

Póliza de Accidentes Personales. Condiciones Generales.

ARTÍCULO 1. LEY DE LAS PARTES CONTRATANTES

Las partes Contratantes se someten a las disposiciones del Código de Comercio Uruguayo en lo que respecta al Contrato de Seguros, y a las de la presente póliza en cuanto complementen o modifiquen en favor del Asegurado y siempre cuando ello es admisible.

Esta póliza consta de Condiciones Generales, Condiciones Particulares y la solicitud del seguro.

ARTÍCULO 2. COBERTURA

La Compañía Aseguradora pagará a las Personas Aseguradas – el Asegurado y su Familia -- o a sus Beneficiarios, a consecuencia de lesiones producidas por accidente, las cantidades señaladas en las Condiciones Particulares, de acuerdo a la definición de las coberturas que se indican en el Artículo 19 de esta póliza. El Contratante podrá contratar una o más de estas coberturas, las que deberán estar expresamente consignadas en las Condiciones Particulares.

Para los efectos de este seguro se entiende por accidente, todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos, que afecte el organismo del Asegurado provocándole lesiones, que se manifiesten por heridas visibles o contusiones internas, incluyéndose asimismo el ahogamiento y la asfixia, torcedura y desgarramientos producidos por esfuerzos repentinos, como también estados septicémicos e infecciones que sean la consecuencia de heridas externas e involuntarias y hayan penetrado por ellas al organismo o bien se hayan desarrollado por efecto de contusiones.

ARTÍCULO 3. EXCLUSIONES

No se efectuará el pago de las cantidades establecidas de las coberturas indicadas en el Artículo 2 de esta póliza, cuando el fallecimiento o lesiones de las Personas Aseguradas 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 de actos calificados como delito, así como la participación activa en rebelión, revolución, sublevación, asonadas, motín, conmoción civil, subversión y actos terroristas (con o sin participación activa del asegurado).
- 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 de las Personas Aseguradas 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 de las Personas Aseguradas.
- G)** Intoxicación o encontrarse una de las Personas Aseguradas 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 las Personas Aseguradas como pilotos o miembros 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, paracaidismo, 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.

ARTÍCULO 4. DEFINICIONES

A) Contratante: Es la persona que contrata la póliza y es señalada como tal en la Condiciones Particulares de la póliza.

B) Personas Aseguradas: Además del propio Asegurado, los miembros de su familia siempre que figuren en la solicitud de seguro aceptada por la Compañía Aseguradora, y se abone a su nombre la prima correspondiente.

C) Asegurado: Es la persona principal cubierta por la póliza y es señalada como tal en las Condiciones Particulares de la póliza.

D) Familia: Significa hijos del Asegurado y/o menores que están bajo la tenencia del Asegurado, elegibles, el Asegurado y su cónyuge.

E) Hijos del Asegurado y/o menores que están bajo la tenencia del Asegurado, elegibles: Significa todos los hijos o menores cuya tenencia haya sido otorgada judicialmente al Asegurado, que tengan entre 6 meses y 19 años de edad, que no estén casados y que residan permanentemente con el Asegurado.

F) Beneficiario: Es la persona o personas que reciben el pago de los beneficios de esta póliza si fallece una de las Personas Aseguradas cuando está en vigencia la póliza.

G) 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.

H) Fecha de emisión: Es la fecha en la cual la póliza es emitida y se encuentra señalada en las Condiciones Particulares de la póliza.

I) Edad inicial: Es la edad en años cumplidos que a la fecha inicial de vigencia de la póliza tenga el Asegurado.

J) Edad para seguro: Es la edad al cumpleaños más próximo a la Fecha de Inicio de Vigencia de la Póliza.

K) Edad alcanzada: Es la edad inicial del Asegurado más el número de años desde la fecha inicial de vigencia de la póliza.

L) Prima de la póliza: Es la cantidad que el Contratante se compromete a pagar periódicamente para tener derecho a los beneficios de la póliza.

ARTÍCULO 5. LÍMITE DE COBERTURA Y RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA

Esta póliza se renueva en forma automática, al término de cada período de cobertura de doce (12) meses, mediante el pago por adelantado de la prima especificada por la Compañía Aseguradora, siendo dicha prima calculada a la tasa que ésta tuviera en vigencia al momento de la renovación y hasta una edad máxima del Asegurado indicada en las Condiciones Particulares.

