CONDICIONES GENERALES

PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES

TÍTULO I. CONDICIONES GENERALES APLICABLES A TODAS LAS COBERTURAS 2
CLÁUSULA 1. Ley de las Partes Contratantes 2
CLÁUSULA 2. Extensión de Territorio 2
CLÁUSULA 3. Definiciones 2
CLÁUSULA 4. Vigencia y Renovación de Póliza 3
CLÁUSULA 5. Cancelación del Contrato 3
CLÁUSULA 6. Terminación del Seguro 4
CLÁUSULA 7. Comunicaciones 4
CLÁUSULA 8. Designación y Cambio de Beneficiario 4
CLÁUSULA 9. Declaraciones del Asegurado 5
CLÁUSULA 10. Pago del Premio 5
CLÁUSULA 11. Moneda o Unidad de Contrato 6
CLÁUSULA 12. Agravación del riesgo 6
CLÁUSULA 13. Obligaciones del Asegurado o Beneficiario en caso de accidente 7
CLÁUSULA 14. Obligación de salvamento 7
CLÁUSULA 15. Liquidación de Siniestros 7
CLÁUSULA 16. Pago del Monto Asegurado 8
CLÁUSULA 17. Exclusiones 8
CLÁUSULA 18. Pluralidad de seguros. 9
CLÁUSULA 19. Prescripción. 9
CLÁUSULA 20. Impuestos, Tasas y Contribuciones 10
CLÁUSULA 21. Ley Competente y Jurisdicción Aplicable. 10
TÍTULO II. CONDICIONES ESPECÍFICAS A LAS COBERTURAS 10
CLÁUSULA 22. Objeto del Seguro 10
CLÁUSULA 23. Definición de la Cobertura 10
CLÁUSULA 24. Persona Asegurable 10
CLÁUSULA 25. Persona No Asegurable 11
CLÁUSULA 26. Cobertura de Muerte Accidental 11
CLÁUSULA 27. Cobertura de Invalidez Total y Permanente 11
CLÁUSULA 28. Cobertura Adicional por Desmembramiento 12
CLÁUSULA 29. Cobertura de Reembolso de Gastos Médicos por Accidente 14
CLÁUSULA 30. Exclusiones particulares 14

CONDICIONES GENERALES

PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES

TÍTULO I. CONDICIONES GENERALES APLICABLES A TODAS LAS COBERTURAS

CLÁUSULA 1. Ley de las Partes Contratantes

Las partes contratantes se someten a las disposiciones del presente contrato de seguro como a la ley misma. Esta póliza se emite en base a las declaraciones del Asegurado y garantiza el pago de las indemnizaciones por los daños habidos de conformidad con las Condiciones Generales y Particulares contenidas en la póliza. Este contrato no cubre lucro esperado ni puede originar beneficio ni enriquecimiento alguno para el Asegurado. En caso de discordancia entre las Condiciones Generales y Particulares predominarán estas últimas. El Asegurador podrá informar al Asegurado del contenido de las condiciones anteriormente indicadas mediante medio electrónico que permita comprobar la recepción o acceso; para estos fines el Asegurado deberá suministrar y mantener actualizada la información electrónica al Asegurador. La propuesta presentada a la Compañía forma parte integrante del contrato de seguro.

Las disposiciones pertinentes de la normativa nacional se aplicarán en aquellas materias y/o puntos que no estén previstos y resueltos por esta póliza. En particular, serán aplicables en materia de seguros, las disposiciones de la Ley N° 19.678 del 26 de octubre de 2018, o la que se encuentre vigente.

CLÁUSULA 2. Extensión de Territorio

El presente Contrato de Seguro queda sometido a la jurisdicción uruguaya 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.

CLÁUSULA 3. Definiciones

En este contrato se entiende por:

1. **Asegurador o Compañía Aseguradora**
   SBI Seguros Uruguay S.A.
2. **Asegurado Titular**
   Persona física indicada como tal en las condiciones particulares, y que abona el premio según lo previsto por este contrato.
3. **Asegurado cónyuge**
   Es aquella persona legalmente casada con el Asegurado Titular o unida a éste por concubinato.
4. **Beneficiarios**
   La/s persona/s física/s, que podrán o no coincidir en la persona del Asegurado Titular y/o Asegurado Cónyuge, y será el titular/es del derecho a la indemnización especificado en las condiciones particulares para el caso de fallecimiento del asegurado, estando vigente la póliza.
5. **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.
6. **Premio**
   Es el precio del seguro que se paga mensualmente para tener el beneficio de este. El recibo de pago contendrá, además, los recargos, tasas e impuestos de legal aplicación.

7. **Sumas Aseguradas o Montos Asegurados**
   Son las sumas pactadas que el Asegurado o Beneficiario, en caso de muerte o lesión provocado por un accidente cubierto, tendrá derecho a percibir del Asegurador en relación con las coberturas contratadas.

