cláusula resulten equivalente o superiores al 100% de la suma asegurada vigente.

CLAUSULA #3
ANTICIPO DEL CAPITAL ASEGURADO EN CASO DE
DIAGNOSTICO DE ENFERMEDADES TERMINALES

Artículo 1 – Riesgo cubierto

La Compañía concederá el beneficio que acuerda esta Cláusula cuando el Asegurado haya sido diagnosticado como enfermo terminal, siempre que tal enfermedad terminal se hubiere indicado durante la vigencia de su cobertura individual y antes de cumplir los sesenta y cinco (65) años de edad. Se excluyen expresamente enfermedades o condiciones médicas tratadas o diagnosticadas con anterioridad al inicio de la cobertura individual respectiva.

Artículo 2 – Beneficio

- 1. Comprobado el estado de enfermo terminal, la Compañía abonará al Asegurado una proporción del capital asegurado por muerte, dentro del plazo estipulado. El beneficio máximo previsto será el porcentaje del capital asegurado por muerte en la póliza básica hasta el límite estipulado para esta Cláusula.
- 2. Este beneficio será aplicable solamente a aquellas enfermedades terminales diagnosticadas por primera vez después de la fecha de comienzo de la cobertura individual del Asegurado.

Ningún beneficio se abonará si la enfermedad en cuestión ha sido diagnosticada o si se ha recibido tratamiento por dicha enfermedad antes de las fechas anteriormente mencionadas.

- 3. La Compañía cobrará un interés sobre la suma del anticipo efectuado. El interés se acumulará diariamente a una tasa que no exceda el 6,5% efectivo anual. Ningún otro anticipo adicional será pagado bajo esta Cláusula si los beneficios ya abonados más el interés devengado igualan las sumas máximas previstas.

Artículo 3 – Carácter del beneficio

Este beneficio constituye un anticipo de la indemnización prevista en caso de muerte del Asegurado. El monto indemnizado en virtud de esta Cláusula más los intereses respectivos serán deducidos del capital asegurado a pagarse al fallecimiento del Asegurado.

Artículo 4 – Riesgos no cubiertos

La Compañía no anticipará ninguna indemnización cuando la enfermedad terminal sea consecuencia de alguna de las siguientes causas:

- a) Tentativa de suicidio voluntario del Asegurado;
- b) Si es provocada deliberadamente por acto ilícito del beneficiario del presente seguro; o en caso de accidente si este es provocado por dolo o culpa grave del Asegurado;
- c) Por duelo o riña, salvo que se tratase de legítima defensa; empresa o acto criminal o aplicación legítima de la pena de muerte;
- d) Hecho de guerra civil o internacional, guerrilla, rebelión, sedición, motín, asonada, atentado a la Constitución, terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo;
- e) Ingestión de alcohol, drogas, estupefacientes, narcóticos o estimulantes;
- f) Someterse a intervenciones médicas o quirúrgicas ilícitas, tratamientos no autorizados legalmente, o de carácter experimental, o realizado en instituciones o por personal legalmente no habilitado, teniendo conocimiento de tal circunstancia;
- g) Por la práctica o el uso de la navegación aérea, salvo como pasajero en líneas regulares, o por otras ascensiones aéreas, aladeltismo o parapente;
- h) Por la participación en viajes o excursiones a zonas o regiones inexploradas, prácticas deportivas submarinas, acuáticas o subacuáticas o escalamiento de montaña;

- i) Competir en pruebas de pericia y/o velocidad con vehículos mecánicos o de tracción a sangre o en justas hípicas, o cualquier otra prueba análoga;
- j) Intervenir en pruebas de prototipos de aviones, automóviles y otros vehículos de propulsión mecánica;
- k) Desempeño de las profesiones de acróbata, buzo, jockey y domador de potros o fieras y/o la práctica de deportes o actividades peligrosas como alpinismo, andinismo, esquí acuático o de montaña, caza, motonáutica u otras actividades análogas y manipuleo de explosivos y/o armas o con exposición a radiaciones atómicas, salvo pacto en contrario;
- l) Acontecimientos catastróficos originados por reacciones o accidentes nucleares, químicos biológicos, bacteriológicos y/o fenómenos naturales, epidemias o pestes;
- m) Acontecimientos catastróficos, entendiéndose por tales terremoto, inundación, aluviones, maremotos, erupciones volcánicas y huracanes;
- n) De una infección que sea consecuencia directa o indirecta del virus HIV “Human Inmune Virus” (Virus de Inmunodeficiencia Humana) o de una infección oportunista y/o neoplasma maligno (tumor) y/o cualquier condición de enfermedad, si al momento de producirse, el Asegurado tiene el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o es seropositivo al HIV (Virus de Inmunodeficiencia Humana).

A los fines de esta exclusión, el término “Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida” tendrá el significado asignado al mismo por la Organización Mundial de la Salud, según fue dado en su publicidad anual. El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida incluirá HIV (Virus de Inmunodeficiencia Humana), encefalopatía (demencia), HIV Síndrome Devastador y ARC “Aids Related Condition” (Condición Relacionada con el SIDA). Las infecciones oportunistas incluirán entre otras a la neumonía pneumosistis carinii, organismo del virus de enteritis crónica y/o infección diseminada de hongos. El neoplasma maligno incluirá, entre otros, al Sarcoma de Kaposi, al linfoma del sistema nervioso central y/u otras tumoraciones o neo formaciones malignas conocidas en la actualidad o que se conozcan, como causas de enfermedad en presencia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida;

o) Lesiones producidas por el uso de rayos “X” o similares o de cualquier elemento radioactivo;

p) Inhalación de gases o envenenamiento de cualquier naturaleza.