ARTÍCULO 6. DESIGNACIÓN Y CAMBIO DE BENEFICIARIO

Se tendrá como Beneficiario de esta póliza al propio Asegurado. En caso de fallecimiento de una de las Personas Aseguradas, 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. 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 asegurado 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 de una de las Personas Aseguradas 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 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).

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 el 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 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.

ARTÍCULO 7. DECLARACIONES DEL ASEGURADO

Esta póliza se emite según las declaraciones del Contratante y del Asegurado consignadas en sus respectivas solicitudes y en los cuestionarios relativos a su salud y en el informe del médico examinador (cuando lo hubiere), los cuales son la causa determinante del

contrato. Dichas declaraciones se entienden dadas y certificadas como verdaderas y completas por el Contratante y el Asegurado, mediante su firma puesta al pie de los mencionados documentos, aún cuando éstos no fueran escritos por el mismo.

Toda declaración falsa o toda reticencia parcial o total de circunstancias o información conocidas por el Contratante o por el Asegurado, aún hecha de buena fe que, a juicio de los peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones, si la Compañía Aseguradora hubiese sido cerciorada del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato.

La Compañía Aseguradora podrá invocar como reticencia o falsa declaración la omisión de hechos o circunstancias cuya pregunta conste expresa y claramente en la solicitud o en la declaración de salud para el presente seguro. La Compañía Aseguradora debe impugnar el contrato dentro de los 3 (tres) meses de haber conocido la reticencia o falsedad.

Cuando la reticencia no dolosa es alegada en el plazo mencionado en el párrafo anterior, la Compañía Aseguradora, a su exclusivo juicio, puede anular el contrato restituyendo la prima percibida con deducción de los gastos, o reajustarla con la conformidad del Asegurado al verdadero estado del riesgo.

Si la reticencia fuese dolosa o de mala fe, la Compañía Aseguradora tiene derecho a las primas de los períodos transcurridos y del período en cuyo transcurso invoque la reticencia o falsa declaración.

En todos los casos, si el siniestro ocurre dentro del plazo de tres años del cual dispone la Compañía Aseguradora para impugnar la declaración del Contratante o del Asegurado, el plazo de Indisputabilidad, de acuerdo a lo establecido en el párrafo siguiente y la Compañía Aseguradora ha hecho uso de la opción establecida en su favor en caso de reticencia no dolosa, 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 años de vigencia de la póliza. Si la póliza hubiere sido rehabilitada, el plazo de indisputabilidad de tres años se computará a partir de la fecha de la última rehabilitación.

ARTÍCULO 8. PAGO DE PRIMAS

Esta póliza es emitida en consideración al pago por adelantado de la prima especificada en las Condiciones Particulares, y entra en vigor en la fecha de vigencia declarada en dichas Condiciones Particulares. Después de haber entrado en vigor, esta póliza continuará su efectividad hasta la fecha en que el período de cobertura expire. Todos los períodos de cobertura comenzarán y terminarán a las 00:00 horas de la localidad donde se emite la presente póliza.

A) Pago de Primas: El pago de las primas se hará en la oficina principal de la Compañía Aseguradora o en los lugares que ésta designe, dentro de los plazos estipulados al efecto en las Condiciones Particulares de esta póliza.

B) Plazo de gracia: Efectuado el pago de la primera prima inicial de la póliza, la Compañía Aseguradora concede un plazo de gracia de sesenta días (60), el cual será contado a partir del primer día del mes de cobertura no pagado, para el pago de las primas siguientes, cualquiera sea la forma de pago convenida. Durante este período, la póliza permanecerá en pleno vigor, y si una de las Personas Aseguradas cobra algún beneficio durante dicho plazo de gracia, se deducirá previamente del capital a pagar la prima vencida y no pagada.

C) Término del contrato por falta de pago de prima: Si al vencimiento del plazo de gracia no ha sido pagada la prima vencida, la póliza quedará sin efecto inmediatamente, sin necesidad de aviso, notificación o requerimiento alguno, quedando la Compañía Aseguradora libre de toda obligación y responsabilidad derivada de este contrato de seguro.