8. **Período de Vigencia**
   Es el plazo de la presente póliza según se especifica en las condiciones particulares.

9. **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.

10. **Fecha inicial de vigencia**
    Es la fecha a la cero hora desde la cual comienza la cobertura prevista en la póliza y se encuentra indicada en las Condiciones Particulares de la misma.

11. **Fecha de emisión**
    Es la fecha en la cual la póliza es emitida y se encuentra señalada en las Condiciones Particulares de la póliza.

12. **Edad inicial**
    Es la edad en años cumplidos que a la fecha inicial de vigencia de la póliza tenga el Asegurado.

13. **Edad alcanzada**
    Es la edad inicial del Asegurado más el número de años desde la fecha inicial de vigencia de la póliza.

CLÁUSULA 4. Vigencia y Renovación de Póliza

La responsabilidad que el Asegurador asume por el presente Contrato de Seguro comienza a partir de las 12:00 horas del día señalado como inicio de vigencia y permanecerá vigente durante el periodo previsto en las Condiciones Particulares considerando un plazo máximo de cobertura de doce (12) meses. Si el Contrato no hubiera sido objeto de cancelación o terminación según Cláusula 5 y 6 respectivamente, y salvo que existiera solicitud expresa en contrario del Asegurado o del Asegurador con anterioridad a la fecha de finalización, el Asegurador lo renovará automáticamente por el mismo período y así sucesivamente frente a cada vencimiento, siempre que el premio del seguro se encuentre totalmente pago a esa fecha por parte del Asegurado.

A todo evento, las partes podrán interrumpir la renovación automática mediante notificación por escrito a la otra con al menos treinta (30) días corridos de anticipación a la conclusión del periodo del seguro en curso, según el proceso establecido en la Cláusula 7 de estas Condiciones Generales.

CLÁUSULA 5. Cancelación del Contrato

La póliza podrá cancelarse:

1. Por decisión fundada del Asegurador derivada de la falta de pago del premio del seguro, del agravamiento 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 fehaciente a través de telegrama colacionado o correo electrónico al Asegurado con una antelación de al menos treinta (30) días a su último domicilio físico o electrónico denunciado, en cuyo caso el Asegurador le devolverá parte proporcional del premio, deduciendo gastos incurridos, por el período del seguro no vencido.

2. Por decisión del Asegurado que, en cualquier momento, mediante notificación fehaciente al asegurador, con una antelación de treinta (30) 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 por el riesgo corrido durante el lapso en el cual la póliza ha estado vigente. Los plazos anteriormente establecidos se computarán por días calendario corridos.

CLÁUSULA 6. Terminación del Seguro

El presente seguro se dará por terminado automáticamente en los siguientes casos:

1. Al aniversario siguiente de la Póliza más próximo a aquél en que el Asegurado cumpla 69 años.
2. En caso de fallecimiento del Asegurado Titular o Asegurado Cónyuge.
3. Según Cláusula 10 Punto 3.

CLÁUSULA 7. Comunicaciones

Todas las comunicaciones entre el Asegurador y el Asegurado deberán hacerse por escrito, y deberá ser entregada personalmente, mediante telegrama colacionado o mediante correo electrónico, siempre con acuse de recibo dirigido a la oficina del Asegurador o la dirección física o electrónica del Tomador o del Asegurado que aparezca en esta Póliza. Al momento de la contratación de la Póliza, el Asegurado podrá optar por constituir por escrito un domicilio electrónico a fines de que sea notificado de estas comunicaciones, debiendo indicar y mantener actualizada dicha información.

CLÁUSULA 8. Designación y Cambio de Beneficiario

Se tendrá como Beneficiario de esta póliza al propio Asegurado. 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 Asegurado podrá instituir como Beneficiario a cualquier persona, sujeto a la aprobación de la Compañía Aseguradora.

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 surja 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 hacerla. 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, junto con los herederos legales. 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.

No habiendo Beneficiario designado o, si habiendo, éste hubiera fallecido antes que el asegurado o simultáneamente con él, el seguro será pagadero a los herederos legales de este último.

Pierde todo derecho el Beneficiario que provoca deliberadamente la muerte de un Asegurado con un acto ilícito. Si existiera más de un Beneficiario, la cuotaparte de la prestación de quien cometió el acto no será prestada. Los demás Beneficiaros recibirán su parte correspondiente.

El Asegurado podrá revocar o cambiar en cualquier momento el Beneficiario, salvo que la designación sea a título oneroso o irrevocable. Para que el cambio de Beneficiario tenga 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). La revocación o cambio se tendrá por efectuada una vez recibida por el asegurador.

En caso de imposibilidad de abonar la correspondiente indemnización del 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 presentase 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.

El beneficiario adquiere un derecho propio al tiempo de producirse el siniestro, no pudiendo ceder sus derechos a la indemnización durante la vida del Asegurado.

