

Póliza de Seguro de Accidentes Personales

Condiciones Generales

Artículo 1º.- (Normas que regulan las obligaciones de las partes) Las partes contratantes acuerdan considerarse reguladas por las disposiciones del Código de Comercio en materia de seguros, por lo ordenado por la presente póliza, sus complementos o modificaciones, y por lo que conste en las condiciones generales, condiciones particulares, y lo que surja del documento de solicitud de seguro presentado por quien será el asegurado.

Artículo 2.- (Definiciones). En este contrato se entiende por:

1) Asegurador: la empresa Seguros Segura Uruguay Sociedad Anónima que contrata y asume el riesgo dentro de lo previsto por este contrato.

2) Asegurado: la persona física indicada como tal en las condiciones particulares, y que obtiene este beneficio sin costo durante la primera vigencia de su contrato a Dedicar a través de la contratación de su plan plus siempre que se mantenga como socio activo durante ese periodo mencionado.

3) Beneficiarios: la persona física titular del derecho a la indemnización especificado en las condiciones particulares para el caso de fallecimiento del asegurado, estando vigente la póliza.

4) Póliza: es el documento que contiene todas las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte de la póliza: las condiciones generales, las particulares, las especiales, si las hubiere, y los endosos que se emitan a la misma para complementarla o modificarla, así como la solicitud del asegurado.

5) Prima: es el precio del seguro que se paga mensualmente para tener el beneficio del mismo. El recibo de pago contendrá, además, los recargos, tasas e impuestos de legal aplicación.

6) Capitales: son las sumas pactadas que el asegurado o beneficiario, en caso de muerte o lesión provocado por un accidente cubierto, tendrán derecho a percibir del asegurador en relación con las coberturas contratadas.

7) Período del seguro: es el plazo de la presente póliza según se especifica en las condiciones particulares.

8) Accidente: Toda lesión corporal que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta, sufrida por la Persona Asegurada, independientemente de su voluntad, por la acción repentina y violenta de o con un agente externo.

9) Médico: Persona diplomada en medicina y habilitada legalmente para ejercer la profesión, que no sea Usted, el Tomador del Seguro, su Cónyuge, ni miembros de la familia de ambos, tanto sea ascendientes como descendientes sin límite de grado, ni parientes colaterales de ambos, hasta el 3º grado de consanguinidad o afinidad inclusive.

10) Especialista: Profesional especializado en una determinada rama de la medicina, con comprobante legal de tal especialidad, que no sea Usted, el Titular del seguro, su cónyuge ni miembros de la familia de ambos, tanto sea ascendientes como descendientes sin límite de grado, ni parientes colaterales de ambos, hasta el 3º grado de consanguinidad o afinidad inclusive

11) Ocupación: Significa el empleo o trabajo remunerado que realiza la Persona Asegurada en forma habitual, y para lo cual ha sido capacitada o entrenada.

12) Admisión: Significa el ingreso como paciente registrado a un Hospital, por un período de por lo menos 24 horas, por indicación de un médico.

13) Internación: Significa una Admisión o serie de Admisiones en un Hospital por una misma causa, excepto cuando la Admisión por esa misma causa hubiese ocurrido luego de 12 meses de la última Internación. Esta última Admisión constituirá una Internación diferente.

14) Hospital: Se considera Hospital a cualquier Institución que reúna todos los siguientes requisitos:

- a) que mantenga equipamiento permanente para el cuidado de pacientes residentes, durante las 24 horas los 365 días del año.
- b) que esté equipado permanentemente con quirófano para cirugía mayor y equipamientos para el diagnóstico, tratamiento y cuidado de personas enfermas y/o heridas y esté bajo la supervisión permanente de médico/s practicante/s diplomado/s.
- c) que provea continuamente, las 24 horas, los 365 días del año servicio de enfermería supervisado por enfermeras diplomadas con título oficial o equivalente.
- d) que no sea, salvo incidentalmente, un instituto mental, una sala de primeros auxilios, un hospicio, un establecimiento para enfermedades terminales, un lugar exclusivamente destinado para convalecencias, ni un geriátrico.

Artículo 3.- (Objeto del seguro. Coberturas). El asegurador pagará al asegurado o beneficiario los capitales correspondientes según el tipo accidente de que se trate, en atención a las coberturas contratadas con sujeción a la normativa prevista en el Artículo 1º, si el asegurado sufre durante el período de seguro un accidente. La presente póliza garantiza los riesgos y capitales asegurados en todas partes del mundo.