ARTÍCULO 9. MONEDA O UNIDAD DE CONTRATO

El capital Asegurado y el monto de las primas correspondientes a esta póliza, se expresarán en la moneda indicada en las Condiciones Particulares. En virtud de contratarse esta póliza en moneda extranjera, el Contratante, se compromete al pago de la prima en dicha moneda; a su vez la Compañía Aseguradora abonará las indemnizaciones que pudieron corresponder en igual moneda, si cualquier norma legal o reglamentaria impidiera cumplir las obligaciones emergentes de esta póliza en moneda extranjera, tanto las primas como las eventuales indemnizaciones deberán ser satisfechas en moneda nacional, conforme el tipo de cambio financiero vendedor cotizado por el Banco de la República Oriental del Uruguay al cierre del día hábil inmediato anterior al de la fecha de pago de cada obligación.

ARTÍCULO 10. MODIFICACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO

Si el Asegurado sufre lesiones después de haber cambiado de una ocupación a otra, clasificada por la Compañía Aseguradora como más riesgosa que la declarada al contratar la póliza, o mientras se dedique en forma remunerada a cualquier actividad correspondiente a una ocupación clasificada como tal, la Compañía Aseguradora pagará únicamente, el porcentaje de las indemnizaciones previstas en esta póliza, que la prima pagada hubiere cubierto a las tasas y dentro de los límites fijados por la Compañía Aseguradora para dicha ocupación más riesgosa.

Si el Asegurado cambiase su ocupación por otra menos riesgosa que la señalada en esta póliza, la Compañía Aseguradora, al recibo de la prueba de dicho cambio, reducirá la tasa de la prima de acuerdo a la nueva ocupación, y devolverá el exceso a prorrata de la prima no devengada a la fecha del cambio de ocupación, o a la fecha del aniversario de la póliza inmediatamente precedente al recibo de dicha prueba, en caso que este aniversario hubiese ocurrido con posterioridad al cambio de ocupación. En la aplicación de esta disposición, la clasificación del riesgo ocupacional y la tasa de la prima, serán las vigentes a la fecha de la prueba de cambio de ocupación.

ARTÍCULO 11. 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, deberán justificar debidamente la cantidad reclamada y deberán proporcionar las pruebas necesarias para demostrar, en forma clara y precisa, que la lesión o lesiones corporales, tuvieron su origen directa y precisamente en un accidente dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha del siniestro. En caso de no cumplirse con este requisito, la responsabilidad de la Aseguradora con respecto a las Personas Aseguradas o 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.

Cuando se produzca un accidente, éste se deberá poner en conocimiento de la Compañía Aseguradora por escrito dentro del plazo de treinta (30) días contado desde la fecha del siniestro, para lo cual se deberá llenar además un formulario proporcionado por la Compañía Aseguradora, salvo caso de fuerza mayor, en cuyo caso y previa comprobación del mismo, el plazo se entenderá prorrogado por los días en que haya durado tal impedimento.

ARTÍCULO 12. LIQUIDACIÓN DE SINIESTROS

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

- A) Testimonio de la partida de defunción del asegurado.
- B) Testimonio de la partida de nacimiento para acreditar la fecha de nacimiento del asegurado.
- C) 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.

ARTÍCULO 13. PAGO DEL MONTO ASEGURADO

La Compañía Aseguradora abonará la indemnización correspondiente al Beneficiario o a los Beneficiarios en una sola suma dentro de los 30 (treinta) días siguientes a la recepción, por parte de ésta, de toda la documentación exigida al Asegurado o al Beneficiario/s, según corresponda, conforme a lo dispuesta en el Artículo 12 anterior.

ARTÍCULO 14. TÉRMINO ANTICIPADO DEL CONTRATO

La Compañía Aseguradora se reserva el derecho de poner término al presente contrato en cualquier momento, sin otro requisito que el de comunicar esta decisión al Contratante y el Asegurado por telegrama colacionado y con treinta (30) días de anticipación. En este caso se devolverá al Contratante, de lo ya pagado por primas la proporción que corresponda al tiempo que faltó para la expiración normal del seguro. Igual derecho tendrá el Contratante, pero en este caso la Compañía Aseguradora le devolverá la diferencia entre la prima pagada y la prima consumida conforme a la tarifa para seguros de plazos cortos.