CLÁUSULA 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, aun 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, cumpliéndose en todos los casos las condiciones referidas en el párrafo anterior.

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 que verse sobre alguna reticencia o falsa declaración ocurre dentro del plazo de tres (3) años del cual dispone la Compañía Aseguradora para impugnar la declaración del Contratante o del Asegurado, el plazo de incontestabilidad, de acuerdo con lo establecido en el párrafo siguiente, la Compañía Aseguradora no pagará prestación alguna. 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 el Asegurado después de los tres (3) años de vigencia de la póliza. Si la póliza hubiere sido rehabilitada, el plazo de incontestabilidad de tres (3) años se computará a partir de la fecha de la última rehabilitación.

CLÁUSULA 10. Pago del Premio

El pago del premio 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.

1. **Pagos fraccionados**
   Este seguro se emite sobre la base de premios anuales, pero la Compañía podrá aceptar el fraccionamiento de ellas en cuotas, de acuerdo con las tarifas vigentes en la fecha de emisión de esta Póliza. En el caso que se efectuara una liquidación de una indemnización en el marco de esta Póliza, la Compañía podrá compensar de la indemnización que deba pagar al Asegurado o Beneficiarios, las cuotas impagas del premio a la fecha del siniestro. Si el Asegurado lo solicita por escrito, la Compañía podrá aceptar el cambio de forma de pago a partir del próximo inmediato año de vigencia. El pago de cualquier prima o cuota sólo mantendrá la Póliza en vigor hasta el vencimiento de la prima o cuota siguiente.

2. **Plazo de gracia.**
   Si el Asegurado dejara de abonar el premio o cuota, la Póliza quedará en mora automáticamente sin necesidad de intimación o interpelación judicial o extrajudicial de especie alguna, pero la Compañía la mantendrá en vigor,

con todos sus derechos y ventajas, durante el plazo de gracia de treinta (30) días corridos, que empezará a contarse desde el día del vencimiento del premio o cuota no pagada.

El plazo de gracia no podrá superar los treinta (30) días corridos indicados en el párrafo anterior, transcurridos los cuales, se entenderá resuelta la póliza de pleno derecho.

3. **Resolución del contrato por falta de pago de premio**
   Vencido el plazo de gracia la Póliza quedará automáticamente resuelta, sin necesidad de aviso, notificación o requerimiento alguno y sin derecho a ninguna indemnización.

CLÁUSULA 11. Moneda o Unidad de Contrato

La Suma Asegurada y el monto del premio 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 del premio en dicha moneda; a su vez la Compañía Aseguradora abonará las indemnizaciones que pudieran 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.

CLÁUSULA 12. Agravación del riesgo

El Asegurado debe dar aviso escrito al Asegurador de toda modificación de las circunstancias constitutivas del riesgo cubierto por esta póliza que, de haber existido al momento de celebración del contrato, hubieran llevado al Asegurador a no celebrarlo o a celebrarlo en otras condiciones. Si la modificación proviene de un hecho propio del Asegurado o de personas de su dependencia, el aviso deberá formularse antes de efectuar la modificación proyectada. En caso contrario, la cobertura quedará automáticamente suspendida.

Si la modificación proviene de fuerza mayor, caso fortuito o hecho de personas ajenas al Asegurado, el aviso deberá formularse inmediatamente de que el cambio llegó a conocimiento del Asegurado o de personas de su dependencia y la cobertura quedará suspendida desde el momento en que es conocida por el Asegurado y notificado al Asegurador. El incumplimiento de esta carga hará caducar el derecho indemnizatorio del Asegurado, en la medida en que la modificación hubiera provocado el siniestro

Sólo se consideran puntualmente Agravaciones del Riesgo:

1. Modificación de estado físico o mental del Asegurado.
2. Modificación de su profesión o actividad cuando agravan el riesgo de modo tal que, de existir a la época de la celebración, el asegurador no hubiera concluido el contrato de acuerdo con los usos y costumbres comerciales. No obstante, si de haber existido esa modificación al tiempo de la celebración de este contrato, el Asegurador lo hubiera celebrado por una prima mayor, la Suma Asegurada se reducirá en proporción a la prima pagada.
3. Fijación de residencia fuera del País.

En caso de modificación de las circunstancias constitutivas del riesgo cubierto por esta póliza, el Asegurador podrá adoptar, según lo estime del caso, alguna de las siguientes opciones:

a) Rescindir el contrato de seguro, devolviendo al Asegurado la parte de prima correspondiente al período del tiempo comprendido entre la fecha en que acuerde la rescisión del contrato y la fecha de vencimiento de la póliza;
b) Modificar las condiciones del contrato, adecuando las condiciones al nuevo estado del riesgo y cobrando la sobreprima correspondiente al riesgo agravado.

