

SEGURO TEMPORARIO EN GRUPO RENOVABLE ANUALMENTE CONDICIONES GENERALES

ARTICULO 1 - LEY DE LAS PARTES CONTRATANTES

Las partes contratantes se someten a las disposiciones del Código de Comercio Uruguayo en lo que hace al contrato de Seguros y a las de la presente póliza en cuanto la complementen o modifiquen en favor del asegurado y siempre y cuando ello sea admisible.

Esta póliza consta de Condiciones Generales y de Condiciones Particulares.

En caso de no coincidir las Condiciones Generales con las Particulares, se estará a lo que dispongan estas últimas.

ARTÍCULO 2 - RETICENCIA O FALSA DECLARACION

Esta póliza se emite según las declaraciones del contratante y de los asegurados 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 los asegurados, mediante su firma puesta al pie de los mencionados documentos, aún cuando éstos no fueran escritos por ellos mismos.

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 podrá invocar como reticencia o falsa declaración la omisión de hechos o circunstancias cuya pregunta conste expresa y claramente, en la solicitud y en la declaración personal para el presente seguro.

Sin embargo, la Compañía renuncia expresamente a invocar cualquier reticencia - excepción hecha si fuese dolosa - como motivo de nulidad derivada de dichas declaraciones del asegurado después de los tres años de vigencia de la póliza.

ARTÍCULO 3 - 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.

ARTÍCULO 4 - RIESGOS NO CUBIERTOS

La compañía no pagará la indemnización prevista en caso de fallecimiento, cuando la muerte de un 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, bacterias, o de epidemias o 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. la compañía renuncia a su derecho de hacer valer la nulidad establecida por el artículo 698 del código de comercio.
- 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 del proceso de alguna invalidez, pérdida, accidente u otro riesgo cubierto por el seguro, o bien resulte desencadenante de los mismos o tuviere conexión directa o indirecta con el eventual siniestro o proceso cubiertos por su seguro.

k) Infección oportunista o un neoplasma maligno si, a la fecha de ocurrencia de dicha muerte, invalidez o gasto médico en que se haya incurrido, el sujeto presente el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, y/o el virus de inmunodeficiencia humana. 1. Para los fines de esta exclusión, el término "síndrome de inmunodeficiencia adquirida" tendrá los significados asignados por la organización mundial de salud. En la oficina central de la compañía en el país de emisión de la póliza se mantiene una copia de esta definición. 2. La infección oportunista incluirá, pero no estará limitado a, neumonía pneumocystis carinii, 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 inmunodeficiencia adquirida incluirá encefalopatía (demencia) por h.i.v. (virus de inmunodeficiencia humana), y síndrome de debilitamiento por h.i.v. (virus de inmunodeficiencia humana).

ARTÍCULO 5 - AGRAVACION 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 las que provengan de las siguientes circunstancias:

a)- Modificación de la profesión, ocupación o actividad del asegurado.

b)- Fijación 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 las agravaciones del riesgo fueran de tal entidad, que de existir en el momento de la contratación, la compañía no hubiere emitido esta póliza.

No obstante, cuando la agravación provenga del cambio de profesión o actividad del asegurado y si de haber existido ese cambio al tiempo de la celebración, la compañía hubiera concluido el contrato por una prima mayor, la suma asegurada se reducirá en proporción a la prima pagada.

La rescisión del contrato por agravación del riesgo da derecho a la compañía:

A)- si la agravación del riesgo le fue comunicada oportunamente, a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido.

B)- si no le fue comunicada oportunamente, a percibir la prima por el período de seguro en curso, no mayor de un año.

Alternativamente, y a su sola opción, la compañía podrá ofrecer al asegurado la posibilidad de mantener la vigencia del seguro, incrementando la prima a pagar en el futuro.

ARTÍCULO 6 - PERSONAS ASEGURABLES

Se consideran asegurables a la fecha de emisión de esta póliza, todas las personas menores de 65 años, integrantes del Grupo de Afinidad regido por el Contratante especificado en las Condiciones Particulares de esta póliza.

Las personas que en lo futuro entren a formar parte del grupo, así como las que reingresen al mismo, serán asegurables respectivamente, a partir de la fecha de su incorporación o reincorporación.

ARTÍCULO 7 - PERSONAS NO ASEGURABLES

Los incapaces absolutos y los menores de 14 años de edad no son asegurables para el caso de muerte.

