MetLife Seguros S.A.
Torre de los Profesionales
Yaguarón 1407 piso 4, of. 401
CP 11100, Montevideo - Uruguay
Teléfono: 0800 2700 - 2903 3030
Fax: 2903 3035
Email: atencion.clientes@metlife.com.uy
www.metlife.com.uy
Facebook: MetLifeUruguay

CERTIFICADO INDIVIDUALSEGURO TEMPORARIO EN GRUPO RENOVABLE ANUALMENTE
Contratante: BANCO ITAU URUGUAY S.A
CONDICIONES GENERALES COBERTURA DE VIDA Definición de la cobertura
Cobertura básica: Muerte por cualquier causa con excepción de los riesgos no cubiertos.
Reticencia o falsa declaración. Toda declaración falsa o toda reticencia parcial o total de circunstancias o información conocidas por el contratante o los asegurados, aún hecha de buena fe que a juicio de los peritos, hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones si la Compañía hubiese sido cerciorada del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato y/o los certificados. La Compañía renuncia a invocar reticencia – excepto si fuese dolosa – como motivo de nulidad derivada de las declaraciones del asegurado, después de los tres años de vigencia de la póliza.
Alcance territorial. La cobertura se extiende al tránsito y/o permanencia del Asegurado en el extranjero, salvo en países que no mantengan relaciones diplomáticas con la República Oriental del Uruguay.
Riesgos no cubiertos. (Cobertura básica)
La Compañía no pagará la indemnización prevista en caso de fallecimiento, cuando la muerte del Asegurado se produjera por alguna de las siguientes causas:
a) Operaciones o viajes acuáticos, subacuáticos o aéreos de cualquier naturaleza (ascensiones en globo, aladeltismo, planeadores, parapente, etc.); salvo pacto en contrario, excepto como pasajero de líneas regulares sujetas a itinerario fijo; b) Participación con motivo de cualquier acto o hecho de guerra, internacional o civil, ya fuera ésta declarada o no, o bien en motines, asonadas, revoluciones, golpes de estado y/o sublevaciones, siempre que la muerte fuera consecuencia de estos hechos; c) Por todo riesgo derivado de reacciones o accidentes nucleares o químicos, o de accidentes causados por la manipulación de toxinas, microbios o bacterias, peste; d) Muerte producida por riesgos catastróficos, entendiéndose por tales terremotos, inundaciones, aluviones, maremotos, erupciones de volcanes; salvo pacto en contrario ;e) Suicidio dentro de los tres años de vigencia ininterrumpida del seguro individual; f) Acto ilícito provocado deliberadamente por el contratante o el beneficiario por el importe que le pudiera corresponder como beneficio del seguro, si el seguro hubiere sido contratado sobre la vida de un tercero; g) Participación como parte activa en empresa criminal; h) Abuso de alcohol, drogas, estupefacientes, narcóticos o estimulantes; i) Desempeño de las profesiones de acróbata, buzo, jockey o domador de potros o fieras y/o la práctica de deportes o actividades peligrosas como alpinismo, andinismo, u otras actividades análogas; y manipuleo de explosivos y/o armas; o con exposición a radiaciones atómicas; salvo pacto en contrario; *j) Por consecuencia de enfermedades y/o lesiones preexistentes al momento de la incorporación del Asegurado a esta póliza. Esta exclusión sólo operará en caso que la muerte del Asegurado se produzca dentro de los tres años de vigencia ininterrumpida del seguro individual.* Se entiende por enfermedad o lesión preexistente la que tuviere origen o el Asegurado padeciere desde antes del momento de su incorporación a esta póliza. Dicha enfermedad o lesión será tenida en cuenta a los fines de esta exclusión de cobertura cuando fuere causante, directa o indirecta, de un eventual siniestro, o bien resulte desencadenante del mismo o tuviere conexión directa o indirecta con el eventual siniestro; k) Infección oportunista o un neoplasma maligno si, a la fecha de ocurrencia de la muerte, el Asegurado presenta el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida, y/o el Virus de Inmunodeficiencia Humana. Para los fines de esta exclusión: 1. El término “Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida” tendrá los significados asignados por la Organización Mundial de Salud. 2. La infección oportunista incluirá, pero no estará limitado a, neumonía pneumocystis carnii, organismos de enteritis crónica, infecciones por virus y/u hongos diseminados. 3. 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 inmunodeficiencia adquirida. 4. 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).
Agravación del riesgo. El asegurado debe comunicar a la Compañía las agravaciones del riesgo asumido por ella mediante esta póliza; las 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 hubiese existido al tiempo de la celebración, a juicio de peritos hubiera impedido este contrato o modificado sus condiciones.
Se consideran agravaciones del riesgo, entre otras, las que provengan de las siguientes circunstancias:
a) Modificación de la profesión, ocupación o actividad del Asegurado; b) Fijación de domicilio o residencia fuera del país; c) Otras circunstancias que pudieran pactarse en las Condiciones Particulares.
La Compañía dentro de los 30 (treinta) días hábiles de recibida la comunicación del Asegurado y con un preaviso de 7 (siete) días, podrá rescindir el seguro, si la agravación del riesgo fuera de tal entidad que, de existir al momento de la contratación, la Compañía no hubiere emitido la cobertura. La rescisión del contrato por agravación del riesgo da derecho a la Compañía a percibir la prima que hubiera correspondido percibir de acuerdo al riesgo agravado, desde el momento de dicha agravación hasta la rescisión del seguro.