A todo evento, si transcurrieras quince (15) días corridos desde que se notificó al Asegurador del agravamiento sin que este manifestara su voluntad de rescindir la póliza o que se acordara la modificación de la misma, el contrato se mantendrá en las condiciones pactadas inicialmente.

CLÁUSULA 13. Obligaciones del Asegurado o Beneficiario en caso de accidente

Para tener derecho a los beneficios que otorga esta póliza, las Personas Aseguradas o los Beneficiarios, en su caso, el Asegurado y/o los Beneficiarios deberá dar aviso al Asegurador dentro de los cinco (5) días hábiles de ocurrido el siniestro o desde que tuvo conocimiento del mismo, salvo causa extraña no imputable. Asimismo, dentro de los quince (15) días corridos siguientes al siniestro, informará por escrito al Asegurador todas las circunstancias constitutivas del hecho y todos los detalles que sirvan para esclarecerlo. En este escrito deberá establecerse especialmente

a) Número de la póliza
b) Lugar donde ocurrió el hecho
c) Circunstancias del hecho y causas presumibles del mismo
d) Enumeración, descripción y naturaleza de los daños causados a las personas y/o a las cosas de terceros, en lo que sea de conocimiento del Asegurado
e) Autoridad policial que hubiere intervenido.

El plazo se computará desde el conocimiento del Asegurado y/o los Beneficiarios. Sin embargo, se presume que ellos conocen la existencia del hecho el mismo día en que ocurre, salvo prueba en contrario producida por ellos.

El mencionado plazo no correrá en supuestos de imposibilidad del Asegurado o de los Beneficiarios de denunciar el hecho por caso fortuito o fuerza mayor, en cuyo caso empezará a correr el plazo indicado anteriormente, una vez haya cesado el caso fortuito o la fuerza mayor, para producir la denuncia.

Sin perjuicio del párrafo anterior, en caso de no cumplirse con este requisito, la responsabilidad de la Aseguradora con respecto al Asegurado o los Beneficiarios emanada de esta póliza cesará una vez transcurrido el último día del referido plazo.

La Compañía Aseguradora se reserva el derecho de solicitar a las autoridades competentes, y a su costo, que efectúe una autopsia en caso de muerte de una de las Personas Aseguradas. Si el Beneficiario se negare a permitir dicha autopsia o la retardase en forma tal que ella sea inútil para el fin perseguido, perderá el derecho a la indemnización asegurada por este contrato.

En caso de un siniestro, el Asegurado debe, en cuanto le sea posible, impedir o reducir las consecuencias del mismo y observar las instrucciones del Asegurador en cuanto sean razonables.

CLÁUSULA 14. Obligación de salvamento

El Asegurado está obligado a proveer lo necesario, en la medida de sus posibilidades, para evitar o disminuir el daño y a observar las instrucciones del Asegurador, quien le reembolsará los gastos no manifiestamente desacertados. Si existe más de un Asegurador y median instrucciones contradictorias, el Asegurado actuará según las instrucciones que aparezcan más razonables en las circunstancias del caso. Si los gastos se realizan de acuerdo con instrucciones del Asegurador, este debe siempre su pago íntegro y anticipará los fondos si así le fuere requerido. La falta de estricto cumplimiento de esta obligación hará caducar todo derecho indemnizatorio derivado de esta póliza.

CLÁUSULA 15. Liquidación de Siniestros

Al fallecimiento del asegurado, los beneficiarios, acreditando su calidad de tales, podrán exigir el pago de la Suma Asegurada presentando los siguientes antecedentes:

1. Testimonio de la partida de defunción del Asegurado.
2. Testimonio de la partida de nacimiento para acreditar la fecha de nacimiento del asegurado.
3. 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 indagaciones que sean necesarias a tal fin, siempre que sean razonables.

Por otro lado, para la aplicación del beneficio de Invalidez Total y Permanente, como así también los beneficios por Desmembramiento, deberán darse simultáneamente las siguientes condiciones:

a) La incapacidad debe haber comenzado estando la Póliza en vigor.
b) La incapacidad debe tener su inicio dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha del accidente que le dio origen.
c) La incapacidad debe haber tenido una duración de noventa (90) días consecutivos, por lo menos, desde la declaración médica de su incapacidad.

CLÁUSULA 16. Pago del Monto Asegurado

La Compañía Aseguradora informará dentro del plazo de treinta (30) días corridos de la recepción de la denuncia la aceptación o el rechazo del siniestro, vencido el cual se entenderá como aceptado. Dicho plazo se entenderá suspendido si por razones ajenas a su voluntad y alcance, no cuente con los elementos suficientes para determinar la cobertura del siniestro.

La indemnización correspondiente se abonará al Beneficiario o a los Beneficiarios en una sola suma dentro de los sesenta (60) días corridos siguientes a la notificación tácita o expresa de la aceptación del siniestro, siempre que se hayan cumplido las cargas y obligaciones establecidas en esta Póliza y en las normas que le son aplicables.

