

## Seguro de Enfermedades Críticas. 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

#### 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 una de las Enfermedades Críticas o crisis descritas en forma específica en la presente póliza 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:

No se abonará indemnización alguna a menos que la Enfermedad Crítica sea confirmada por un Médico Clínico legalmente habilitado y matriculado y acreditada mediante el diagnóstico positivo de un Médico patólogo legalmente habilitado y matriculado (allí cuando la Compañía considere pertinente), quienes deberán fundamentar sus opiniones exclusivamente en la definición de cada 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.

No se pagará indemnización alguna en caso que se diagnostique al Asegurado una Enfermedad Crítica antes o dentro del período de carencia estipulado en las Condiciones Particulares conforme a la presente póliza.

### ARTÍCULO 3. ENFERMEDADES CRÍTICAS CUBIERTAS

El término ENFERMEDAD CRÍTICA empleado en cualquier cláusula de la presente póliza hace referencia al Diagnóstico positivo (conforme al Artículo 13 del presente contrato) de cualquier enfermedad o invalidez que se define a continuación:

**Cáncer:** Presencia de tumor maligno caracterizado por el crecimiento y dispersión incontrolable de células malignas y la invasión del tejido, incluyendo leucemia (excepto leucemia linfática crónica), pero se excluyen cánceres no invasivos in-situ, tumores por la presencia de cualquier virus de inmunodeficiencia humana y cualquier cáncer de piel con excepción del melanoma maligno.

El diagnóstico positivo deberá ser confirmado por prueba patológica positiva. Se deberá presentar la documentación relativa al análisis patológico.

**Infarto al Miocardio:** Necrosis del miocardio a consecuencia de hipoxia aguda. El diagnóstico deberá incluir los cuatro ítems siguientes:

- A) Historia de dolores en el pecho y
- B) Alteraciones del Electrocardiograma que confirma la lesión miocardia y
- C) Enzimas cardíacas elevadas y
- D) Estudio radioisótopo del músculo cardíaco o ecocardiograma.

**Apoplejía:** Accidente cerebrovascular que ocasione secuelas neurológicas permanentes, incluyendo destrucción del tejido cerebral por trombosis, hemorragia o embolia de fuente extracranial. Deberá existir prueba de disfunción neurológica ya sea reversible o irreversible.

**Insuficiencia Renal Crónica:** Es la falla renal en su última etapa que se presenta como insuficiencia crónica irreversible en el funcionamiento de ambos riñones, a raíz de la cual se instituye diálisis renal regular permanente o se lleva a cabo un trasplante renal.

**By Pass de las Arterias Coronarias:** Cirugías realizadas para corregir estenosis u oclusión de dos o más arterias coronarias

mediante la técnica de by-pass en personas que presentan síntomas de angiopatía aguda. Se excluye toda otra técnica que no requiera la apertura quirúrgica del tórax tales como la angioplastia o tratamiento láser.

**Trasplante de órganos:** Trasplante de corazón, corazón y pulmón, hígado, páncreas, riñón, médula ósea o pulmón.

El diagnóstico y la recomendación de trasplante deberán ser efectuadas por al menos dos médicos especialistas, uno de ellos a ser designado por la Compañía y deberá fehacientemente concretarse la operación.

**Esclerosis Múltiple:** Diagnóstico inequívoco realizado por un especialista en neurología confirmando anomalías neurológicas persistentes con daños funcionales sin que el Asegurado deba necesariamente hallarse confinado a una silla de ruedas.

La enfermedad es marcada por la degeneración de tejido neuronal endurecido en el cerebro o en la médula espinal manifestado por la parálisis total o parcial, parestesias y/o neuritis óptica. Se caracteriza además por episodios de exacerbación y remisión.

El diagnóstico se fundamenta por la historia y los análisis físicos del fluido cerebro-espinal; un ataque prematuro o un episodio aislado de Esclerosis Múltiple no constituirá Esclerosis Múltiple a los efectos de esta póliza. En ningún caso la Compañía pagará un beneficio si el primer episodio ocurrió con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la presente.

**Distrofia Muscular:** Enfermedad hereditaria caracterizada por la pérdida progresiva de los músculos.

El diagnóstico deberá ser efectuado por un médico especialista y deberá estar fundamentado en síntomas clínicos y la historia genética del paciente (estudio cromosómico o historia genética familiar). El informe de cualquier biopsia muscular o electromiografía no constituirá por sí el diagnóstico.

**Parálisis:** Pérdida completa y permanente del uso o movimiento de dos o más brazos o piernas debido a la parálisis.

Un médico especializado deberá realizar el diagnóstico y determinar que la pérdida del uso de los miembros es permanente. La parálisis deberá ser continua y permanente durante al menos doce (12) meses consecutivos desde el inicio de la enfermedad. Se requiere evidencia documentada de la causa de la parálisis.