ARTÍCULO 15. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

La cobertura individual por cada Persona Asegurada bajo esta póliza termina cuando:

1. El Asegurado cumpla la edad límite de permanencia, de acuerdo a lo especificado en las Condiciones Particulares de la póliza.
2. El Cónyuge cumpla la edad límite de permanencia, de acuerdo a lo especificado en las Condiciones Particulares de la póliza.
3. El Cónyuge cesa de ser el cónyuge del Asegurado.
4. El Hijo(a) o la Persona que está bajo la tenencia cumple diecinueve (19) años.
5. El Hijo(a) o la Persona que está bajo la tenencia se casa o cese de depender principalmente del Asegurado.

ARTÍCULO 16. REHABILITACIÓN DE LA PÓLIZA

En caso que a la póliza se le haya puesto término anticipado, el Contratante o el Asegurado podrá solicitar personalmente su rehabilitación. Para resolver sobre esta petición, la Compañía Aseguradora podrá exigir del Asegurado que acredite, a satisfacción de la Compañía Aseguradora, que reúne las condiciones de salud y otras necesarias para ser readmitido como tal.

ARTÍCULO 17. IMPUESTOS, TASAS Y CONTRIBUCIONES

Los impuestos, tasas y contribuciones de cualquier índole y jurisdicción que pudieran crearse en lo sucesivo o los aumentos eventuales de los existentes, estarán a cargo del Contratante, de los Beneficiarios o de los herederos, según el caso.

ARTÍCULO 18. DOMICILIO

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

ARTÍCULO 19. DEFINICIÓN DE LA COBERTURA

El Contratante podrá optar por una de las siguientes combinaciones de cobertura, las que deberán expresamente consignarse en las Condiciones Particulares: Cobertura de Muerte Accidental (Cobertura A); Cobertura de Muerte y Desmembramiento Accidental (Cobertura AB); Cobertura de Muerte y Desmembramiento Accidental e Incapacidad Total y Permanente (Cobertura ABC).

En ningún caso será pagada una indemnización por más de una de las pérdidas que resultan del mismo accidente, el mayor que resulta de previsión en: Protección A – “Muerte Accidental”; o Protección B – “Desmembramiento”; o Protección C “Incapacidad Total y Permanente”.

PROTECCIÓN A: MUERTE ACCIDENTAL

En virtud de esta cobertura, la Compañía Aseguradora pagará a los Beneficiarios el monto especificado en las Condiciones Particulares, inmediatamente 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 bajo las coberturas definidas en las Alternativas B y C, en caso de haber sido contratadas.

PROTECCIÓN B: DESMEMBRAMIENTO

En virtud de esta cobertura y cuando la lesión no ocasione la pérdida de la vida de una de las Personas Aseguradas producto de un accidente, sino que produzca cualquiera de las pérdidas que a continuación se indican, siempre que las consecuencias de las lesiones se manifiesten antes de los ciento ochenta (180) días contados desde su ocurrencia, la Compañía Aseguradora indemnizará al Asegurado los siguientes porcentajes del monto Asegurado indicado en las Condiciones Particulares de la póliza:

100% en caso de pérdida total de los dos ojos, o de ambos miembros superiores (brazos), o de las dos manos, o de ambos miembros inferiores (piernas), o de los dos pies, o de un miembro inferior (pierna) con una mano o un brazo;

50% por la pérdida total de uno de los miembros superiores (brazos), o uno de los miembros inferiores (pierna), o de una mano;

50% por la sordera completa de ambos oídos;

50% por la ceguera total de un ojo en caso que el Asegurado ya hubiere tenido ceguera total del otro antes de contratar este seguro;

40% por la pérdida total de un pie;

35% por la ceguera total de un ojo;

25% por la sordera completa de un oído en caso que el Asegurado ya hubiera tenido sordera completa del otro, antes de contratar este seguro;

20% por la pérdida total de un pulgar;

15% por la pérdida total del índice derecho o izquierdo;

13% por la sordera completa de un oído;

5% por la pérdida total de cualquiera de los demás dedos de la mano;

3% por la pérdida total de un dedo del pie;

La pérdida total de cada falange, se calculará en forma proporcional a la pérdida total del dedo completo correspondiente. La indemnización por la pérdida total o parcial de varios dedos, se determinará sumando el porcentaje asignado a cada uno de los dedos y falanges perdidos. La pérdida funcional total de cualquier miembro, se considerará como pérdida efectiva del mismo.