Tampoco son asegurables los que exceden el límite de edad de aceptación de la Compañía al momento de celebrarse el contrato, salvo pacto en contrario.

ARTICULO 8 - FECHA DE INICIACION DE LA COBERTURA -PLAZOS

El presente seguro cubre el riesgo de muerte de los integrantes del Grupo de Afinidad del Contratante, siempre que el evento tenga lugar durante la vigencia del certificado individual.

Este contrato adquiere fuerza legal desde la hora cero del -día de la fecha inicial del seguro indicada en las Condiciones Particulares. Los vencimientos de los plazos se producirán a la hora cero de igual día del mes y año que corresponda.

El seguro tiene un plazo de un año renovable en forma automática por períodos anuales sucesivos. El contratante y la compañía tienen la facultad de no renovar el seguro en oportunidad de cada vencimiento anual, comunicando por escrito esta decisión a la otra parte con un preaviso de por lo menos 90 días antes del vencimiento.

ARTÍCULO 9 - FORMA Y PLAZO PARA SOLICITAR EL SEGURO

Cada persona asegurable que desee incorporarse a esta póliza, deberá solicitarlo por escrito en los formularios de solicitud que a estos efectos proporciona la Compañía y cumplimentar los requisitos de asegurabilidad establecidos en la póliza. La solicitud deberá formalizarla dentro del plazo de un mes –no inferior a 30 días, a contar desde la fecha en que sea asegurable.

Las personas asegurables que soliciten su incorporación a esta póliza después de transcurrido el plazo indicado en el inciso anterior, como asimismo los que vuelvan a solicitar el seguro después de haberlo rescindido, deberán presentar pruebas adicionales de asegurabilidad satisfactorias para la Compañía y pagar los gastos que se originen para obtenerlas.

ARTICULO 10 - FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DE CADA SEGURO INDIVIDUAL

El seguro de las personas asegurables que hubieran solicitado su incorporación a esta póliza hasta la cero (0) hora del día fijado como comienzo de su vigencia, comenzará a regir desde dicha hora y fecha o desde la cero (0) hora del día primero del mes que siga a la fecha de aceptación de las pruebas de asegurabilidad si esta fuese posterior.

El seguro de las personas asegurables que soliciten su incorporación a esta póliza con posterioridad al momento de su vigencia o su reincorporación, regirá a partir de la cero (0) hora del día primero del mes que siga a la fecha de la solicitud, o a la aprobación de las pruebas de asegurabilidad, en caso de ser necesarias.

ARTICULO 11 - CANTIDAD MINIMA DE ASEGURADOS Y PORCENTAJE MINIMO DE ADHESION

Es requisito primordial para que este seguro pueda mantenerse en vigencia, en las condiciones pactadas en materia de capitales asegurados y tarifa de primas, que tanto la cantidad de asegurados como el porcentaje de los mismos en relación a los que se hallen en condiciones de ser incorporados al seguro alcancen por lo menos a los mínimos indicados en las Condiciones Particulares de esta póliza.

Si en un determinado momento no se reunieran los mínimos antes mencionados, la Compañía se reserva el derecho de reducir las sumas aseguradas o de modificar la tarifa de primas aplicada. La Compañía notificará la decisión por escrito al Contratante con una anticipación mínima de treinta (30) días.

ARTICULO 12 - CAPITALES INDIVIDUALES ASEGURADOS

Cada Asegurado podrá proponer el capital de su seguro, de acuerdo con los importes establecidos en la póliza.

Todo aumento o disminución del capital asegurado deberá ser solicitado por intermedio del Contratante.

El aumento regirá desde las cero (0) hora del día primero del mes que siga a la fecha de aceptación de las pruebas de asegurabilidad correspondientes. La disminución regirá desde la fecha en que la Compañía reciba la respectiva comunicación.

A partir del día primero del mes siguiente a aquel en que el asegurado cumpla los sesenta (60) años de edad, el capital asegurado vigente a esa fecha se reducirá al cincuenta por ciento (50 %) sin admitirse posteriores aumentos, salvo pacto en contrario.

