

Póliza de Seguro de Vida temporario y convertible con cobertura hasta 65 años de edad. 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 aquellas disposiciones en favor del Asegurado, siempre y cuando, ello sea admisible.

Esta póliza consta de Condiciones Generales, Condiciones Particulares y la Solicitud del Seguro.

ARTÍCULO 2. COBERTURA

En caso de ocurrir el deceso del Asegurado, encontrándose esta póliza en vigor, sus Beneficiarios percibirán el Beneficio por Fallecimiento contratado, descontadas las deudas que pudiera mantener el Contratante con la Compañía Aseguradora.

Cuando el Asegurado tenga 55 años de Edad para Seguro, la Suma Asegurada como Beneficio de la Cobertura, se baja un 25%. Cuando el Asegurado tenga 60 años de Edad para Seguro, la Suma Asegurada como beneficio de la Cobertura se baja otro 25%, aplicado sobre la Suma Asegurada original.

La prima se devengará hasta la fecha de fallecimiento del Asegurado o hasta que éste cumpla 65 años, lo que ocurra primero.

ARTÍCULO 3. EXCLUSIONES

Este seguro no cubre el riesgo de muerte si el fallecimiento del Asegurado fuere causado por:

- A) Suicidio, automutilación, o autolesión.
- B) Pena de muerte o por participación en cualquier acto delictivo.
- C) Acto delictivo cometido, en calidad de autor, coautor o cómplice, por un Beneficiario o quien pudiera reclamar la cantidad asegurada o la indemnización.
- D) Actos de guerrilla, guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, terrorismo, huelga o tumulto popular, sedición, motín o hechos que las leyes califican como delitos contra la seguridad interior del estado.
- E) En los seguros sobre la vida de un tercero, la muerte provocada deliberadamente por un acto ilícito del Contratante.
- F) Realización de una actividad o deporte riesgoso, que las partes hayan acordado excluir de la cobertura, al no aceptar el Contratante un recargo de prima. De dicha exclusión deberá dejarse constancia detallada en las Condiciones Particulares.
- G) Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva.

ARTÍCULO 4. DEFINICIONES

- A) **Contratante:** Es la persona que contrata la póliza y es señalada como tal en las Condiciones Particulares de la póliza.
- B) **Asegurado:** Es la persona cubierta por la póliza y es señalada como tal en las Condiciones Particulares de la póliza.
- C) **Beneficiario:** Es la persona o las personas que recibirán el pago de los beneficios de esta póliza si fallece el Asegurado estando en vigencia la póliza.
- D) **Fecha inicial de vigencia:** Es la fecha, a la cero hora, en que comienza la cobertura prevista en la póliza y se encuentra indicada en las Condiciones Particulares de la misma.
- E) **Fecha de emisión:** Es la fecha en la cual la póliza es emitida y se encuentra señalada en las Condiciones Particulares de la póliza.
- F) **Edad inicial:** Es la edad en años cumplidos que a la Fecha inicial de vigencia de la póliza tenga el Asegurado.
- G) **Edad para seguro:** Es la edad al cumpleaños más próxima del Asegurado a la Fecha inicial de Vigencia de la Póliza.
- H) **Edad alcanzada:** Es la edad inicial del Asegurado más el número de años desde la Fecha inicial de vigencia de la póliza.
- I) **Prima de la póliza:** Es la cantidad que el Contratante se compromete a pagar periódicamente para tener derecho a los beneficios de la póliza.
- J) **Prima de las coberturas adicionales:** Es la cantidad que el Contratante se compromete a pagar periódicamente para tener derecho a los beneficios de las coberturas adicionales que se hayan incluido en la póliza.
- K) **Fecha de Finalización:** Es la fecha en que la cobertura se termina, pero en que puede ser renovada automáticamente sin requisitos de asegurabilidad adicionales. Cuando la póliza haya sido contratada el día 29 de febrero de un determinado año, se tendrá por Fecha de Finalización la hora cero del día 28 de febrero del año que corresponde.
- L) **Riesgo Estándar:** Son aquellas personas que se encuentran en buen estado de salud y las actividades que desempeñan no son riesgosas, todo esto a exclusivo juicio de la Compañía Aseguradora.

M) Riesgo Sub Estándar: Es cuando por su estado de salud o actividad (a exclusivo juicio de la Compañía Aseguradora), existe un mayor riesgo de vida y por lo tanto se le cobra a dicha persona una extraprima que refleja el riesgo según su estado personal.

ARTÍCULO 5. DESIGNACIÓN Y CAMBIO DE BENEFICIARIOS

En caso de fallecimiento del Asegurado se tendrá como Beneficiario a la persona o personas, cuyos nombres figuren con tal carácter en las Condiciones Particulares. El Contratante podrá instituir como Beneficiario a cualquier persona.