CLÁUSULA 17. Exclusiones

No se efectuará el pago de las Sumas Aseguradas y Coberturas establecidas en Condiciones Particulares de esta póliza, cuando el fallecimiento o lesiones del Asegurado se produzcan directa o indirectamente, total o parcialmente, a consecuencia de:

a) 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.

b) Peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente que se ha tratado de legítima defensa.

c) Comisión con o sin participación del Asegurado de actos calificados como: delito, rebelión, revolución, sublevación, asonadas, motín, conmoción civil, subversión y actos terroristas.

d) Suicidio, intento de suicidio, o herida causada a sí mismo, ya sea estando en su pleno juicio o enajenado mentalmente.

e) Prestación de servicios del Asegurado en las Fuerzas Armadas o en funciones policiales de cualquier tipo.

f) Participación física y personal en carreras, apuestas, competencias y desafíos que sean remunerados o sean la ocupación principal del Asegurado.

g) Intoxicación o encontrarse uno de los Asegurados en estado de ebriedad, o bajo los efectos de cualquier narcótico, a menos que hubiese sido administrado por prescripción médica. Estos estados deberán ser calificados por la autoridad competente.

h) Desempeñarse el Asegurado como piloto o miembro de la tripulación en cualquier tipo de avión, a menos que expresa y específicamente se prevea y acepte su cobertura por la Compañía Aseguradora.

i) Vuelos en líneas aéreas no regulares, a menos que expresa y específicamente se prevea y acepte su cobertura por la Compañía Aseguradora.

j) Riesgos nucleares o atómicos.

k) Cualquier tipo de enfermedad incluyendo enfermedades mentales y/o nerviosas.

l) Embarazo o maternidad, alumbramiento o la pérdida que resulta del mismo, aunque sea causado o acelerado por accidente.

m) Anomalías congénitas y condiciones que surjan o resulten de ellos.

n) Cualquier daño que resulta en hernia.

o) Realización de una actividad o deporte riesgoso, tales como, pero no limitado a: aladeltismo, paracaídismo, buceo, boxeo, polo, polocrosse, rugby, rafting, viaje u operación de planeadores o aeroplanos acrobáticos, participación en competencias automotrices, motociclistas (uso de moto, ya sea como pasajero o conductor) o equinas o cualquier otro deporte ejercitado profesionalmente, salvo que sea expresamente aceptado por la Compañía Aseguradora y que el Contratante acepte pagar un determinado recargo de prima. Dicha exclusión deberá ser detallada en las Condiciones Particulares de la presente póliza.

p) Países excluidos de las coberturas: Irán, Irak, Afganistán, Colombia y Corea del Norte. La compañía aseguradora no pagará los siniestros ocasionados en estos países bajo ninguna causa.

CLÁUSULA 18. Pluralidad de seguros.

En caso de que el Asegurado haya contratado uno o más seguros sobre los mismos riesgos y con vigencia coincidente en todo o en parte, deberá informarlo al Asegurador al momento de la contratación de la presente póliza o de la contratación de las pólizas adicionales en caso de ser posteriores. La notificación deberá realizarse con especificación de las demás aseguradoras, las sumas aseguradas y las vigencias contratadas.

La falta de notificación exonerará al Asegurador de la obligación de indemnizar y no da lugar a devolución del premio o porción del premio pagado.

En caso de pluralidad de seguros válidos, los aseguradores concurrirán al pago de la indemnización en proporción a la suma asegurada y hasta la concurrencia de la indemnización debida, salvo pacto en contrario. La indemnización debida se hará considerando los contratos vigentes y válidos a la fecha del siniestro.

El asegurador que abone una suma mayor a la que proporcionalmente tiene a su cargo, tendrá acción contra los demás aseguradores para efectuar el correspondiente ajuste y contra el asegurado en caso de que este hubiera recibido una indemnización mayor a la debida. En todo caso, los aseguradores podrán nombrar un liquidador común cuyos honorarios serán asumidos proporcionalmente entre todos los aseguradores que concurran válidamente.

CLÁUSULA 19. Prescripción.

Toda acción basada en el presente contrato de seguro prescribe en el plazo de cinco (5) años contados desde que la correspondiente obligación es exigible.

La Prescripción en caso de la indemnización comenzará a correr desde que se informa al Asegurado de la aceptación tácita o expresa del siniestro o del rechazo del mismo. En el caso del premio, se hará exigible según lo pactado en las condiciones particulares de la póliza, y la prescripción empezará a correr desde el vencimiento de la última cuota impaga o desde la fecha en que sea exigible el pago de contado

Los actos de procedimiento establecidos por en el presente contrato o en la normativa nacional vigente y aplicable para la liquidación del daño, suspende la prescripción de las acciones para el cobro del premio y de la indemnización, reanudándose el cómputo una vez cumplidos.

CLÁUSULA 20. 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.

