

## Póliza de Seguro Oncológico. 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 y Condiciones Particulares

---

### ARTÍCULO 2. COBERTURA

#### Beneficio Global

La Compañía abonará al asegurado o la persona designada en carácter de beneficiario, la suma asegurada establecida en las Condiciones Particulares siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones:

1. que el Asegurado padezca cáncer y
2. que la enfermedad padecida por el Asegurado sea diagnosticada por primera vez y
3. que la póliza haya estado en vigencia por un período no menor al período de carencia establecido en las Condiciones Particulares y
4. que ninguna de las exclusiones estipuladas en la presente sea de aplicación.

La Compañía, a su propio cargo, tendrá la oportunidad y el derecho de realizar exámenes médicos a toda persona cuya enfermedad o accidente sea el motivo de la presentación de un reclamo, en el momento y con la periodicidad que sea razonablemente necesaria mientras tal reclamo esté pendiente según el plazo establecido en la presente. La Compañía, además, tendrá derecho a solicitar que se efectúe una autopsia en caso de fallecimiento siempre que las leyes así lo permitan.

Se efectuará un único pago global a cada Asegurado en forma individual durante el curso de su vida independientemente del número de enfermedades, crisis, invalidez o tratamientos que sufra o padezca.

El pago se hará en una suma global dada la satisfacción de las condiciones anteriores y después que el pago esté hecho, la Compañía no se hará responsable de pagos posteriores.

Adicionalmente, se deja expresamente estipulado que:

1. No se abonará indemnización alguna a menos que el cáncer sea confirmado mediante el diagnóstico positivo de un Médico patólogo legalmente habilitado y matriculado, inscripto en el Ministerio de Salud Pública, quien deberá fundamentar su opinión exclusivamente en la definición de la enfermedad en particular contemplada en la presente luego de considerar el examen histológico y los diagnósticos clínicos basados en la historia clínica del paciente, exámenes físicos, radiografías y/o cualquier otro análisis de laboratorio.
2. No se pagará indemnización alguna en caso que se diagnostique al Asegurado un cáncer antes o dentro del período de carencia estipulado en las Condiciones Particulares conforme a la presente póliza.

---

### ARTÍCULO 3. DESCRIPCIÓN DEL BENEFICIO

El beneficio de esta póliza de seguro, cuyo monto y límite máximo se indica en el cuadro de Condiciones Particulares, es el siguiente:

#### **BENEFICIO DE INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO DE CÁNCER**

La Compañía Aseguradora pagará al asegurado la cantidad determinada en las Condiciones Particulares de esta póliza por única vez, en el evento de diagnosticársele clínicamente un cáncer.

---

### ARTÍCULO 4. DEFINICIONES

**A) Cáncer:** La enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno caracterizado por su crecimiento descontrolado y la proliferación de células malignas, la invasión de tejidos incluyendo la extensión directa o metástasis, o grandes números de células malignas en los sistemas linfáticos o circulatorios, incluyendo la enfermedad de Hodgkins, Leucemia.

**B) Establecimiento Asistencial:** establecimiento que:

- A) se halle legalmente autorizado para funcionar como tal,
- B) brinde principalmente asistencia y tratamiento clínico a personas enfermas o accidentadas,
- C) cuente con un cuerpo de facultativos de uno o más médicos en forma permanente,

**D)** brinde servicio de enfermería durante las 24 horas del día y disponga de al menos un enfermero diplomado de guardia permanente,  
**E)** cuente con equipos para cirugía y diagnóstico, ya sea en sus propias instalaciones o en establecimientos con los que haya acordado convenios para la prestación de dichos servicios.

No se consideran Establecimientos Asistenciales a los fines de la presente cobertura, a los establecimientos geriátricos, centros de descanso o de convalecencia y los centros de tratamiento para la drogadicción y el alcoholismo. La elección del Establecimiento Asistencial queda liberada a la voluntad de los Asegurados.