Artículo 4.- (Definición de las Coberturas).

Cobertura A: Muerte por Accidente Si a consecuencia del accidente cubierto por la póliza fallece el asegurado, dentro de los 365 días a partir de la fecha del accidente el asegurador pagará el capital asegurado al beneficiario o beneficiarios designados por el asegurado. El beneficiario deberá presentar los siguientes documentos: a) certificado del médico que haya asistido al asegurado en el que se detallan las circunstancias y causas del fallecimiento; b) partida de defunción; c) documento que acredite la personalidad y en su caso la condición de beneficiario o heredero del asegurado.

Una vez recibidos los anteriores documentos, el asegurador en un plazo máximo de 10 días hábiles deberá pagar o consignar el capital asegurado.

El capital asegurado será satisfecho a los Beneficiarios de acuerdo a lo establecido en el Artículo 8.-

Si el asegurado falleciera como consecuencia del accidente, la compañía aseguradora deducirá de la suma a pagar bajo esta cobertura, el importe total que hubiere ya pagado al asegurado por el mismo accidente bajo las coberturas definidas en las alternativas B y C en el caso de haber sido contratadas.

Cobertura B: Invalidez permanente y total. Se entiende por invalidez total y permanente, a los efectos de esta cobertura, el accidente que lleva a que el asegurado quede impedido totalmente a consecuencia de una lesión corporal, de desempeñarse en cualquier trabajo remunerado o lucrativo para el cual el asegurado está calificado razonablemente por razón de educación, entrenamiento o experiencia. Si al momento del accidente el asegurado se encuentra sin empleo, esta incapacidad significaría la inhabilidad total o permanente de efectuar todos los deberes y actividades usuales y normales que una persona de la misma edad y sexo.

Para constatar la invalidez total y permanente se requiere: a) probar su existencia dentro de 180 días de registrado el accidente; b) acreditar que la incapacidad continúa después de doce meses de constatada la invalidez total y permanente.

En el caso de acreditar que la invalidez total y permanente continúa después de un periodo de 12 meses la Compañía pagará la Suma Asegurada establecida en las Condiciones Particulares de la Póliza.

.....

Cobertura F: Beneficio Adicional de Renta Diaria por Hospitalización. Si un accidente ocurrido dentro de la vigencia de esta póliza y cubierto por la misma diere lugar a la Internación de la Persona Asegurada en un Hospital por un período mayor a tres días desde la fecha de admisión en el Hospital hasta el alta médica, la compañía abonará a dicha persona Asegurada una suma semanal, cuyo importe se indica en las

Condiciones Particulares, por cada 24 horas completas de internación hasta un máximo de 90 días. Si el período de internación fuese inferior a una semana, se abonará una séptima parte de la suma indicada en las Condiciones Particulares como beneficio semanal por Hospitalización por cada día de internación.

.....

Artículo 6.- (Arbitraje).- Cualquier dificultad que se suscite en la ejecución del presente contrato con motivo de la interpretación o aplicación del mismo, será resuelto por un árbitro arbitrador nombrado de común acuerdo por las partes. Si pasados 60 días de que una parte notifique a la otra por escrito la existencia de una discrepancia no se pusieren de acuerdo en la persona que operará como árbitro, éste será designado por el presidente de la Cámara de Comercio. El mismo deberá dictar su fallo en un plazo de 60 días, el que será obligatorio y definitivo para las partes.

Artículo 7.- (Exclusiones). Quedan excluidos del seguro:

a) los accidentes provocados intencionalmente por el asegurado o el beneficiario, el suicidio y sus tentativas, o heridas causadas a sí mismo en cualquier circunstancia.

b) La muerte producida a personas menores de 14 años.

c) Accidentes causados por: 1) Consecuencia de terremotos, maremotos, erupciones volcánicas; 2) Comisión de actos calificados como delitos penales, así como consecuencia de guerras, invasiones, hostilidades, haya o no declaración de guerra, rebeliones; revoluciones; insurrección, usurpación de poder, terrorismo; 3) Directa o indirectamente por reacción e irradiación nuclear o contaminación radioactiva, el uso de armas o materiales y sustancias atómicas, biológicas, por ejemplo, bacteriológicas o químicas; ataques o intromisiones deliberadas en predios e instalaciones (por ejemplo centrales nucleares, plantas de reciclaje nuclear, plantas de almacenamiento, fábricas o partes de estas que conduzcan a la liberación de radiactividad...)