ARTICULO 13 - DENUNCIA DE OTROS SEGUROS TEMPORARIOS EN GRUPO RENOVABLE ANUALMENTE

Los Asegurados que estuvieran o llegaran a estar incorporados a otra póliza de Seguro Temporal en Grupo Renovable Anualmente emitida por la Compañía, análoga a la presente, deberán comunicarlo por escrito a la Compañía, la que podrá aceptar esa situación o reducir la suma a asegurar. En caso de trasgresión, la Compañía considerará válido únicamente el certificado vigente de mayor suma y devolverá las primas cobradas de cualquier otro por el período de coberturas superpuestas.

ARTICULO 14 - PRIMAS DEL SEGURO

Las primas individuales resultarán de aplicar la tarifa de la Compañía correspondiente a la edad alcanzada y al capital asegurado de cada seguro individual.

La Compañía podrá también estipular en las Condiciones Particulares desde el inicio del seguro, una prima media para todo el grupo o una prima media por grupo de edades.

En ambos casos, la prima media resultará de aplicar la tarifa de la Compañía correspondiente a la edad alcanzada y al capital asegurado de cada seguro individual dividiendo la suma correspondiente por el total de los capitales asegurados de todo el grupo o de cada grupo respectivamente.

ARTÍCULO 15 - PREMIO

Como premio se entiende la suma de las primas individuales, sus adicionales y recargos más los impuestos, tasas o cargas.

ARTÍCULO 16 - PAGO DE PREMIOS

Los premios deberán ser pagados por adelantado por el Contratante en las oficinas de la Compañía, en sus agencias oficiales o en el domicilio de corresponsales debidamente autorizados por ella para dicho fin, pero solamente a cambio del recibo oficial extendido en fórmula separada.

Los premios siguientes al primero, sujetos a las variaciones debidas al número de asegurados y a las cantidades aseguradas, son pagaderas a su vencimiento por el contratante, como se indica en el párrafo precedente, pero solamente a cambio de los recibos oficiales emitidos por la Compañía.

ARTÍCULO 17 - PLAZO DE GRACIA

Se concede un plazo de gracia de un mes (no inferior a 30 días) para el pago, sin recargo de intereses, de todos los premios. Durante ese plazo esta póliza se hallará en pleno vigor; pero si dentro del mismo ocurriese el fallecimiento de uno o más de los Asegurados, el premio correspondiente al seguro de los fallecidos deberá ser pagado por el Contratante junto con el de los Asegurados sobrevivientes.

Para el pago del primer premio, el plazo de gracia se computará a partir de la fecha de vigencia inicial o de emisión de esta póliza, según cual fuere posterior.

Para el pago de los premios subsiguientes, dicho plazo de gracia se computará a partir de la hora cero de las respectivas fechas de vencimiento estipuladas en las Condiciones Particulares.

ARTÍCULO 18 - FALTA DE PAGO DEL PREMIO

Si cualquier premio no se pague dentro del plazo de gracia, esta póliza caducará automáticamente, pero el contratante adeudará a la compañía el premio correspondiente al mes de gracia con más los intereses moratorios establecidos en las condiciones particulares.

Si hubiese solicitado su rescisión por telegrama colacionado, dentro de dicho plazo, deberá abonar igualmente el mes de gracia, con lo que se dará por cumplido lo dispuesto en el artículo 16° de estas condiciones generales. Terminado dicho plazo de gracia, quedará definitivamente rescindido este seguro.

ARTÍCULO 19 - CERTIFICADOS INDIVIDUALES

La Compañía entregará a cada Asegurado, por medio del Contratante, un certificado individual en el que se establecen los derechos y obligaciones de las partes, así como también el monto del respectivo capital asegurado, la fecha de su entrada en vigor y el nombre del beneficiario designado. Otorgará además un certificado suplementario cada vez que se produzca un aumento del capital asegurado y reemplazará el o los certificados vigentes en caso de reducción del capital asegurado.

ARTÍCULO 20 - REGISTRO DE ASEGURADOS

La Compañía constituirá un registro en el cual constarán los nombres de todos los asegurados y el importe del seguro de cada uno de ellos y entregará al contratante una copia del citado registro, puesto al día de la fecha de emisión de esta póliza, así como copia de las variaciones que sucesivamente se vayan introduciendo en dicho registro.