En el caso de ocurrir más de un siniestro durante la vigencia de la póliza, los porcentajes a indemnizar se calcularán en base al monto Asegurado y no al saldo de éste, después de haber efectuado otros pagos. Sin embargo, el total de indemnizaciones provenientes de desmembramientos por uno o más accidentes ocurridos durante el período de cobertura de esta póliza, no podrá, en ningún caso, exceder del 100% del monto Asegurado para esta alternativa B. Para los efectos de la correcta interpretación de la terminología empleada en esta Alternativa B, se establece el significado de los siguientes términos:

Pérdida total: Se entiende por “pérdida total” referida a un miembro y órgano, su eliminación del organismo al cual pertenece, en forma definitiva y en su total integración anatómica y funcional.

Pérdida parcial: Se entiende por “pérdida parcial” la eliminación de parte de un órgano o miembro al cual pertenece en forma definitiva.

Pérdida Funcional Total: Se entiende por “pérdida funcional total” la ausencia definitiva y total de toda capacidad de función o fisiología del o de los órgano(s) afectados, pudiendo o no estar implicado el aspecto anatómico del miembro comprometido.

Miembro: Se entiende por “miembro”, cualquier extremidad articulada con el tronco, destinada a efectuar los movimientos de la locomoción y presión, tales como brazos y piernas.

PROTECCIÓN C: INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

En virtud de esta cobertura, el Asegurado que sufra lesiones producto de un accidente, dentro de los 180 días corridos contados desde la fecha del accidente, deberá probar ante la Compañía Aseguradora que se encuentra en estado de incapacidad total y permanente. Una vez transcurridos 12 (doce) meses consecutivos desde el reconocimiento de la incapacidad total y permanente por parte de la Compañía Aseguradora, y siempre que dicha incapacidad continúe, la Compañía Aseguradora comenzará a pagar, a partir del mes siguiente a la finalización de dicho plazo de 12 meses, el monto indicado en las Condiciones Particulares de la póliza, menos cualquier otro monto pagado al Asegurado por el mismo accidente bajo la cobertura definida en la Alternativa B, a razón del 1,0% (uno por ciento) mensual durante un período máximo de 100 (cien) meses mientras el Asegurado esté vivo o hasta el cese de su incapacidad, lo que ocurra primero.

Para los efectos de esta cobertura, se entiende por incapacidad total y permanente, cuando el Asegurado, si esta en condición de empleo, esta impedido totalmente, a consecuencia de una lesión corporal, de desempeñarse en cualquier trabajo remunerado o lucrativo para el cual el Asegurado esta calificado razonablemente por razón de educación, entrenamiento o experiencia. Si al momento de la pérdida, el Asegurado se encuentra en estado de desempleo, Incapacidad Total y Permanente significará la inhabilidad total y permanente de efectuar todos los deberes y actividades usuales y normales de una persona de la misma edad y sexo. La Compañía Aseguradora determinará si se ha producido la incapacidad total y permanente de un Asegurado, conforme a las pruebas presentadas y los exámenes requeridos en su caso. Esta determinación deberá efectuarse dentro de los 30 (treinta) días siguientes a aquel en que la Compañía recibió tales pruebas. Si la Compañía Aseguradora rechaza la incapacidad del Asegurado, éste último, dentro de los diez (10) días siguientes a la comunicación de la determinación de la Compañía Aseguradora, podrá requerir que la incapacidad sea evaluada por una junta compuesta por tres médicos, elegidos por él, dentro de una nómina de cinco o más médicos propuestos por la Compañía Aseguradora, los cuales serán profesionales de prestigio en el medio o eventualmente pertenecerán a las cátedras de la facultad de medicina. La junta médica deberá constituirse dentro de los 10 (diez) días hábiles siguientes al requerimiento efectuado por el Asegurado de que su incapacidad sea evaluada por la misma. El Asegurador deberá colaborar con la junta médica suministrando toda la información que le sea requerida y sometiéndose a todos los exámenes y/o análisis que le sean requeridos. La junta médica deberá emitir su pronunciamiento dentro de los 30 (treinta) días siguientes a partir de recibidos los resultados, producto del último de los exámenes y/o análisis requeridos.