Artículo 5 – Comprobación de la enfermedad terminal
Corresponde al Asegurado o a su representante:

a) Denunciar la existencia de la enfermedad terminal

b) Proveer pruebas satisfactorias a la Compañía de su Enfermedad Terminal y que la expectativa de vida del Asegurado no sea mayor de doce (12) meses desde el día de la presentación de la solicitud del beneficio. Estas pruebas deberán incluir las constancias médicas necesarias realizadas por un profesional médico autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión. El médico que extiende tal certificación no podrá ser el mismo Asegurado, ni su cónyuge, ni un miembro cercano de la familia, ni una persona que conviva con él. Asimismo se requerirá que el Asegurado recurra para el tratamiento de su enfermedad terminal, a un establecimiento asistencial (Sanatorio, Hospital, Clínica, Instituto, Policlínica, etc.) que se halle habilitado legalmente para funcionar por el Organismo de Control Sanitario correspondiente y autorizado por éste, a dar asistencia y tratamiento clínico al tipo de enfermedad padecida por el Asegurado.

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

Artículo 6 – Plazo de Prueba

1. La Compañía dentro de los quince (15) días de recibida la denuncia y/o las constancias a que se refiere el punto anterior, contados desde la fecha que sea posterior, deberá hacer saber al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. Si las comprobaciones a que se refiere el punto 6º no resultaran concluyentes en cuanto al carácter de la enfermedad, la Compañía podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor de treinta (30) días, a fin de que se aporten las pruebas necesarias para confirmar el diagnóstico.
2. Aportadas las pruebas necesarias, la no-contestación, por parte de la Compañía dentro del plazo establecido, significará el reconocimiento del beneficio reclamado.

Artículo 7 – Valuación de peritos

- 1.Si no hubiere acuerdo entre las partes, la existencia o persistencia, carácter y grado de la enfermedad serán determinadas por 2 médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los quince días de su designación, a un tercer facultativo para el caso de divergencia.
2. De no llegarse a un acuerdo para la designación del tercer perito, este nombramiento lo hará el juez competente a pedido de partes.
- 3.Los médicos designados por las partes deberán presentar su informe dentro de los treinta (30) días y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de quince (15) días.
4. Los honorarios y gastos de los médicos de las partes estarán a su respectivo cargo, y los del tercero serán pagados por la parte cuyas pretensiones sean desechadas, salvo el caso de equidistancia en que se pagará por mitades entre las partes.

Artículo 8 – Terminación de la cobertura

La cobertura prevista en esta Cláusula, cesará en las siguientes circunstancias:

- a) a partir del momento en que el Asegurado haya percibido la totalidad del beneficio que concede esta Cláusula;
- b) al caducar la póliza o cobertura individual por cualquier causa;
- c) a partir del último día hábil del mes en que el Asegurado cumpla sesenta y cinco (65) años de edad.

Montevideo:

Edificio Art Carrasco
Av. Italia 7519
C.P. 11500
Tel.: (598) 2603 0000

Suc. Paysandú

Florida 1148
C.P. 60000
Tel./Fax: (598) 4722 0061

Suc. Colonia

Rivadavia 459
C.P. 70000
Tel.: (598) 4523 0258
Fax: (598) 4523 0239

Suc. Rivera

Sarandí 651
C.P. 40000
Tel.: (598) 4623 2819
Telefax: (598) 4623 2823

Suc. Punta del Este

Av. FD. Roosevelt s/n Local 002
Torre Amadeus - Parada 7 1/2
C.P. 20100
Tel.: (598) 4249 4822
Fax: ext.104

Suc. Salto

Avda. Blandengues 298
C.P. 50000
Tel.: (598) 4733 9512

Suc. Tacuarembó

18 de Julio 198 Local 2
C.P. 45000
Tel.: (598) 4633 3540
Fax: (598) 4632 6896

Suc. Canelones

Treinta y Tres 696
C.P. 90000
Tel.: (598) 4333 4491

segurossura.com.uy



seguros SURA Uruguay



App disponible
Seguros Sura Uruguay

CONDICIONES PARTICULARES SEGURO SALDO DEUDOR

Cubre fallecimiento por cualquier causa por el saldo de deuda con un máximo de \$ 1.000.000 (un millón de pesos uruguayos) por asegurado.

No se solicita historia clínica

Edad límite de ingreso y permanencia de la póliza es de 80 años

Exclusiones: Tareas a más de 4 mts de altura que sean realizadas en piso firme, deportes extremos, tareas que demanden uso de explosivos y fuerzas de seguridad.

Cambios y endosos a las Condiciones Generales de la Póliza de Seguro de Vida Colectivo:

1. Se sustituye el Artículo 2- PERSONAS ASEGURABLES por la siguiente redacción:

Se consideran asegurables desde la fecha de vigencia inicial del contrato todas aquellas personas físicas que sean deudores del Contratante, por los créditos asegurables mencionados en las Condiciones Particulares de la póliza.

2. Se sustituye el Artículo 13- DESIGNACIÓN Y CAMBIO DE BENEFICIARIOS por la siguiente redacción:

Se considera beneficiario en caso de muerte del Asegurado a FLODER S.A

Para informarse sobre condiciones generales puede acceder al siguiente link:

[Vida | Seguros SURA Uruguay](#)