---

## ARTÍCULO 4. 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.

---

## ARTÍCULO 5. DEFINICIONES

**Asegurado:** Toda persona que habiendo reunido las condiciones de ingreso establecidas en la póliza presente, se halle bajo la cobertura estipulada en la misma.

**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.

**Condición Médica Preexistente:** Hace referencia a cualquier condición conocida o no por el asegurado, por la cual se haya recibido cuidado, atención, tratamiento o consejo médico o que se haya manifestado o contraído por primera vez con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la cobertura.

**Suma Asegurada:** En cualquier cláusula donde se lo emplee, este término hará referencia a la suma asegurada descrita en las Condiciones Particulares de esta póliza.

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

- A) La infección oportunista incluirá, pero no estará limitado a, neumonía pneumocystis carinii, organismos de enteritis crónica, infecciones por virus y/u hongos diseminados.
- B) 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.
- C) 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 6. EXCLUSIONES

La Compañía no pagará la indemnización cuando el evento de crisis del Asegurado sea consecuencia de alguna de las siguientes causas:

1. 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), usurpación del poder, rebelión, revolución.
2. 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 5.- "Definiciones" de estas Condiciones Generales.
3. Adicciones al alcohol o drogas

4. Enfermedad Crítica, crisis o ataques existentes con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la presente póliza o que se detecten durante el período de carencia.
5. Un daño o herida infligido por el Asegurado a sí mismo en forma deliberada.
6. Condiciones Preexistentes, según la definición del Art. 5 de las Condiciones Generales. Dicha condición preexistente será tenida en cuenta a los fines de esta exclusión de cobertura cuando resulte desencadenante del proceso motivo del reclamo, fuera base del mismo o tuviere conexión principal con él.
7. Cualquier enfermedad que no esté específicamente definida en la presente póliza.
8. Cualquier diagnóstico efectuado por un familiar o persona médica que resida o no en la casa del Asegurado, independientemente del hecho que tal persona fuere un médico o profesional de la salud.
9. Cualquier diagnóstico efectuado por un especialista en hierbas o acupuntura o que emplee cualquier otra técnica no tradicional que no esté específicamente definida en la presente póliza, es decir que se realice por una persona que no esté comprendida en la definición de Médico.
10. Anomalías congénitas y patológicas derivadas o resultantes de las mismas.

---

## 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.

El Período de Carencia estipulado por la Compañía para la Presente cobertura figurará en las Condiciones Particulares de la póliza. Si durante el período de Carencia el Asegurado padeciera o se le diagnosticare alguna de las enfermedades cubiertas o se le practicare alguna de las cirugías que figuran en la presente póliza, no serán de aplicación los beneficios de esta póliza, la cual esta referida a cubrir aquellas enfermedades que se iniciaren con posterioridad al plazo de carencia.

---

## ARTÍCULO 8. 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 (tres años), 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 9. AGRAVACIÓN O MODIFICACIÓN DEL RIESGO

El Asegurado debe denunciar a la Compañía Aseguradora las agravaciones del riesgo asumido, 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 hubiere existido al tiempo de la celebración a juicio de peritos hubiera impedido este contrato o modificado sus condiciones.

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

- A) Modificación del estado físico o mental del Asegurado;
- B) Modificación de su profesión o actividad;
- C) Fijación de residencia fuera del país.

Cuando la agravación se deba a un hecho del Asegurado la cobertura queda suspendida. La Compañía Aseguradora, en el término de 7 (siete) días deberá notificar su decisión de rescindir. Cuando la agravación resulte de un hecho ajeno al Asegurado, la Compañía Aseguradora deberá notificarle su decisión de rescindir dentro del término de un (1) mes y con un preaviso de siete (7) días.

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 Aseguradora 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 Aseguradora:

- 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.

---

## ARTÍCULO 10. 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 11. INICIO DE VIGENCIA

Fecha de inicio de vigencia del contrato de seguro: La presente póliza entrará en vigor a partir de la fecha de vigencia del primer período de cobertura descrito en las Condiciones Particulares, a partir de la cual se calcularán todos los meses y años subsiguientes. El contrato continuará en vigencia durante el período para el cual se haya abonado la correspondiente prima y podrá ser renovado por períodos consecutivos mediante el pago de primas estipulado en la presente póliza.