MetLife Seguros S.A.
Torre de los Profesionales
Yaguarón 1407 piso 4, of. 401
CP 11100, Montevideo - Uruguay
Teléfono: 0800 2700 - 2903 3030
Fax: 2903 3035
Email: atencion.clientes@metlife.com.uy
www.metlife.com.uy
Facebook: MetLifeUruguay

Personas asegurables: Se consideran asegurables todas las personas con 18 o más años y menores de 64 años, integrantes del Grupo de Afinidad regido por el Contratante. A estos efectos, el Grupo Afinidad estará conformado por los socios titulares de tarjetas VISA y MASTERCARD vigentes, emitidas por Citibank N.A., Sucursal Uruguay, o que sean titulares de una cuenta en Citibank N.A., Sucursal Uruguay

Requisitos de Salud: Los requisitos de salud necesarios para cada Asegurable en función de su edad y Capital asegurable a contratar se encuentran detallados en el ítem "Requisitos de Asegurabilidad" de las condiciones particulares de la póliza.

En caso de que la persona por su edad o Capital Asegurado no requiera declaración de salud, tendrá un período de carencia de 90 días contado desde la Fecha de Vigencia indicada en el frente del Certificado para que procede el pago del beneficio por parte de la Compañía en caso de fallecimiento del Asegurado por causas naturales. Por el contrario, el fallecimiento del Asegurado por riesgos accidentales estará cubierto desde la Fecha de Vigencia indicada en el frente del Certificado.

Personas no asegurables. Los incapaces absolutos y los menores de 18 años de edad no son asegurables.

Entrada en vigor de cada seguro individual. El seguro comenzará a las cero (0) horas del día fijado como fecha de incorporación en este Certificado Individual.

Capitales Individuales Asegurados. El Capital Asegurado es el indicado en el anverso del presente Certificado. A partir del día primero del mes siguiente a aquel en que el Asegurado cumpla los sesenta y cinco (65) años de edad, dicho capital asegurado se reducirá al cincuenta por ciento (50%)

Costo del seguro: Es el que corresponde de acuerdo con la edad del asegurado según lo establecido en las Condiciones Particulares ítem "Costo del Seguro". Se deja expresa constancia que el costo del seguro se modifica con la edad del asegurado.

Rescisión del seguro individual: El seguro de cada Asegurado quedará rescindido o caducará en los siguientes casos:a) Por su renuncia a continuar con el seguro; b) Por dejar de pertenecer al Grupo de Afinidad regido por el Contratante. c) Por rescisión o caducidad de la póliza; d) Al cumplir el Asegurado la edad de setenta (70) años (edad límite de cobertura). e) por la falta de pago de 3 (tres) primas mensuales consecutivas Sin perjuicio de ello, el Asegurado no tendrá cobertura una vez superado el el período de gracia de 30 (treinta) días), contados a partir del vencimiento de la primera prima mensual impaga.