**C) Diagnóstico Clínico:** El informe basado en la historia clínica del paciente, con sus exámenes y confirmado con el examen histopatológico o citológico.

**D) Condiciones Preexistentes:** Son aquellas que se manifiestan con anterioridad a la fecha efectiva de la póliza o su rehabilitación y se refieren a: 1) Cáncer diagnosticado cualquier momento antes de la fecha efectiva de la póliza o fecha de rehabilitación, ó 2) la existencia de síntomas de cáncer o una condición similar, lo cual llevaría a cualquier persona comúnmente prudente a buscar un diagnóstico, cuidado o un tratamiento anterior al inicio de vigencia de la póliza o rehabilitación de la misma.

**E) Contratante:** Es la persona que contrata la póliza, sobre el cual recaen, en general, las obligaciones y cargas del contrato, especialmente el pago de la prima y es señalada como tal en las Condiciones Particulares de la póliza.

**F) Médico:** profesional debidamente matriculado y habilitado para el ejercicio de la medicina o de la especialidad adquirida, de acuerdo a la legislación vigente. No se aceptará la intervención de ningún médico que sea:

**A)** el Asegurado mismo

**B)** el o la cónyuge del Asegurado

**C)** un familiar del Asegurado o de su cónyuge hasta el segundo grado de consanguinidad.

**G) Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida:** El término "Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida" tendrá los significados asignados por la Organización Mundial de Salud.

1. La infección oportunista incluirá, pero no estará limitado a, neumonía pneumocystis carinii, organismos de enteritis crónica, infecciones por virus y/u hongos diseminados.

2. El neoplasma maligno incluirá, pero no estará limitado a, sarcoma de Kaposi, linfoma del sistema nervioso central y/u otras enfermedades malignas reconocidas actualmente o que se reconozcan en el futuro como causas inmediatas de muerte en presencia de inmuno deficiencia adquirida.

3. El Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida incluirá encefalopatía (demencia) por H.I.V. (Virus de Inmuno Deficiencia Humana), y Síndrome de Debilitamiento por H.I.V. (Virus de Inmuno Deficiencia Humana).

---

## ARTÍCULO 5. PERSONAS ASEGURABLES

Se consideran asegurables, a la fecha de vigencia inicial de esta póliza, a todas las personas físicas cuya edad se encuentre comprendida entre 1 (uno) y 64 (sesenta y cuatro) años, en la cual la prima ha sido abonada y la solicitud ha sido aprobada por la Compañía Aseguradora.

Estas personas podrán ser el cónyuge e hijos del asegurado principal. Podrán incluirse en la póliza de seguro los hijos solteros dependientes económicamente del asegurado principal y que no excedan de veintitrés años de edad.

El seguro sobre cualquier hijo cubierto bajo estos términos cesará en el aniversario de la póliza de seguro, siguiente a la fecha de matrimonio o a su vigesimotercer cumpleaños, lo que ocurra primero.

Al momento de suscribir el seguro, el Contratante deberá señalar a la Compañía Aseguradora la nómina de personas que tendrán cobertura en razón de esta póliza.

---

## ARTÍCULO 6. EXCLUSIONES

Esta póliza no cubre:

1. Enfermedades que no sean cáncer.

2. Ningún tipo de accidente.

3. El cáncer de piel con excepción del melanoma maligno.

4. El cáncer cérvico uterino in situ.

5. Condiciones Preexistentes.

6. Infección oportunista y/o neoplasma maligno si en el momento de manifestarse la enfermedad o producirse el accidente, el Asegurado tuviere el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) o fuere cero positivo al HIV (Virus de Inmuno Deficiencia Humana), según las características descriptas en el artículo 4.- "Definiciones" de estas Condiciones Generales.