CLÁUSULA 21. Ley Competente y Jurisdicción Aplicable.

Las partes acuerdan que el presente contrato se regirá por las leyes de la República Oriental del Uruguay. 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 los tribunales competentes de la ciudad de Montevideo.

TÍTULO II. CONDICIONES ESPECÍFICAS A LAS COBERTURAS

CLÁUSULA 22. Objeto del Seguro

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 Cláusula 1, si el Asegurado sufre durante el período de seguro un accidente.

A los efectos de esta póliza se entiendo por accidente a todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos, que afecte en su organismo al asegurado.

CLÁUSULA 23. Definición de la Cobertura

El Contratante podrá optar por distintas combinaciones de coberturas de acuerdo con las opciones ofertadas por la Compañía Aseguradora al momento de la contratación y las cuales deberán consignarse expresamente en las Condiciones Particulares. La cobertura de Muerte Accidental se encontrará presente en todas las posibles combinaciones.

En ningún caso será pagada una indemnización por más de una de las pérdidas que resultan del mismo accidente, será aplicable el mayor beneficio que resulte de las coberturas contratadas.

CLÁUSULA 24. Persona Asegurable

Podrán ser asegurados, mediante el pago de la prima correspondiente y por las coberturas indicadas en el "Cuadro y Recibo de Póliza":

1. El Asegurado Titular, en forma individual, siempre y cuando su edad al momento de la contratación de esta Póliza sea inferior o igual a sesenta y cinco (65) años.
2. Adicionalmente el Asegurado Titular podrá incluir bajo las coberturas de esta Póliza el cónyuge o la persona que conviva como tal con él, siempre y cuando su edad al momento de la contratación de esta Póliza no sea inferior a dieciséis (16) años de edad ni mayor de sesenta y cinco (65) años.

Las personas antes mencionadas que se pueden asegurar mediante la presente Póliza, deberán estar identificadas en las Condiciones Particulares de Póliza con sus respectivos datos personales completos.

La denuncia inexacta de la edad, cuando la misma exceda los límites establecidos en las presentes Condiciones, será causal de rescisión de la póliza.

Si ocurrido el siniestro el Asegurador constata que la edad del Asegurado ha sido declarada de forma falsa y dicha declaración incide en el cálculo incorrecto del premio, el Asegurador podrá ajustar la suma asegurada al monto que hubiera correspondido si la edad hubiera sido declarada correctamente y abonará dicho monto en concepto de indemnización.

Si la declaración falsa de edad se descubre antes de ocurrido el siniestro del Asegurado y la edad resulta menor que la denunciada, el Asegurador devolverá la diferencia de premio percibido, reajustando los premios futuros o ajustará la Suma Asegurada.

Si la edad resulta mayor, el Asegurador reducirá la Suma Asegurada conforme a la edad real y el premio pagado, salvo que el Asegurado opte por conservar la misma Suma Asegurada y pagar al Asegurador la diferencia de premios no abonados.

CLÁUSULA 25. Persona No Asegurable

No son personas asegurables las personas que estén o sufran de ataques de epilepsia, apoplejía, enajenación mental, parálisis, delírium trémens, diabetes, alcoholizadas, ciegas, sordas, mudas, lisiadas o mutiladas en alto grado, dedicadas al uso de estupefacientes o de alucinógenos y quedará nula esta Póliza al verificarse cualquiera de los casos aquí señalados.

CLÁUSULA 26. Cobertura de Muerte Accidental

En virtud de esta cobertura, la Compañía Aseguradora pagará a los Beneficiarios designados por el Asegurado el monto especificado en las Condiciones Particulares, después de recibidas y aprobadas las pruebas en cuanto a que el fallecimiento de una de las Personas Aseguradas se produjo durante la vigencia de esta cobertura, como consecuencia directa e inmediata de un accidente.

Se entenderá como fallecimiento inmediato aquel que ocurra a más tardar dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes de ocurrido el accidente.

Si el Asegurado falleciera como consecuencia de algún 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 en el marco de otras coberturas contratadas, en caso de que existiesen y, de acuerdo con las Condiciones Particulares.

CLÁUSULA 27. Cobertura de Invalidez Total y Permanente

En virtud de esta cobertura, el Asegurado que sufra lesiones producto de un accidente, deberá probar ante la Compañía que se encuentra en estado de incapacidad total y permanente.

Se entiende por Invalidez total y permanente a los efectos de esta cobertura, cuando el Asegurado, por causa de un accidente, queda 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 género.

Para constatar la invalidez total y permanente se requiere probar su existencia dentro de los ciento ochenta (180) días corridos de registrado el accidente.

Se considerará como reconocida la invalidez total y permanente si la misma tiene una duración de noventa (90) días corridos, por lo menos, desde la declaración médica de su invalidez.