Designación y cambio de beneficiario: Salvo designación expresa, la Compañía abonará el beneficio de acuerdo al siguiente orden: 1) Al cónyuge e hijos legítimos del Asegurado; 2) En defecto de la anterior categoría, a los padres legítimos del Asegurado; 3) En defecto de la anterior categoría, a los hermanos legítimos; 4) En defecto de la anterior categoría, a los herederos legales del Asegurado. La Compañía quedará liberada de toda obligación luego de abonar el capital asegurado de acuerdo con la regla definida anteriormente

Todo Asegurado podrá cambiar, en cualquier momento, el beneficiario o los beneficiarios por él designados.

En caso de falta de designación, corresponderán los herederos legales. Designadas varias personas sin indicación de proporciones, se entiende que el beneficio es por partes iguales.

Liquidación: Cualquier liquidación será efectuada después de presentados y aprobados los documentos que acrediten el derecho de los reclamantes, quienes deberán suministrarlos a su exclusivo cargo. Los beneficiarios deberán comunicar a la Compañía el siniestro en el formulario que ésta proporcionará al efecto, el que deberá ir acompañado de las siguientes pruebas: testimonio de la partida de defunción (legalizada si corresponde), declaración del médico que hubiese asistido al asegurado o certificado su defunción y declaración del beneficiario. También se aportará testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiese instruido con motivo del hecho determinante del fallecimiento del asegurado, sólo que razones procesales lo impidieran. Asimismo, se proporcionará a la Compañía cualquier información que se solicite para verificar el fallecimiento y se le permitirá realizar las indagaciones que sean necesarias a tal fin. La Compañía dispondrá de un plazo de 15 días contados a partir de la recepción de la totalidad de la documentación para aprobar la misma La Compañía efectuará el pago que corresponda a los beneficiarios dentro del plazo de 15 días a contar desde la aprobación de la documentación.

Prescripción: Las acciones fundadas en este seguro prescriben al año de ser exigibles las obligaciones correspondientes (art. 1021 del Código de Comercio).

CONDICIONES GENERALES de la COBERTURA ADICIONAL DEL SEGURO DE VIDA COLECTIVO: MUERTE ACCIDENTAL

BENEFICIOS

Si un Asegurado sufre durante la vigencia de esta Cobertura Adicional, lesiones corporales causadas directa o indirectamente por medios externos, violentos y puramente accidentales, la pérdida de la vida dentro de los 90 días corridos a partir del accidente, la Compañía Aseguradora, sujeta a las disposiciones aquí establecidas, pagará en una sola suma, el capital asegurado contratado.

MetLife Seguros S.A.
Torre de los Profesionales
Yaguarón 1407 piso 4, of. 401
CP 11100, Montevideo - Uruguay
Teléfono: 0800 2700 - 2903 3030
Fax: 2903 3035
Email: atencion.clientes@metlife.com.uy
www.metlife.com.uy
Facebook: MetLifeUruguay

EXCLUSIONES El seguro proporcionado por la presente cobertura adicional no cubre ninguna pérdida resultante de o causada directa o indirectamente, completa o parcialmente por: a) Cualquier enfermedad o dolencia corporal o mental, o tratamiento médico o quirúrgico derivado de la misma, hernia o infecciones por ptomaína o por bacteria (excepto infecciones piogénica resultantes de heridas visibles sufridas accidentalmente); b) Daño causado a sí mismo, estando o no el asegurado en uso de sus facultades mentales; c) Carreras de velocidad sobre ruedas, a caballo, en barcos o esquí acuático; d) Guerra declarada, o no declarada, o cualquier acto de guerra o insurrección; huelga, motín, conmoción civil o asalto; servicio en cualquier fuerza militar, naval, aérea o desempeño de funciones como agente de policía en cualquier organización militar o naval; e) La comisión de, o intento de cometer un asalto o cualquier acto fuera de la ley, o estar comprometido en cualquier actividad ilegal; f) Servicio, viaje o vuelo en cualquier tipo de avión excepto como pasajero pagando pasaje en un avión de línea regular incorporada para el servicio de pasajeros y que vuele sobre una ruta aérea establecida. g) El seguro proporcionado por la presente cobertura adicional no cubre ninguna pérdida resultante de o causada directa o indirectamente, completa o parcialmente por encontrarse el Asegurado bajo la influencia de alcohol o narcóticos, a menos que estos últimos hubiesen sido prescriptos por un profesional médico y consumidos de acuerdo con su prescripción.