ARTÍCULO 21 - RESCISION DEL SEGUO INDIVIDUAL

- 1)- 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 sesenta y cinco (65) años, salvo pacto en contrario.
- 2)- tanto la renuncia a que se refiere el punto a) como el retiro del grupo previsto en el punto b) del inciso precedente, serán comunicadas a la compañía por intermedio del contratante y el seguro quedará rescindido a la hora veinticuatro (24) del último día del mes en que se haya producido la renuncia o retiro del grupo o el asegurado haya cumplido sesenta y cinco (65) años de edad o la edad convenida entre las partes.

Se presumirá que un asegurado ha renunciado a continuar con el seguro, cuando al mismo no se le efectúe el descuento correspondiente a la prima de este seguro y no se ingrese a la compañía dicho importe en la forma y plazo previstos en los artículos 16º y 17º de estas condiciones generales. El asegurado dispondrá de un plazo de 15 días contado a partir del vencimiento del plazo para el pago de la prima para efectuar los descargos que estime pertinentes.
- 3)- en cualquier caso de rescisión o caducidad de esta póliza, caducarán simultáneamente todos los seguros individuales cubiertos por ella, salvo las obligaciones pendientes a cargo de la compañía.
- 4)- la rescisión del certificado individual será comunicada por la compañía al asegurado.

ARTÍCULO 22 – DENUNCIA Y LIQUIDACION

Cuando se produzca un siniestro cubierto bajo esta póliza, éste deberá ponerse en conocimiento de la compañía, en el formulario que esta proporcionará a estos efectos, dentro del plazo de quince (15) días contado desde su ocurrencia, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho no culposa, en cuyo caso y previa comprobación del mismo, el plazo se entenderá prorrogado por los días en que haya durado tal impedimento.

Los beneficiarios dispondrán de un plazo adicional de treinta (30) días luego de comunicado el acaecimiento del siniestro para presentar a la compañía el 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 o la extensión de la prestación a su cargo y se le permitirá realizar las indagaciones que sean necesarias a tal fin. Cualquier liquidación que corresponda en cumplimiento de las obligaciones contraídas por la compañía en esta póliza, será efectuada en su domicilio después de presentados y aprobados los documentos que acrediten el derecho de los reclamantes, quienes deberán suministrarlos a su exclusivo cargo. 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 contado a partir del momento de la aprobación de la documentación.

ARTÍCULO 23 - DESIGNACION Y CAMBIO DE BENEFICIARIOS

- 1)- La designación del beneficiario o beneficiarios la hará cada Asegurado por escrito, en la solicitud individual de seguro, en la propuesta del seguro o en cualquier otra comunicación como se establece en el inciso 2) de este Artículo. Designadas varias personas sin indicación de proporciones, se entiende que el beneficio es por partes iguales. Si un beneficiario hubiere fallecido antes o al mismo tiempo que el Asegurado, la asignación correspondiente del seguro acrecerá la de los demás beneficiarios, si los hubiere, en la proporción de sus propias asignaciones. Cuando se designe a los hijos se entiende los concebidos y los sobrevivientes al tiempo de ocurrido el evento previsto. Cuando se designe a los herederos, se entiende a los que

por ley suceden al Asegurado, si no hubiere otorgado testamento; si lo hubiere otorgado, se tendrá por designados a los herederos instituidos. Si no se fija cuota parte, 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.

2)- Todo Asegurado podrá cambiar, en cualquier momento, el beneficiario o los beneficiarios por él designados, salvo que la designación sea a título oneroso. El cambio de beneficiario surtirá efecto frente a la Compañía, si el Asegurado dirige a sus oficinas la comunicación respectiva y presenta el certificado para que se efectúe en él la anotación correspondiente. Si el cambio no hubiera llegado a ser registrado por la Compañía en el certificado individual, en caso de fallecimiento del Asegurado el pago se hará consignando judicialmente los importes que correspondan a la orden conjunta de los beneficiarios anotados en el certificado individual y los designados con posterioridad mediante cualquier comunicación escrita del Asegurado recibida por la Compañía hasta el momento de la consignación. La Compañía quedará liberada de toda obligación en caso de pagar el capital asegurado a los beneficiarios designados en el certificado individual con anterioridad a la recepción de cualquier comunicación modificatoria de esa designación.

Atento el carácter irrevocable de la designación de beneficiario a título oneroso, la Compañía en ningún caso asume responsabilidad alguna por la validez del negocio jurídico que dio lugar a la designación y además, por las cuestiones que se susciten con motivo de esa designación beneficiaria.