La junta médica evaluará la incapacidad del Asegurado, pronunciándose si se encuentra incapacitado en forma total y permanente conforme a la definición de incapacidad contenida en esta Protección C.

La junta médica podrá someter al Asegurado a los exámenes médicos que considere necesarios. La declaración de incapacidad o invalidez del Asegurado de algún organismo previsional o legal, sólo tendrá para la junta médica un valor meramente informativo. El dictamen emitido por la junta médica será determinante y obligatorio para las partes.

El costo de esta evaluación será a cargo de la Compañía Aseguradora. Durante el tiempo que dure esta evaluación, el Asegurado deberá continuar pagando las primas de esta póliza con el objeto de mantener vigentes las coberturas de la misma.

Si el dictamen de la junta médica es favorable al Asegurado, la Compañía Aseguradora comenzará a pagar la indemnización, una vez transcurridos 12 (doce) meses contados a partir del referido dictamen. La Compañía Aseguradora, dentro de un plazo no superior a treinta (30) días contados desde la fecha del referido dictamen, deberá devolver al Asegurado las primas de esta cobertura pagadas después de la fecha del accidente.

Una vez que la incapacidad se determina, por la Compañía Aseguradora o por la junta médica, la Compañía Aseguradora tendrá derecho a requerir evidencia de que la incapacidad total y permanente continúa, en cualquier momento durante los primeros dos (2) años de iniciados los pagos bajo esta presente cobertura. Luego de este período, la prueba de evidencia será solamente una vez al año.

Además, la Compañía Aseguradora tendrá derecho durante el período de pago, a que un médico de su elección examine al Asegurado por intervalos razonables durante los primeros dos (2) años y después de dicho período no más de una (1) vez al año, dentro de 90 (noventa) días previos al aniversario de la aprobación inicial de la invalidez. El costo de estas evaluaciones será a cargo exclusivo de la Compañía Aseguradora. El dejar de suministrar tal prueba o de someterse al examen médico dentro de las 90 (noventa) días de la fecha solicitada, terminará inmediatamente los beneficios bajo la presente cobertura.

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.

ARTÍCULO 20. **JURISDICCIÓN**

Las partes acuerdan someterse a la jurisdicción de los tribunales competentes de la ciudad de Montevideo, República Oriental del Uruguay, en caso de cualquier conflicto que se suscite en relación con la interpretación, cumplimiento o aplicación de la presente póliza.

Cobertura Adicional al Seguro de Accidentes Personales. Indemnización por Fractura de Huesos.

ARTÍCULO 1. COBERTURA

Cualquier indemnización que reciba el Asegurado en virtud de esta Cláusula, es adicional e independiente de la que corresponda por la Cobertura Básica, la cual se mantendrá en vigor, en tanto el Asegurado continúe realizando, en caso de que así corresponda, el pago de las primas inherentes a la misma.

La Compañía pagará la proporción de la suma asegurada de esta cobertura especificada en las Condiciones Particulares de la póliza, si el asegurado sufre la fractura de algún hueso a consecuencia de un accidente, conforme al tipo de fractura y hueso señaladas en la siguiente tabla:

TIPO DE FRACTURA

HUESO	Múltiple cerrada o abierta	Incompleta abierta	Incompleta cerrada
Cráneo	100%	70%	50%
Maxilar superior	80%	56%	40%
Maxilar inferior	80%	56%	40%
Clavícula	100%	70%	50%
Omóplato	100%	70%	50%
Húmero	100%	70%	50%
Cúbito	75%	53%	38%
Radio	75%	53%	38%
Esternón	50%	35%	25%
Costillas	25%	18%	13%
Pelvis	100%	70%	50%
Columna	100%	70%	50%
Fémur	100%	70%	50%
Rótula	75%	53%	38%
Tibia	100%	70%	50%
Peroné	100%	70%	50%
Tarso	25%	18%	13%
Metatarso	25%	18%	13%
Falanges de los pies	15%	11%	8%

ARTÍCULO 2. RESPONSABILIDAD MÁXIMA

La indemnización máxima que pagará la Compañía ya sea por la ocurrencia de una o más fracturas cubiertas, será la suma asegurada contratada para la presente cobertura

ARTÍCULO 3. DEFINICIONES

Fractura: Lesión traumática de un hueso caracterizada por interrupción de la continuidad del tejido óseo.