TERMINACION DE LA COBERTURA La Cobertura Adicional terminará automáticamente: a) Cuando el Asegurado cumpla los 65 años; b) Si el plazo de gracia termina sin que se pague la prima correspondiente para mantener la póliza principal y/o esta Cobertura Adicional vigente; c) Si la póliza principal se termina.

CONDICIONES GENERALES de la COBERTURA ADICIONAL DE TRASPLANTE DE ÓRGANOS

RIESGOS CUBIERTOS La Compañía concederá el beneficio acordado por esta cláusula, al Asegurado que se le haya practicado cirugía de alguno de los Trasplantes de Órganos definidos en el inciso “Trasplantes de Órganos Cubiertos”, siempre y cuando la misma fuere la primera cirugía de Trasplante de Órganos en la vida del asegurado, una vez transcurrido el Período de Carencia de 120 días de esta cobertura y antes de la fecha en que el asegurado alcance los 65 años.

Período de carencia: 120 días

Capital Asegurado: El capital asegurado para la cobertura de Trasplante de Órganos es de U$S 50.000 o su equivalente en pesos cubierto para los órganos cubiertos menos para el trasplante de riñón para el cual el capital cubierto es de U$S 20.000 o su equivalente en pesos.

TRASPLANTE DE ÓRGANOS CUBIERTOS La Compañía concederá el beneficio acordado por esta cláusula, al Asegurado que se le realice alguno de los siguientes Trasplantes: Trasplante de corazón, pulmón, hígado, páncreas, riñón o cualquier combinación de estos órganos. Queda excluido todo trasplante asociado con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). El diagnóstico y la recomendación de trasplante deberán ser efectuados por al menos dos Médicos especialistas, uno de ellos a ser designado por la Compañía, y deberá, fehacientemente, concretarse la operación.

CONDICIONES PREEXISTENTES Durante el período de vigencia de cobertura de cada asegurado de esta póliza, no se pagarán siniestros de la misma que hubieren sido causados por una enfermedad o condición física por la cual la persona asegurada haya recibido evaluación, tratamiento o consulta de parte de un médico, incluyendo un diagnóstico o receta, por la cual el asegurado haya ingerido medicamentos o drogas, en el periodo anterior a la fecha de entrada en vigencia de la cobertura del asegurado.

REQUISITOS PARA LA VALIDEZ DEL TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y PLAZO DE PRUEBA.

Para que la denuncia del siniestro sea considerada como válida, se requerirá en primer lugar una notificación por escrito, dentro de los primeros diez (10) días siguientes a la fecha de la cirugía, que informe a la Compañía de la misma. Asimismo, se requiere la presentación de un informe escrito con el diagnóstico del Médico Especialista que asistió al Asegurado, acompañado con documentación respaldatoria del diagnóstico, originada en estudios clínicos, radiológicos, histológicos y/o de laboratorio. Tal documentación deberá ser presentada dentro de los treinta (30) días de la fecha en que el asegurado fue dado de alta del Instituto o Sanatorio, en las oficinas de la Compañía; salvo caso fortuito o fuerza mayor. La Compañía se reserva el derecho de solicitar cualquier reporte médico que se considere necesario para evaluar el reclamo. La Compañía, dentro de los treinta (30) días de recibida las constancias detalladas en el párrafo anterior, deberá manifestar su aceptación o rechazo del reclamo. Si la información presentada no resultara concluyente, la Compañía podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor a treinta (30) días, a fin de confirmar el diagnóstico.