Designadas varias personas sin indicación de cuota parte se entiende que el beneficio se distribuirá por partes iguales. Cuando se designe a los hijos se entiende a los concebidos y los sobrevivientes al tiempo de ocurrir el evento previsto. Cuando se designe a los herederos, se entenderá por tales a los que surjan del certificado de resultancias de autos y en las proporciones allí establecidas. En caso de dudas sobre la identidad de los herederos o sobre la proporción de las sumas a distribuir, la Compañía Aseguradora podrá solicitar que se determine judicialmente a quienes debe pagarse y en que proporciones debe hacerlo. La Compañía Aseguradora no será responsable de cualquier demora en el pago del beneficio derivada de la determinación de la identidad de los Beneficiarios. Si se hubiere otorgado testamento, se tendrá por designados a los herederos instituidos en el mismo. Si los herederos instituidos en el testamento fueran los herederos legales y no se hubiere fijado proporción alguna, el beneficio se distribuirá conforme a las cuotas hereditarias. Cuando el Asegurado no designe Beneficiario o por cualquier causa la designación resulte ineficaz o quede sin efecto, se entiende que designó a sus herederos.

En los casos de seguros sobre la vida de terceros no habiendo Beneficiario designado o si, habiendo, éste hubiera fallecido antes que el Contratante o simultáneamente con él, el seguro será pagadero al Contratante o, en su caso, a los herederos legales de este último. Pierde todo derecho el Beneficiario que provoca deliberadamente la muerte del Asegurado con un acto ilícito.

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

En caso de imposibilidad de abonar el seguro por duda sobre la designación o cambio de Beneficiario, o duda en cuanto a los herederos legales, la Compañía Aseguradora consignará judicialmente 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 6. DECLARACIONES

Esta póliza se emite según las declaraciones del Contratante y de los Asegurados consignadas en sus respectivas solicitudes, en los cuestionarios relativos a su salud y en el informe del médico examinador - cuando lo hubiere - los cuales son la causa determinante del contrato. Dichas declaraciones se entienden dadas y certificadas como verdaderas y completas por el Contratante y los Asegurados, mediante su firma puesta al pie de los mencionados documentos, aún cuando éstos no fueran escritos por ellos mismos.

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

La Compañía solamente 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 Personal de Salud para el presente seguro.

Cuando la reticencia no dolosa es alegada, la Compañía Aseguradora, a su exclusivo juicio puede anular el contrato o, con la previa conformidad del asegurado, ajustar el Capital Asegurado al verdadero estado del riesgo.

En caso que este ajuste implique reducir el Capital Asegurado a un monto inferior al Capital Asegurado Mínimo, se procederá a ajustar el importe de las primas de acuerdo con el verdadero estado del riesgo, debiendo el Contratante abonar a la Compañía Aseguradora las diferencias de prima impagas.

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 de que dispone la Compañía Aseguradora para impugnar la declaración del Contratante o del Asegurado de acuerdo a lo establecido en el párrafo siguiente y la Compañía Aseguradora no ha hecho uso de la opción en su favor en caso de reticencia no dolosa, la Compañía Aseguradora no pagará prestación alguna, restituyendo las primas percibidas menos los gastos ocasionados hasta ese momento. 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 del Asegurado después de los tres años de vigencia inicial de la cobertura. Si la póliza hubiere sido rehabilitada, el plazo de tres años se computará a partir de la fecha de la última rehabilitación.

ARTÍCULO 7. TITULAR DE ESTA PÓLIZA

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

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

ARTÍCULO 8. PAGO DE PRIMA

La prima será pagada en forma anticipada en la oficina principal de la Compañía Aseguradora o en los lugares que ésta designe, con la periodicidad que se establezca en las Condiciones Particulares.

Tomando en consideración la Suma Asegurada contratada, la edad del Asegurado a la Fecha inicial de vigencia, sexo y plazo por el que la cobertura ha sido contratada, la Compañía Aseguradora pondrá en conocimiento del Contratante el importe de primas necesario para mantener la cobertura en vigor.

El Contratante deberá realizar por adelantado y con la periodicidad convenida, el pago de las primas determinadas por la Compañía Aseguradora, a fin de mantener la cobertura contratada en vigor. La Compañía Aseguradora no será responsable por las omisiones o faltas de diligencia que produzcan atraso en el pago de la prima, aunque éste se efectúe mediante algún cargo o descuento convenido, en la medida que la modalidad de pago sea elegida por el Contratante dentro de las distintas modalidades con las que opera la Compañía Aseguradora.