d) Los accidentes sufridos por el asegurado en situación de enajenación mental o por estar embriagado o bajo los efectos de una droga o estupefacientes. A estos efectos se considerará que hay embriaguez cuando el grado alcohólico supere el máximo reglamentario autorizado el asegurado sea sancionado o condenado por esta causa.

e) Por embarazo o maternidad, alumbramiento o la pérdida que resulta del mismo que sea causado o acelerado por el accidente.

f) Los accidentes que resulten de la práctica profesional de cualquier deporte;

g) Los accidentes ocurridos participando el asegurado en carreras o competiciones de cualquier tipo, excepto las carreras a pie, a nado o en regatas dentro de las dos millas marinas de la costa.

h) Los accidentes ocurridos viajando en avión o cualquier otro aparato de navegación aérea, al menos que viaje con pasaje en aviones debidamente autorizados para el transporte de pasajeros. En este último caso, quedan excluidos de la cobertura los accidentes viajando como miembro de la tripulación o con el fin de realizar trabajos desde los mismos, tales como fotografías aéreas, fumigación u otros semejantes.

i) Los accidentes ocurridos durante escaladas a montañas que necesitan la utilización de cuerdas o guías, o en descensos submarinos o cuevas terrestres de más de 50 metros de profundidad.

j) Hechos que no tengan consideración de accidente según lo estipulado en el Art.2 Lit.8.

k) Toda consecuencia derivada del infarto miocárdico o enfermedades de cualquier tipo.

l) Por peleas o riñas salvo aquellos casos en que se establezca judicialmente que se ha tratado de legítima defensa.

m) Por anomalías congénitas y condiciones que surjan o resulten de ellas.

n) Por cualquier daño que resulte de la hernia.

Quedan excluidos también de la cobertura de esta póliza, salvo que se abone la sobreprima correspondiente y se haga constar expresamente en las condiciones particulares:

a) los accidentes producidos a consecuencia de práctica de fútbol, boxeo o lucha sin arma con carácter de aficionado; la participación en cacerías a caballo o caza mayor; pesca o exploración submarina por aficionados sin utilización de aparatos de oxígeno; la práctica de esquí acuático; los viajes en embarcaciones deportivas a vela o motor piloteadas por personas legalmente habilitadas para ello;

b) los accidentes producidos a consecuencia de la conducción de motocicletas de cualquier cilindrada; demostraciones de salto de obstáculos a caballo; deportes de invierno y esquí; práctica de rafting como aficionado.

c) los accidentes producidos a consecuencia de: práctica de hockey sobre hielo y patinaje sobre hielo; práctica de carreras a caballo con obstáculo; práctica de polo.

En el caso de que no se pague la sobreprima correspondiente, ocurrido un accidente de los señalados en los criterios anteriores, el capital asegurado por muerte o invalidez permanente se reducirá al 75% si el accidente se produjo por alguna de las causas a); se reducirá en un 50% si accidente se produjo por alguna de las causas b); y se reducirá el 25% si el accidente se produjo por alguna de las causas c) de esta última

cláusula. No obstante, la garantía de asistencia médico farmacéutica, en caso de haber sido contratada, quedará cubierta al 10 %.

Artículo 8.- (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 el 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 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 o los Beneficiarios designados con anterioridad a la recepción de cualquier notificación que modificare esa designación. Atengo 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.

d) servicio de delivery o reparto. Queda entendido y comprendido que la operación de servicio de delivery o reparto es colocar en el tiempo, condiciones, lugar y a la persona adecuada, la cantidad precisa de un bien o servicio adquirido. Este servicio consiste en la operación de traslado de productos de cualquier clase o de servicios de correspondencia hacia una persona o lugar.

Artículo 9.- (Plazos).- Este seguro se estipula por el período previsto en las condiciones particulares y a su vencimiento se prorrogará por períodos no superiores a un año. No obstante cualquiera de las partes podrá oponerse a la prórroga mediante notificación escrita a través de un telegrama colacionado a la otra, efectuada con antelación no inferior a dos meses a la conclusión del período de seguro en curso. En todo caso se extinguirá al término de la anualidad dentro del cual el asegurado cumple la edad establecida en las condiciones particulares de la póliza.