RIESGOS NO CUBIERTOS Los Trasplantes quirúrgicos establecidos en el inciso “Trasplantes de Órganos Cubiertos” de la presente Cláusula Adicional no estarán cubiertas cuando se produjeran como consecuencia de: a) Herida o enfermedad infligida intencionalmente a si mismo; b) Acontecimientos catastróficos originados en la energía nuclear, inhalación de gases o envenenamiento de cualquier naturaleza; c) Abuso de alcohol, uso de drogas o narcóticos) Toda enfermedad que tenga origen o causa en el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA); e) Condiciones

MetLife Seguros S.A.
Torre de los Profesionales
Yaguarón 1407 piso 4, of. 401
CP 11100, Montevideo - Uruguay
Teléfono: 0800 2700 - 2903 3030
Fax: 2903 3035
Email: atencion.clientes@metlife.com.uy
www.metlife.com.uy
Facebook: MetLifeUruguay

preexistentes, entendiéndose por tales aquellas que se definen en el inciso “Condiciones Preexistentes” de la presente cláusula adicional; f) Cualquier Trasplante de Órganos que no esté específicamente definido en la presente Cláusula Adicional.

INICIO Y TERMINACION DE LA COBERTURA La Cobertura Adicional terminará automáticamente: A) Cuando el Asegurado cumpla los 65 años de edad; B) Si el plazo de gracia termina sin que se pague la prima correspondiente para mantener la póliza principal y/o esta Cobertura Adicional vigente; C) Si fuese pagado algún reclamo o siniestro relacionado al Asegurado de la presente cobertura adicional; D) Si la póliza principal se termina.

CONDICIONES GENERALES de la CLAUSULA COMPLEMENTARIA DE INDEMNIZACION ANTICIPADA

RIESGO CUBIERTO. La Compañía concederá el beneficio que acuerda esta Cláusula cuando el Asegurado haya sido diagnosticado como enfermo terminal, siempre que tal enfermedad terminal se hubiere iniciado durante la vigencia de su seguro y antes de cumplir los sesenta y cinco (65) años de edad.

BENEFICIO. Comprobado el estado de enfermo terminal, la Compañía abonará al Asegurado una porción del Capital Asegurado por muerte, dentro del plazo de 90 (noventa) días. El beneficio máximo previsto será hasta el 50 % del Capital Asegurado por muerte sin superar la suma de U$S 50.000 (dólares estadounidenses cincuenta mil) o su equivalente en pesos uruguayos. Este beneficio será aplicable solamente a aquellas enfermedades terminales diagnosticadas por primera vez después de la fecha de comienzo de la póliza o de vigencia inicial del certificado individual. Ningún beneficio se abonará si la enfermedad en cuestión ha sido diagnosticada o si se ha recibido tratamiento por dicha enfermedad antes de las fechas anteriormente mencionadas.

INTERESES. La Compañía cargará un interés sobre la suma del anticipo efectuado. El interés se acumulará diariamente a una tasa que no exceda el 8,5 % efectivo anual. Ningún otro anticipo adicional será pagado bajo esta Cláusula si los beneficios ya abonados más el interés acumulado igualan las sumas máximas previstas en el inciso anterior.

CARACTER DEL BENEFICIO. Este beneficio es complementario y constituye un anticipo de la indemnización prevista en caso de muerte del Asegurado. El monto indemnizado en virtud de esta Cláusula más los intereses respectivos serán deducidos del capital asegurado a pagarse al fallecimiento del Asegurado.

RIESGOS NO CUBIERTOS.