Fecha de inicio de vigencia del seguro individual: El seguro de toda persona apta conforme a las condiciones de ingreso establecidas en la presente póliza, entrará en vigor a partir de la última de las fechas siguientes:

- A) Fecha de inicio de vigencia del primer período de cobertura establecido en las Condiciones Particulares
- B) Fecha en que tal persona es aceptada como apta para el ingreso
- C) En el caso de que así lo exijan los términos descritos en las Condiciones Particulares de la presente póliza, la fecha de aceptación por parte de la Compañía de la solicitud por escrito presentada por el Asegurado.

---

## ARTÍCULO 12. TERMINACIÓN DEL SEGURO INDIVIDUAL

La cobertura del Asegurado cesará en forma inmediata a partir de la primera de las fechas siguientes:

- A) Fecha de vencimiento de la presente póliza
- B) Fecha de vencimiento para el pago de la prima si el Asegurado no cumpliera con el pago correspondiente
- C) Fecha en que el Asegurado cumpla los 65 (sesenta y cinco) años de edad.

---

## ARTÍCULO 13. CARGAS DEL ASEGURADO O BENEFICIARIOS

El Asegurado o los beneficiarios comunicarán a la Compañía el acaecimiento del siniestro dentro de los treinta (30) días de conocerlo bajo pena de perder el derecho a ser indemnizado, salvo que acredite caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.

El Asegurado o los beneficiarios están obligados a suministrar a la Compañía Aseguradora, a su pedido, la información necesaria para verificar el suministro o la extensión de la prestación a su cargo, la prueba instrumental en cuanto sea razonable que la suministre y a permitirle a la Compañía las indagaciones necesarias a tales fines.

Contra la recepción de la notificación de existencia de la enfermedad, la Compañía entregará al reclamante los formularios adecuados para la presentación de la Prueba de Diagnóstico Positivo. El Asegurado o su representante deberá entregar a la Compañía prueba escrita del Diagnóstico Positivo que acredite la Enfermedad Crítica dentro de los noventa (90) días posteriores a la fecha en que haya confirmado el diagnóstico. Si existieren causas razonables por las que no fuere posible entregar tal prueba dentro del plazo establecido, el incumplimiento de esta obligación no invalidará ni reducirá reclamo alguno a condición de que en todos los casos, excepto en el de incapacidad legal, se efectúe la presentación de dicha prueba dentro de un período razonable en ningún caso mayor que el plazo de prescripción mencionado en el Artículo 20.

La Compañía a su propio cargo tendrá el derecho de someter al Asegurado a la práctica de exámenes médicos en la oportunidad y con la periodicidad que ésta considere razonablemente necesaria durante el período en el cual un reclamo estuviere pendiente conforme a la presente. Asimismo, en caso de fallecimiento, la Compañía tendrá el derecho y la oportunidad de exigir la autopsia o la exhumación del cadáver, debiendo los beneficiarios prestar su conformidad y su concurso para la obtención de las correspondientes autorizaciones.

---

## ARTÍCULO 14. REDUCCIÓN DE LAS CONSECUENCIAS

El Asegurado, en cuanto le sea posible, debe impedir o reducir las consecuencias del siniestro y observar las instrucciones de la Compañía Aseguradora al respecto, en cuanto sean razonables.

---

## ARTÍCULO 15. 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 16. CUMPLIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA

El pago se hará dentro de los quince (15) días de notificado el siniestro o de cumplidos los requisitos estipulados en el Artículo 13 "Cargas del Asegurado o Beneficiarios".

En caso de muerte de un Asegurado designado en la presente póliza, la indemnización, si la hubiere será pagadera al beneficiario que conste en la Solicitud a condición de que éste sobreviva a dicho Asegurado por un período de treinta (30) días; de lo contrario, la indemnización será pagadera a los herederos legales del Asegurado. Toda otra indemnización que acuerda la presente póliza, será abonada al Asegurado.

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

Adicionalmente, se deja expresamente establecido que:

Con posterioridad al pago efectuado al Asegurado respecto de una de las Enfermedades Críticas cubiertas por esta póliza, ninguna otra indemnización será exigible en conexión al mismo Asegurado.

La presente póliza no cubre el fallecimiento ni la incapacidad resultante de enfermedades o lesiones contraídas o padecidas por el Asegurado que no estén en estricta concordancia con los términos y condiciones de la misma.

---

## 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. 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 19. **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.

---

## ARTÍCULO 20. **PRESCRIPCIÓN**

Las acciones fundadas en el presente contrato prescriben en el plazo de un año, computado desde que la correspondiente obligación es exigible. Los actos de procedimiento establecido por la ley o el presente contrato para la liquidación del daño interrumpen la prescripción para el cobro de la prima y de la indemnización.

---

## ARTÍCULO 21. **DOMICILIO**

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