Una vez transcurridos doce (12) meses consecutivos desde el reconocimiento de la invalidez total y permanente por parte de la Compañía, y siempre que dicha incapacidad continúe, la Compañía pagará la Suma Asegurada indicada en las Condiciones Particulares de la póliza, menos cualquier otro monto pagado al Asegurado por el mismo accidente bajo las coberturas contratadas mientras el Asegurado este vivo o hasta el cese de su incapacidad, lo que ocurra primero.

La Cobertura para Incapacidad Total y Permanente sólo cubre al Asegurado y se vence cuando el mismo cumple sesenta y cinco (65) años o cuando el mismo accede a la jubilación por cualquier causal (artículo 16 de la ley 16.713), lo que ocurra primero.

CLÁUSULA 28. Cobertura Adicional por Desmembramiento

Si como consecuencia del Accidente sufrido por el Asegurado y dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha de este, la lesión produjera alguna de las pérdidas orgánicas enunciadas en las tablas siguientes, la Compañía pagará los siguientes porcentajes de la Suma Asegurada establecida en las Condiciones Particulares de esta Póliza para esta cobertura:

Afección Total	**%**
Ambas manos o ambos pies o la vista en ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano o un pie y la vista de un ojo	100%
Pérdida total de los dos ojos	100%

Cabeza	**%**
Sordera total e incurable de los dos oídos	50%
Pérdida total de un ojo o reducción de la mitad de la visión binocular normal	40%
Sordera total o incurable de un oído	15%
Ablación de la mandíbula inferior	50%

Miembros Superiores	**%**
Pérdida total de un brazo	50%
Pérdida total de una mano	50%
Fractura no consolidada de un brazo (seudoartrosis total)	45%
Anquilosis del hombro en posición no funcional	30%
Anquilosis del hombro en posición funcional	25%
Anquilosis del codo en posición no funcional	20%
Anquilosis del codo en posición funcional	20%
Anquilosis de la muñeca en posición no funcional	20%
Anquilosis de la muñeca en posición funcional	15%
Pérdida total del pulgar	18%
Pérdida total de índice	14%
Pérdida total del dedo medio	9%
Pérdida total del anular o el meñique	8%

Miembros Inferiores	**%**
Pérdida total de una pierna	55%

Pérdida total de un pie	40%
Fractura no consolidada de un muslo (seudoartrosis total)	35%
Fractura no consolidada de una pierna (seudoartrosis total)	30%
Fractura no consolidada de una rótula	30%
Fractura no consolidada de un pie (seudoartrosis total)	20%
Anquilosis de la cadera en posición no funcional	40%
Anquilosis de la cadera en posición funcional	20%
Anquilosis de la rodilla en posición no funcional	30%
Anquilosis de la cadera en posición funcional	20%
Anquilosis de la rodilla en posición no funcional	30%
Anquilosis de la rodilla en posición funcional	15%
Anquilosis del empeine (garganta de pie) en posición no funcional	15%
Anquilosis del empeine (garganta de pie) en posición funcional	8%
Acortamiento de un miembro inferior de por lo menos cinco centímetros	5%
Acortamiento de un miembro inferior de por lo menos tres centímetros	8%
Pérdida total del dedo gordo de un pie	8%
Pérdida total de otro dedo del pie	4%

La pérdida total permanente funcional de un miembro será considerada como pérdida de este.

Se entiende por pérdida total la que está referida a un miembro, su eliminación del organismo al cual pertenece en forma definitiva y en su total integración anatómica y funcional.

Se entiende por pérdida parcial la eliminación de parte del miembro al cual pertenece en forma definitiva. Se entiende por pérdida funcional total la ausencia definitiva y total de toda capacidad de función fisiológica del o de los miembros afectados, pudiendo o no estar implicado el aspecto anatómico del miembro comprometido.

El asegurador indemnizará el desmembramiento ocurrido dentro de los doce (12) meses, a contar desde la fecha del accidente. Si el desmembramiento se produjera pasado el año, será necesario aportar certificado médico acreditativo de que dicho desmembramiento es consecuencia directa del accidente, sin perjuicio de la información adicional que la Compañía pueda solicitar en caso de creerlo conveniente. La Pérdida Parcial de los miembros, será indemnizable en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional, pero si la pérdida es derivada de seudo artrosis, la indemnización no podrá exceder del setenta por ciento (70%) de la que corresponde por la pérdida total del miembro afectado. La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo si se ha producido por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponda por la pérdida del dedo entero si se trata del pulgar y a la tercera parte de cada falange si se trata de otros dedos.

Si después de fijado el desmembramiento sobreviniere la muerte del asegurado a consecuencia de este u otro siniestro amparado por la póliza, las cantidades satisfechas por el asegurador se considerarán a cuenta la Suma Asegurada para el caso de Muerte Accidental, que será pagado de acuerdo con lo establecido en la Cláusula 16.