Artículo 10.- (Cancelación del contrato).- La póliza podrá cancelarse:

a) por decisión fundada del asegurador derivada de la falta de pago de las primas del seguro, de la agravación del riesgo y cualquier otra inobservancia de cargas y obligaciones del asegurado que estuvieren previstas en las condiciones particulares y generales de la póliza, mediante notificación a través de telegrama colacionado al asegurado con una antelación de al menos siete días a su último domicilio denunciado, en cuyo caso el asegurador le devolverá parte proporcional de la prima por el período del seguro no vencido.

b) Por decisión del asegurado que en cualquier momento, mediante notificación al asegurador, con una antelación de al menos siete días, en cuyo caso (siempre que no haya surgido ninguna reclamación durante el período del seguro a la fecha), el asegurador le devolverá la prima correspondiente menos la deducción de la prima de las tarifas vigentes por períodos cortos por el lapso durante el cual la póliza ha estado vigente.

Los plazos anteriormente establecidos se computarán por días calendario corrido.

Artículo 11.- (Terminación de la cobertura).- La cobertura individual por cada persona asegurada bajo esta póliza termina cuando:

1) El asegurado cumpla 70 años de edad; 2) el cónyuge cumpla 70 años de edad; 3) el cónyuge cesa de ser cónyuge del asegurado; 4) el hijo o la persona que está bajo la tenencia cumple 18 años; 5) el hijo o la persona que está bajo la tenencia se casa o cesa de depender principalmente del asegurado.

Artículo 12.- (Rehabilitación de la póliza). En caso de que a la póliza se le haya puesto término anticipado, el contratante podrá solicitar personalmente su

rehabilitación. Para resolver sobre esta petición, la aseguradora podrá exigir al asegurado que acredite a satisfacción de la compañía que reúne las condiciones de salud y otras necesarias para ser readmitido como tal.

Artículo 13.- (Reticencias). Dará lugar a la pérdida del derecho de indemnización los siguientes supuestos: a) en caso de reticencia o exactitud relevante al completar el cuestionario o solicitud de seguro, si medió dolo o culpa grave; b) en caso de agravación o modificación del riesgo.

relevante, entendiéndose por éste a un cambio en el estado físico o mental del asegurado, la actividad laboral, deportiva o de recreación que pudiera aumentar la exposición al riesgo del asegurado de no haberse comunicado al asegurador, actuando con mala fe; c) cuando el asegurado no haya abonado la prima dentro los plazos establecidos al momento de la contratación del seguro; d) cuando el siniestro haya sido causado por dolo o mala fe del asegurado.

Artículo 14.- (Pago de primas).- La responsabilidad del asegurador quedará condicionada a que: el asegurado pague la prima (o cualquier cuota convenida con el asegurador) en la fecha y hora que dicho pago resulte exigible y pagadero en las oficinas del asegurador en Peatonal Sarandí 620, Montevideo, o cualquier otro lugar autorizado por él por escrito. En caso de un diferendo acerca del cumplimiento o incumplimiento del pago de la prima, conforme a la presente condición, el asegurado deberá presentar pruebas de que dicho pago se efectuó en la fecha y hora debida. Si el asegurado acepta el pago de la prima en cuotas mensuales consecutivas, la primera de dichas cuotas será exigible y pagadera en forma inmediata y las demás mensualmente cada 30 días desde la fecha de entrada en vigencia de la póliza.

La mera tenencia de la póliza no otorga derecho alguno al asegurado, quien deberá demostrar el pago de la totalidad de la prima o de las cuotas vencidas del asegurador mediante la presentación de un recibo extendido por éste.

Se establece la condición resolutoria del presente contrato en caso de que el asegurado no pague la prima en el tiempo y forma establecidas en la solicitud de la presente póliza.

Artículo 15.- (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 una 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 pudieren 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 la moneda nacional conforme al tipo de cambio financiero vendedor cotizado por el Banco de la República Oriental del Uruguay al cierre del día inmediato anterior al de la fecha de pago de cada obligación.

Artículo 16.- (Gastos).- Los gastos de asistencia médico farmacéutica, cuando esta cobertura hubiere sido pactada en las condiciones particulares serán de cuenta del asegurador limitadamente en su cuantía al capital establecido en las condiciones particulares, si lo exigiera la índole de las lesiones, a condición de que se efectúe en hospital o clínica situada en territorio uruguayo o del extranjero y durante el plazo máximo de un año.