ARTICULO 24 - INTERVENCION DEL CONTRATANTE-EJECUCION DEL CONTRATO

Las relaciones entre la Compañía y los Asegurados o beneficiarios de éstos se desenvolverán siempre por intermedio del Contratante, salvo en lo referente al privilegio de Conversión previsto en el Artículo 26º, que será tratado directamente. En consecuencia, el Contratante deberá certificar la exactitud de los datos contenidos en las solicitudes de cada Asegurado, efectuará el pago de las primas a la Compañía y a su vez, cobrará a los Asegurados su parte proporcional asignada. Lo convenido precedentemente no excluye el derecho propio que contra la Compañía tienen los Asegurados y sus respectivos beneficiarios desde que ocurriera alguno de los eventos previstos por esta póliza.

El Contratante es responsable exclusivo por el cumplimiento de los deberes de información mencionados, así como del pago del premio total pactado en un todo de acuerdo con lo establecido en la presente póliza.

ARTICULO 25 - INFORMACIONES QUE DEBEN SUMINISTRARSE A LA COMPAÑÍA - EDAD

Tanto el Contratante como los Asegurados se comprometen a suministrar todas las informaciones que sean necesarias para el fiel cumplimiento de esta póliza, tales como fechas, pruebas y certificados de nacimiento, defunción, incapacidad, sobrevivencia y cualquier otra que se relacione con el seguro.

Cada Asegurado o sus beneficiarios en cuanto sea razonable, deberán probar mediante documentación fehaciente, la edad declarada en su solicitud individual. Dicha comprobación podrá hacerla el Asegurado en cualquier momento y la Compañía podrá exigirla antes de otorgar cualquier valor u opción acordados por esta póliza, ya sea al Asegurado o al beneficiario.

Si la edad verdadera resultase mayor que la declarada pero no sobrepasara el límite de aceptación del seguro por la Compañía, el capital asegurado por esta póliza se reducirá a la suma que, dada la prima pagada, corresponda proporcionalmente a la prima de la edad verdadera.

Si la edad verdadera resultase menor que la declarada, la Compañía restituirá los excedentes de primas pagadas sin intereses y reajustará las primas futuras.

Cuando se comprobase que a la fecha de contratación del seguro individual, el Asegurado era una persona no asegurable de acuerdo al Artículo 7º, será aplicable lo establecido en el Artículo 2º de estas Condiciones Generales.

Cuando se comprobare que la edad del asegurado en la fecha de contratación del certificado, sobrepasara la máxima establecida para este plan, será de aplicación lo estipulado en el artículo 2° (reticencia o falsa declaración), de estas Condiciones Generales, en lo relativo a la nulidad de la cobertura

ARTÍCULO 26 - PRIVILEGIO DE CONVERSION

Todo Asegurado que deje de pertenecer al Grupo de Afinidad regido por el Contratante podrá optar por un Seguro de Vida Individual en las siguientes condiciones:

- a)- Que ejerza la opción por escrito dentro del mes siguiente a la fecha en que dejó de pertenecer al Grupo de Afinidad regido por el Contratante;
- b)- Que opte por cualquiera de los planes usuales en que opera la Compañía (excepto el temporario de menos de 10 años de duración), debiendo cumplimentar los requisitos de asegurabilidad que la Compañía establezca, reservándose ésta el derecho de aceptar o rechazar la solicitud;
- c)- La suma asegurada del Seguro de Vida Individual será igual o menor a la que tenía en vigor el Asegurado en esta póliza al momento en que dejó de pertenecer al Grupo de Afinidad regido por el Contratante;
- d)- La prima del Seguro de Vida Individual será la que resulte de considerar la edad alcanzada, las evidencias de salud presentadas y la ocupación del Asegurado. Dicha prima deberá ser abonada dentro de los treinta (30) días de la fecha de su vencimiento;
- e) La Compañía otorgará una bonificación al Asegurado que haya ejercido esta opción, la que será determinada en el momento de la contratación del Seguro de Vida Individual.

En caso de rescisión total de esta póliza, no se concederá la opción de conversión, sino a los componentes del grupo con edades inferiores a sesenta (60) años que hubieran estado cubiertos por la póliza por más de cinco (5) años y cuando la cantidad de los que ejerzan esa opción no sea inferior al cincuenta por ciento (50 %) de los que pudieran hacerlo, todo esto salvo pacto en contrario.