En caso de invalidez total y permanente sobrevenida del asegurado como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza, que deje lesiones residuales corregibles mediante prótesis, el asegurador pagará el importe que alcance la primera prótesis ortopédica que se practique al asegurado sin exceder el diez por ciento (10 %) de la Suma Asegurada para la Cobertura de Invalidez.

En caso de ocurrir más de un siniestro durante la vigencia de la póliza, los porcentajes a indemnizar se calcularán en base a la Suma Asegurada y no al saldo de éste, después de haber efectuado otros pagos. Sin embargo, el total de indemnizaciones provenientes del desmembramiento por uno o más accidentes ocurridos durante el período de cobertura de esta póliza, no podrá en ningún caso exceder el cien por ciento (100%) del monto asegurado para esta alternativa.

CLÁUSULA 29. Cobertura de Reembolso de Gastos Médicos por Accidente

En virtud de esta cláusula la Compañía reembolsará, a los asegurados con derecho a esta cobertura y sujeto a las Suma Asegurada en Condiciones Particulares, los gastos médicos y hospitalarios razonables y acostumbrados en que efectivamente éste incurra a consecuencia de un accidente amparado por esta cláusula, siempre que éstos sean provenientes de:

1. Hospitalización;
2. Honorarios de profesionales médicos exámenes de laboratorio y radiología;
3. Procedimientos terapéuticos y de diagnóstico;
4. Derecho de Cama, incluyendo los insumos utilizados y el uso de la unidad de tratamientos intensivos si correspondiese.

La Compañía cubrirá también los gastos médicos que puedan resultar de accidentes sobrevenidos al tratar de salvar vidas humanas.

Es condición de procedencia de la indemnización respectiva que los gastos médicos sean consecuencia directa de las lesiones originadas por el accidente y que al asegurado haya dado cumplimiento a las demás condiciones de procedencia de la indemnización que corresponda.

El presente cobertura obliga a la Compañía, por cada accidente, al reembolso de los gastos médicos incurridos sólo hasta la concurrencia del monto asegurado por concepto de esta cláusula señalada en las Condiciones Particulares de la póliza.

Podrá pactarse un deducible por cada accidente, del que se dejará constancia en las Condiciones Particulares.

CLÁUSULA 30. Exclusiones particulares

No se consideran accidentes a los efectos de la presente Póliza y el Asegurador no indemnizará los siniestros que, bien en su origen o extensión, sean producidos o causados por:

a) Suicidio o tentativa de suicidio;
b) Accidentes causados intencionalmente por el Asegurado; los sufridos por su imprudencia, negligencia o impericia grave;
c) Cualquier enfermedad corporal o mental o agravamiento de ella y los tratamientos médicos o quirúrgicos, incluyendo la cirugía estética o reconstructiva, que no sean originados a consecuencia de accidentes amparados por esta Póliza;
d) Los casos y consecuencias de desvanecimiento, síncopes, infartos, ataques de apoplejía, epilepsia, rotura de aneurismas, várices que hayan sido diagnosticadas previa a la contratación del seguro y que por su gravedad haya sido recomendado mediante informe médico un cambio en la profesión o actividad del Asegurado, y SIDA;
e) Los accidentes ocurridos hallándose el Asegurado bajo el efecto de alguna droga o sustancia estupefaciente o psicotrópica que no hayan sido médicamente prescritas;
f) Tomar parte en carreras, concursos de velocidad o resistencia, apuestas y sus entrenamientos, exploraciones, expediciones y cualquier empresa arriesgada o peligrosa;

g) Hernias de cualquier naturaleza y sus consecuencias;
h) Actos de guerra, invasiones, hostilidades, haya o no una declaración de guerra, y mientras el asegurado cumpla servicio militar activo en tiempo de guerra;
i) Conmoción civil, huelgas llevadas a cabo en contravención de la normativa nacional, insurrecciones, motines, prisión, rebelión, sabotaje, actos de terrorismo o de usurpación del poder;
j) Reacción inmediata o tardía de la energía atómica o nuclear, o contaminación radiactiva;
k) Los accidentes que le ocurran al Asegurado como consecuencia de violaciones hechas por él a las leyes vigentes en el país o de cualquier otro país;
l) La participación activa del Asegurado en empresa criminal.
m) Si un Beneficiario dolosamente causare el accidente, quedará nula cualquier designación hecha a su favor;
n) La práctica profesional de cualquier deporte;
o) La práctica no profesional de los siguientes deportes: esquí, deportes invernales, pesca submarina, buceo, submarinismo, rodeo, rugby, boxeo, paracaidismo, vuelo en ícaro, parapente, artes marciales, motociclismo, automovilismo, o deportes náuticos;
p) Viajes del Asegurado como pasajero en cualquier tipo de aeronave, o su presencia en ella, salvo convenio especial que cubra tales circunstancias;
q) Viajes del Asegurado como piloto, alumno piloto o miembro de la tripulación de cualquier tipo de avión o helicópteros.