Fractura Múltiple Cerrada: Fractura caracterizada por presentar varias líneas de separación en un hueso o fractura de varios huesos al mismo tiempo a consecuencia de un mismo traumatismo sin rompimiento de la piel.

Fractura Múltiple Abierta: Fractura caracterizada por presentar varias líneas de separación en un hueso o fractura de varios huesos al mismo tiempo a consecuencia de un mismo traumatismo que además rompe o traspasa la piel.

Fractura Incompleta Cerrada: Es la fractura en la cual no hay separación de fragmentos y no presenta rompimiento de la piel.

Fractura Incompleta Abierta: Es la fractura en la cual no hay separación de fragmentos y rompe o traspasa la piel.

ARTÍCULO 4. EXCLUSIONES

Sin excepción de los riesgos expresamente excluidos por las Condiciones Generales de la Cobertura Básica de la póliza, esta Póliza no cubre los riesgos, y por tanto la COMPAÑÍA no será responsable del pago de la indemnización señalada, cuando la(s) fractura(s) sufridas por el ASEGURADO sea(n) efecto directo o indirecto, total o parcialmente de alguno de los siguientes padecimientos preexistentes antes de la fecha de alta del ASEGURADO dentro de la póliza:

1. Osteoporosis primaria o secundaria.

2. Mieloma y otras gammopatías monoclonales.
3. Enfermedades neoplásicas actuales o previas, en especial cáncer de mama, tiroides, próstata o pulmones.
4. Enfermedades que favorecen las caídas: Enfermedades desmielinizantes o heredo degenerativas del Sistema Nervioso Central, Síndrome vasovagal y Enfermedades del nodo sinusal.

Se entenderá por preexistentes aquellos padecimientos que presenten una o varias de las características siguientes:

- A) Cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado antes de la fecha de alta del ASEGURADO dentro de la Póliza.
- B) En los que se haya realizado un diagnóstico médico previo a la fecha de alta del ASEGURADO dentro de la Póliza.
- C) Cuyos síntomas y/o signos no hayan podido pasar desapercibidos, debiendo manifestarse antes del inicio de la vigencia de la Póliza.

Para tales efectos se entenderá como signo, cada una de las manifestaciones de una enfermedad que se detecta objetivamente mediante exploración médica. Síntoma, como el fenómeno o anomalía subjetiva que revela una enfermedad y sirve para determinar su naturaleza.

El criterio que se seguirá para considerar que una enfermedad o padecimiento haya sido aparente a la vista o que por sus síntomas o signos, éstos no pudieran pasar desapercibidos, será el que un médico determine mediante un diagnóstico, tratamiento o un gasto previo a la celebración del contrato de seguro.

Además quedan expresamente exceptuados del riesgo que asume esta Aseguradora, los accidentes producidos como consecuencia de:

1. Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.
2. Infección oportunista y neoplasma maligno, si al producirse el accidente, el asegurado tuviere el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o fuere seropositivo al virus de Inmunodeficiencia humana (VIH). Las infecciones oportunistas incluirán la neumonía pneumocystis carinii, Sarcoma de Kaposi y linfoma del sistema nervioso central.
3. Infecciones, con excepción de las que resulten de lesiones derivadas de accidentes cubiertos.

ARTÍCULO 5. **BENEFICIARIO**

El contratante y, en su caso, el asegurado cuando fuere una persona distinta a éste, podrá instituir para cobrar el importe de este seguro, a una o más personas, individualizándolas en las Condiciones Particulares de esta póliza.

ARTÍCULO 6. **DETERMINACIÓN DE LA COBERTURA**

Esta Cobertura Adicional queda sometida a las condiciones y estipulaciones de las Condiciones Generales del seguro de Accidentes Personales en cuanto no sean modificadas o derogadas expresamente por las de la presente Cláusula.