Artículo 17.- (Siniestro).- En caso de siniestro amparado por esta póliza, el asegurado o beneficiario según los casos deberá ponerlo en conocimiento del asegurador dentro del plazo máximo de siete días hábiles de haber tenido conocimiento del mismo, y dar toda cuenta e información que posea y le sea solicitada por el asegurador sobre las causas y circunstancias del mismo.

Las indemnizaciones a que dé lugar el siniestro serán satisfechas dentro del plazo máximo de 10 días hábiles de haber recibido el asegurador toda la documentación justificativa de la existencia de siniestro y del importe a que dé lugar la indemnización. La compañía aseguradora se reserva el derecho de solicitar a las autoridades competentes a su costo que se efectúe la autopsia en caso de muerte de una persona asegurada. Si el beneficiario se negare a permitir la autopsia o la retardase en forma tal que deja de ser útil al fin perseguido, perderá el derecho de indemnización asegurado por este contrato. .

Artículo 18.- (Comunicaciones) Las comunicaciones del Asegurado o Beneficiario se realizarán en el domicilio social de la Compañía, y las que tenga que efectuar el Asegurador se realizarán en el domicilio del Asegurado que conste en la póliza.

Las comunicaciones efectuadas por un Corredor de Seguros en nombre del Asegurado causarán los mismos efectos que si las realizara el propio Asegurado.

Artículo 19.- (Jurisdicción) El presente Contrato de Seguro queda sometido a la jurisdicción uruguayo y, dentro de ella, será Juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del mismo el del domicilio del Asegurado, a cuyo efecto éste designará un domicilio en Uruguay, en caso de que el suyo fuese en el extranjero.

Artículo 20.- (Otras obligaciones, deberes y facultades del asegurado) El Asegurado o Beneficiario, tienen las obligaciones y deberes siguientes:

- a) Comunicar al Asegurador la celebración de cualquier otro Seguro de Accidentes que se refiera a la misma persona.
- b) Comunicar al Asegurador, el estado físico, las actividades laborales o profesionales, las actividades deportivas y recreativas, y todas aquellas circunstancias que según el cuestionario presentado por el Asegurador antes de la conclusión del Contrato, agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidos por éste en el momento de la perfección del Contrato no lo habría celebrado o lo habría

concluido en condiciones más gravosas. Si la agravación no es imputable al Asegurado y el Asegurador no acepta su cobertura, éste queda obligado a devolver la parte de prima correspondiente al período del seguro no transcurrido. Si la agravación del riesgo es imputable al Asegurado, y la misma proviene del cambio de la profesión o actividad del Asegurado y de haber existido ese cambio al tiempo de la celebración, el Asegurador hubiera concluido el contrato por una prima mayor, la suma asegurada se reducirá en proporción a la prima pagada. En el caso de que la nueva profesión o actividad del Asegurado al tiempo de la celebración, el Asegurador no hubiera concluido el contrato, el Asegurador podrá rescindir el contrato, mediante notificación a través de Telegrama Colacionado al Asegurado con una antelación al menos de 7 días, a su último domicilio denunciado en cuyo caso el Asegurador le devolverá parte proporcional de la prima por el período del seguro no vencido. Comunicar al Asegurador, el cambio de profesión del Asegurado que figura en el cuestionario. Si el cambio de profesión supone una agravación de riesgo será de aplicación lo establecido en el apartado b) anterior.

- c) En caso de siniestro comunicar al Asegurador dentro del plazo de 7 días hábiles de haberlo conocido y darle las circunstancias del mismo.
- d) Aminorar las consecuencias del siniestro, empleando los medios a su alcance para conservar la vida del Asegurado y su propio restablecimiento. El incumplimiento de ésta obligación con la manifiesta intención de perjudicar o engañar al Asegurador, liberará a éste de toda prestación derivada del siniestro.

El plazo que dispondrá el asegurado para realizar las comunicaciones establecidas en los literales b) y c) será de 15 días corridos, contados desde el día de conocimiento de las circunstancias establecidas en los mencionados literales.

Artículo 21.- El Asegurado podrá reclamar a la Entidad Aseguradora, en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la Póliza, que se subsanen las divergencias existentes entre ésta y la Solicitud de Seguro o de las cláusulas acordadas.