La Compañía no anticipará ninguna indemnización cuando la enfermedad terminal sea consecuencia de alguna de las siguientes causas: a) Tentativa de suicidio voluntario del Asegurado; b) Si es provocada deliberadamente por acto ilícito del Contratante del presente seguro, excepto que el pago de la prima este a cargo del asegurado; o en caso de accidente si es provocado por dolo o culpa grave del Asegurado; c) Por duelo o riña, salvo que se tratase de legítima defensa; empresa o acto criminal; d) Acto de guerra civil o internacional, guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo; e) Abuso del alcohol, drogas, estupefacientes, narcóticos o estimulantes; f) Someterse a intervenciones médicas o quirúrgicas ilícitas; g) Por la práctica o el uso de la navegación aérea, salvo como pasajero en líneas regulares, o por otras ascensiones aéreas o aladeltismo; h) Por la participación en viajes o prácticas deportivas submarinas o subacuáticas o escalamiento de montaña; i) Competir en pruebas de pericia y/o velocidad con vehículos mecánicos o de tracción a sangre o en justas hípicas, o cualquier otra prueba análoga; j) Intervenir en pruebas de prototipos de aviones, automóviles y otros vehículos de propulsión mecánica; k) Desempeño paralelo de las profesiones de acróbata, buzo, jockey y domador de potros o fieras y/o la prácticas de deportes o actividades peligrosas como alpinismo, andinismo, esquí acuático o de montaña, moto náutica u otras actividades análogas y manipuleo de explosivos y/o armas o con exposición a radiaciones atómicas, salvo pacto en contrario; l) De una infección que sea consecuencia directa o indirecta del virus HIV (Human Inmune Virus); m) Acontecimientos catastróficos originados por reacciones nucleares;

COMPROBACION DE LA ENFERMEDAD TERMINAL.

Corresponde al Asegurado o a su representante: a) Denunciar la existencia de la enfermedad terminal. b) proveer pruebas satisfactorias a la Compañía de su Enfermedad Terminal y que la expectativa de vida del Asegurado sea de seis (6) meses o menos desde el día de la presentación de la solicitud del beneficio. Estas pruebas deberán incluir las constancias médicas necesarias realizadas por un profesional médico autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión. El médico que extienda tal certificación no podrá ser el mismo Asegurado, ni su esposa ni un miembro cercano de su familia, ni una persona que conviva con él. Asimismo, se requerirá que el Asegurado recurra para el tratamiento de su enfermedad terminal, a un establecimiento asistencial (Sanatorio, hospital, Clínica, Instituto, Policlínico, etc.) que se halle habilitado legalmente para funcionar por el Organismo de Contralor Nacional correspondiente, y autorizado por éste, a dar asistencia y tratamiento clínico al tipo de enfermedad padecida por el Asegurado. c) Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta dos exámenes médicos por facultativos designados por la Compañía y con gasto a cargo de ésta.

TERMINACION DE LA COBERTURA. La cobertura prevista en esta Cláusula cesará en las siguientes circunstancias: a) A partir del momento en que el Asegurado haya percibido la totalidad del beneficio que concede esta Cláusula. b) Al

MetLife Seguros S.A.
Torre de los Profesionales
Yaguarón 1407 piso 4, of. 401
CP 11100, Montevideo - Uruguay
Teléfono: 0800 2700 - 2903 3030
Fax: 2903 3035
Email: atencion.clientes@metlife.com.uy
www.metlife.com.uy
Facebook: MetLifeUruguay

caducar la póliza y/o certificado individual por cualquier causa. c) A partir de la fecha en que el Asegurado cumpla sesenta y cinco (65) años de edad.

CONDICIONES del SERVICIO DE SEGUNDA OPINION MEDICA INTERNACIONAL

El *Servicio de Segunda Opinión Médica Internacional* consiste en la obtención de una Segunda Opinión Médica Internacional y facilita consultas de diagnóstico y de tratamiento en el exterior a través de la interconexión con Centros Médicos de primer nivel Internacional.

AJUSTE AUTOMATICO DE PRIMAS Y CAPITALES ASEGURADOS

El capital asegurado del Seguro y sus coberturas adicionales y el costo del seguro se ajustarán automáticamente en forma anual en cada aniversario de vigencia individual, en función de la variación del Índice de Precios al Consumo ("IPC"). La variación del IPC se determinará sobre la base de la información publicada por el Instituto Nacional de Estadística de Uruguay.

LA PÓLIZA CONTRATADA HA SIDO PUESTA EN CONOCIMIENTO DE LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS FINANCIEROS DEL BANCO CENTRAL DEL URUGUAY. LAS CONDICIONES GENERALES DE LA MISMA SE ENCUENTRAN A SU DISPOSICIÓN EN BANCO ITAÚ URUGUAY S.A.