ARTÍCULO 9. PLAZO DE GRACIA

Si el Contratante omitiese realizar alguno de los pagos de prima en las fechas prefijadas para su vencimiento, contará con un plazo adicional de 30 días, para regularizar su situación deudora. Este plazo será notificado por la Compañía Aseguradora al asegurado entre los días 15 y 20 del mes siguiente a la emisión de la factura impaga pero se contará a partir de la fecha de vencimiento de la misma. Durante este período, denominado Período de Gracia, la cobertura se mantendrá en vigor. Sin embargo, de ocurrir el fallecimiento del Asegurado durante este período, las primas adeudadas serán deducidas del importe del Beneficio contratado.

Si el Contratante no hubiese regularizado su situación, una vez transcurrido el Período de Gracia concedido, el contrato de seguro terminará automáticamente, sin necesidad de aviso, notificación o requerimiento alguno, liberándose la Compañía Aseguradora de toda obligación y responsabilidad derivada de la póliza.

ARTÍCULO 10. REHABILITACIÓN

Solo en el caso en que la póliza hubiese caducado por falta de pago, el Contratante podrá solicitar su rehabilitación, antes de cumplidos los 3 meses de realizado el último pago de prima. La rehabilitación de la póliza tendrá por objeto restituir el contrato a sus términos originarios.

Los requisitos que debe cumplir el Contratante para que la póliza pueda ser rehabilitada son los siguientes:

- A)** Ofrecer evidencias de asegurabilidad sobre el Asegurado que sean satisfactorias a juicio de la Compañía Aseguradora, siendo a cargo del solicitante los gastos que pudiera originar esta comprobación.
- B)** Regularizar la situación deudora que se mantiene con la Compañía Aseguradora, originada en la emisión de pago de las primas, con más los intereses que la Compañía estuviese utilizando en ese momento para el otorgamiento de préstamos a los Contratantes de los Planes con Ahorro que en ese momento estuviese comercializando la Compañía Aseguradora.

Cumplidas estas condiciones la póliza quedará rehabilitada a partir del día primero del mes siguiente a aquél en que la Compañía Aseguradora haya aprobado la solicitud de rehabilitación. El plazo estipulado para la impugnación del contrato por reticencia comenzará a regir nuevamente desde el momento de la rehabilitación.

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

El rechazo de la solicitud debe ser comunicado por escrito al Contratante, y sólo generará la obligación de la Compañía Aseguradora

de devolver las sumas recibidas por la solicitud de la rehabilitación que fue rechazada, sin generar ningún tipo de responsabilidad para la misma.

ARTÍCULO 11. DERECHO DE CONVERSIÓN DE LA COBERTURA

El Contratante de la póliza cuenta con el privilegio de poder solicitar la conversión de la Cobertura temporaria contratada a cualquiera de los Planes de Cobertura Permanente que se halle comercializando la Compañía Aseguradora, sin necesidad de cumplimentar requisitos adicionales de selección.

El Contratante podrá ejercer este privilegio en cualquier momento durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando la cobertura se encuentre en pleno vigor y el Asegurado no estuviese gozando de los beneficios por Incapacidad en virtud de alguna cobertura adicional.

La conversión a la nueva cobertura podrá realizarse en forma total o parcial, siempre y cuando el monto de conversión solicitado no resulte ser inferior al capital mínimo admisible por la Compañía Aseguradora para el nuevo plan de cobertura seleccionado. Las Coberturas Adicionales inicialmente contratadas se trasladarán como Coberturas Adicionales del nuevo plan.

En caso de conversión se tendrá como fecha de inicio, aquella fecha en que la Compañía Aseguradora hubiese aceptado la solicitud de la misma.

La conversión será realizada sin necesidad de cumplimentar requisitos de selección adicionales, salvo que la misma acarree un incremento en el Beneficio por Fallecimiento contratado inicialmente bajo esta póliza.

ARTÍCULO 12. PRESCRIPCIÓN

Las acciones fundadas en la póliza prescriben al año de ser exigible la obligación correspondiente. Para el Beneficiario el plazo de prescripción se computa desde que se conoce la existencia del beneficio.

ARTÍCULO 13. MODIFICACIÓN DE LA PÓLIZA

Toda modificación de la póliza para que sea válida, deberá ser hecha por escrito por medio de un endoso firmado por los funcionarios autorizados de la Compañía Aseguradora.