7. Cáncer no invasivo in situ

---

## ARTÍCULO 7. PERÍODO DE CARENCIA

El asegurado carecerá de cobertura durante el período de tiempo que se especifica en las Condiciones Particulares de la póliza, contado desde la vigencia inicial de la póliza. A partir del primer aniversario y en caso de renovación, dicho período de carencia se dará por satisfecho.

---

## ARTÍCULO 8. EFICACIA

Para que la Compañía Aseguradora se obligue con el asegurado y esta póliza de seguro surja efecto, es requisito indispensable que el asegurado, al momento de contratar, no padezca de un cáncer diagnosticado, que no se encuentre sujeto a un proceso de estudio de diagnóstico de cáncer, o que no esté en tratamiento ni haya estado en tratamiento de cáncer.

---

## ARTÍCULO 9. 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 durante el plazo para impugnar, la Compañía Aseguradora no adeuda prestación alguna. Cuando el contrato se efectúe por cuenta ajena, se juzgará la reticencia por el conocimiento y la conducta del contratante y 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 inicial del primer contrato suscrito con la Compañía. 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 10. CUMPLIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA

Para percibir los beneficios, el asegurado deberá identificarse como tal frente a la Compañía Aseguradora y aportar el diagnóstico clínico y las certificaciones probatorias de tratamiento médico de cáncer que corresponda. La notificación por escrito a la Compañía Aseguradora debe presentarse necesariamente dentro de los treinta días siguientes a la fecha de diagnóstico.

El plazo máximo para aprobar la documentación será de treinta (30) días a partir de la fecha en que toda la documentación probatoria del diagnóstico de cáncer haya sido presentada a la Compañía.

Una vez aprobada la documentación probatoria del diagnóstico de cáncer la Compañía Aseguradora abonará el monto especificado en las Condiciones Particulares

En caso de que el asegurado fallezca dentro de este período, habiendo la compañía manifestado la aceptación del reclamo, la Compañía indemnizará a los Beneficiarios correspondientes.

El pago por la Compañía de buena fe conforme a los términos y condiciones de éste artículo, liberará totalmente a la Compañía de toda otra obligación con respecto al mismo.

---

## ARTÍCULO 11. PRIMAS EN CASO DE BENEFICIOS

Confirmado el cáncer mediante el diagnóstico clínico, la Compañía Aseguradora iniciará el pago de los beneficios al asegurado y éste cesará el pago de las primas dándose por terminado el contrato de seguro.

---

## ARTÍCULO 12. COMPROBACIÓN DEL EVENTO CUBIERTO

La Compañía Aseguradora podrá efectuar todas las verificaciones que sean necesarias y razonables para acreditar la ocurrencia del siniestro y la extensión de la prestación a su cargo. A tal fin, corresponde al Asegurado:

**A)** Prestar toda la colaboración que a tal efecto le requiera la Aseguradora; facilitando cualquier comprobación, incluso hasta dos exámenes médicos a cargo de facultativos designados por aquélla, incluyendo la realización de estudios médico-diagnósticos. Los gastos por la realización de tales estudios y los honorarios de los facultativos designados por la Aseguradora, serán a cargo de esta última.

**B)** Autorizar expresamente a su médico asistente y al Establecimiento Asistencial involucrado en su atención, a proporcionar toda información que el médico asesor de la Aseguradora solicite a los efectos de este contrato. La Aseguradora se compromete a velar por la confidencialidad de las informaciones recabadas.

---

## ARTÍCULO 13. VALUACIÓN POR PERITOS

Si existiesen divergencias entre las partes, la verificación del hecho cubierto será determinado por 2 (dos) médicos designados uno por cada parte, dentro de los 8 (ocho) días. En caso de que también haya divergencia entre ellos, dichos profesionales deberán elegir a un tercer facultativo dentro de un plazo de 8 (ocho) días de su designación.

Los médicos designados por las partes deberán presentar su informe dentro de los 30 (treinta) días y en caso de divergencia, el tercer facultativo deberá expedirse en un plazo de 15 (quince) días.