ARTÍCULO 14. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

La Cobertura finalizará en la primera de las siguientes fechas:

- A)** Aquella en que sea alcanzada la Fecha de Finalización indicada en las Condiciones Particulares.
- B)** Aquella en que durante la vigencia de la póliza el Contratante decidiera acogerse al beneficio de Conversión de la Cobertura según lo especificado en el apartado del mismo nombre.
- C)** Aquella en que el Contratante solicite anulación de la cobertura por escrito, independientemente de la fecha de aceptación de la Compañía Aseguradora.
- D)** Aquella en que ocurra el fallecimiento del Asegurado, en cuyo caso los Beneficiarios designados recibirán el Beneficio por Fallecimiento que corresponda.
- E)** Aquella en que el período de gracia concedido según lo establecido en el apartado correspondiente, terminase sin que el Contratante regularice su situación deudora.

ARTÍCULO 15. CESIÓN

Cualquier cesión de derechos, gravamen, caución o garantía que tenga por base este contrato, deberá notificarse fehacientemente por escrito a la Compañía Aseguradora, la que lo hará constar en la misma póliza por medio de un endoso. Sin estos requisitos, los convenios realizados por el Contratante con terceros no tendrán ningún valor para la Compañía Aseguradora.

ARTÍCULO 16. LIQUIDACIÓN DE LA PÓLIZA

Al fallecimiento del Asegurado, los Beneficiarios, acreditando su calidad de tales, podrán exigir el pago, en la oficina de la Compañía Aseguradora, del monto asegurado presentando los siguientes antecedentes:

- A)** Testimonio de la partida de defunción del Asegurado.
- B)** Testimonio 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 las indagaciones que sean necesarias a tal fin, siempre que sean razonables.

ARTÍCULO 17. 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 Beneficiario/s, según corresponda, conforme lo dispuesto por el Artículo 16 anterior.

ARTÍCULO 18. CLÁUSULAS ADICIONALES

Las cláusulas adicionales que se contraten en forma accesoria con esta póliza complementan o amplían la cobertura establecida en ella, pudiendo, ciertos adicionales, con motivo del pago de las indemnizaciones contempladas en ellos, provocar el término anticipado de la póliza o la pérdida de derechos en ellas contemplados, cuando dichos efectos estén previstos en los adicionales respectivos.

ARTÍCULO 19. 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, salvo cuando la Ley los declare expresamente a cargo exclusivo de la Compañía Aseguradora.

ARTÍCULO 20. DOMICILIO

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

ARTÍCULO 21. COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

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

ARTÍCULO 22. MONEDA DEL CONTRATO

Se deja expresa constancia que es voluntad de las partes efectuar los pagos emergentes de las obligaciones pactadas en el presente contrato, en la moneda prevista que figura en las Condiciones Particulares.

Si la moneda prevista no fuese la de curso legal en la República Oriental del Uruguay y como consecuencia de cualquier disposición en materia de cambios emanada del Banco Central del Uruguay u otro organismo competente, fuera imposible la obtención de las divisas en el mercado, o si a la Compañía Aseguradora no le estuviere permitido mantener sus reservas o inversiones en la divisa pactada, o si por cualquier otra circunstancia, los pagos no se efectuasen en la moneda pactada, los mismos, en forma alternativa podrán realizarse de la siguiente forma:

1. Utilizando como pauta de conversión la cotización de un título público emitido por el Gobierno Nacional Uruguayo que cotice en la moneda del contrato en la Bolsa de Valores de Montevideo o, en su defecto, en alguno de los mercados internacionales de mayor volumen de movimientos. La elección del título público y del mercado será facultad del Contratante o de los beneficiarios, según corresponda, y deberá contar con la aprobación de la Compañía Aseguradora.
2. Si no existieran títulos públicos emitidos por el Gobierno Nacional Uruguayo que cotizaran en la moneda del contrato, se efectuarán los pagos en moneda de curso legal en la República Oriental del Uruguay, de acuerdo con su cotización en la moneda del contrato del día hábil inmediato anterior al del pago, tipo comprador en el Mercado de Nueva York. Si allí no cotizara, se tomará la cotización en alguno de los mercados internacionales de mayor volumen de movimientos, a elección del Contratante o de los beneficiarios, según corresponda, con la aprobación de la Compañía Aseguradora.

ARTÍCULO 23. DUPLICADO DE PÓLIZA Y COPIA

En caso de robo, pérdida o destrucción de esta póliza, el Contratante podrá obtener un duplicado en sustitución de la póliza original.

Una vez emitido el duplicado, el original pierde todo valor. Las modificaciones efectuadas, emitidas en el duplicado, serán las únicas válidas.

El Contratante tiene derecho a que se le entregue copia de las declaraciones efectuadas para la celebración del contrato y copia no negociable de la póliza. Serán por cuenta del Contratante, en ambos casos, los gastos correspondientes.

ARTÍCULO 24. 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.