Si una de las partes omitiera designar médico, el médico de la otra parte procederá a la designación definitiva de un tercer facultativo.

Los honorarios y gastos de los médicos de las partes estarán a su respectivo cargo. Los honorarios del tercero serán abonados por la parte, cuya posición haya sido desestimada por el dictamen de dicho profesional.

---

## ARTÍCULO 14. 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 treinta días (30), 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 15. REHABILITACIÓN

En caso que a la póliza se le haya puesto término anticipado, el Contratante podrá solicitar mediante solicitud por escrito su rehabilitación, dentro de los 120 días de la fecha de vencimiento del pago de la última prima. 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.

Esta rehabilitación sólo cubrirá el cáncer que sea diagnosticado a partir de la fecha de rehabilitación de la póliza.

---

## ARTÍCULO 16. INICIO Y TERMINACIÓN DEL SEGURO

El seguro anual, con renovación automática anual, inicia su vigencia en la fecha señalada en las Condiciones Particulares y termina en la primera de las siguientes fechas:

**A)** Aquella en la que habiendo tenido lugar el vencimiento de vigencia de la póliza, el Asegurado manifestara su intención de no continuar con la cobertura.

**B)** Aquella en que tenga lugar la finalización del período de gracia concedido para efectuar el pago de primas, sin que el Asegurado hubiese regularizado su situación deudora.

**C)** Aquella en la que por incumplimiento de las obligaciones impuestas al Asegurado, la póliza se torne en estado de caducidad.

**D)** Aquella en que alguna de las partes ejerza la opción de rescisión unilateral de la póliza. Cualquiera de las partes tiene derecho a

rescindir el presente contrato sin expresa causa. Cuando la Compañía ejerza este derecho, dará un preaviso no menor de treinta (30) días, y devolverá al Asegurado la prima proporcional por el plazo no corrido. Cuando lo ejerza el asegurado, la rescisión se producirá desde la fecha en que notifique fehacientemente esa decisión y la Compañía devolverá al Asegurado la prima proporcional por el plazo no corrido.

**E)** Aquella en que el asegurado haya alcanzado los 65 años.

**F)** Aquella en que la Compañía dé por confirmado el cáncer mediante la comprobación del diagnóstico clínico e inicie el pago del beneficio de acuerdo a lo establecido en el Art.9.

---

## ARTÍCULO 17. 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 18. 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 19. ARBITRAJE

Cualquier dificultad que se suscite entre las Personas Aseguradas, el Contratante o el Beneficiario, según corresponda, y la Compañía Aseguradora, en relación con el contrato de seguro de que da cuenta esta póliza, o con motivo de la interpretación o aplicación de sus Condiciones Generales o Particulares, su cumplimiento o incumplimiento, o sobre cualquiera indemnización u obligación referente a la misma, será resuelta por un árbitro arbitrador, nombrado de común acuerdo por las partes. Si pasados 30 (treinta) días desde que una parte notifique a la otra por escrito la existencia de una disputa que la misma desea resolver conforme a esta cláusula, las partes involucradas no se pusieran de acuerdo en la persona del árbitro, éste será designado por el Presidente de la Cámara de Comercio, y en tal caso el árbitro tendrá las facultades de arbitrador en cuanto al procedimiento, debiendo dictar sentencia conforme a derecho. El árbitro deberá pronunciar su dictamen por escrito dentro de los 60 (sesenta) días siguientes a su designación. Las decisiones del árbitro serán obligatorias y definitivas para las partes.

---

## ARTÍCULO 20. 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 21. CÓMPUTO DE PLAZOS

Salvo estipulación expresa en contrario, los plazos de esta póliza se cuentan por días corridos. Los plazos que vencen en días inhábiles (sábados, domingos y feriados) se prorrogarán hasta el día hábil inmediato siguiente.

---

## ARTÍCULO 22. 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.