ARTICULO 27 - FACULTADES DEL PRODUCTOR O AGENTE

El productor o agente del seguro, cualquiera sea su vinculación con la Compañía, autorizado por ésta para la mediación, sólo está facultado con respecto a las operaciones en las cuales interviene, para:

- a)- Recibir propuestas de celebración y modificación de contratos de seguros;
- b)- Entregar los instrumentos emitidos por la Compañía, referentes a contratos o sus prórrogas;
- c)- Aceptar el pago de la prima si se halla en posesión de un recibo de la Compañía.

La firma puede ser facsimilar.

ARTICULO 28 - COMPUTO DE PLAZOS

Todos los plazos de días indicados en la presente póliza se computarán corridos salvo disposición expresa en contrario. Los plazos que venzan en día inhábil o feriado se entenderán prorrogados hasta el primer día hábil siguiente.

ARTÍCULO 29 - PRESCRIPCION

Las acciones fundadas en esta póliza y en los certificados respectivos prescriben al año de ser exigibles las obligaciones correspondientes (Art.1021 del código de comercio).

ARTÍCULO 30 - MODIFICACION DE LA POLIZA

Cualquier modificación de esta póliza deberá ser hecha por endoso escrito refrendado por los funcionarios administrativos autorizados de la Compañía; de lo contrario carecerá de valor.

ARTICULO 31 - DUPLICADO DE POLIZA Y DE LOS CERTIFICADOS INDIVIDUALES

En caso de que por extravío, destrucción o cualquier otra causa esta póliza dejare de hallarse en poder del contratante, o cualquier certificado individual en poder del asegurado, los interesados podrán obtener su sustitución por un duplicado, si lo solicitan por escrito, mencionando como tuvo lugar la desposesión.

Las modificaciones o endosos que se hagan en el duplicado, a pedido del Contratante o del Asegurado, según el caso, serán los únicos válidos.

El Contratante o los Asegurados tienen derecho a que se les entregue copias de sus declaraciones efectuadas con motivo de este contrato y copia no negociable de la póliza o del correspondiente certificado individual.

Serán por cuenta de los interesados los gastos correspondientes.

ARTICULO 32 - IMPUESTOS, TASAS Y CONTRIBUCIONES

Los impuestos, tasas y contribuciones de cualquier índole y jurisdicción que se crearen en lo sucesivo o los aumentos eventuales de los existentes, estarán a cargo del Contratante, de los Asegurados, de sus beneficiarios o de sus herederos, según el caso, salvo cuando la ley los declare expresamente a cargo exclusivo de la Compañía.

ARTÍCULO 33 - DOMICILIOS

Las denuncias, declaraciones y demás actos que las partes deban efectuar de conformidad con las disposiciones del Código de Comercio en materia de Contrato de Seguros o de la presente póliza se harán por escrito en forma expresa y fehaciente en el último domicilio declarado por las partes.

ARTÍCULO 34 - JURISDICCION

Las partes contratantes acuerdan que toda controversia judicial relativa al presente contrato, será dirimida ante los Tribunales competentes de la ciudad de Montevideo, renunciando expresamente a cualquier otro fuero o jurisdicción que pudiera corresponder.

ARTÍCULO 35 - CESIONES

Los derechos que esta póliza y los certificados respectivos confieren son intransferibles. Toda cesión o transferencia se considerará nula y sin efecto alguno.

COBERTURA ADICIONAL DE SEGURO COLECTIVO MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL CONDICIONES GENERALES

LA COMPAÑÍA ASEGURADORA Y EL CONTRATANTE, acuerdan por este medio las siguientes estipulaciones, según se modifican y definen bajo las Condiciones Particulares de la póliza.

ARTICULO 1. 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, la vista o un miembro como resultado directo de dichas lesiones, la Compañía Aseguradora, sujeta a las disposiciones aquí establecidas, pagará en una sola suma al Asegurado si vive, o de lo contrario a la persona o personas autorizadas bajo las condiciones de la póliza, la cantidad prevista para dicha pérdida.

TABLA DE INDEMICACION. Si la "lesión" por sí sola ocurre dentro de los 90 días corridos a partir del accidente:

Pérdida de: Suma de Pago:

La Vida 100% de la Cobertura de Seguro

Ambas Manos 100% de la Cobertura de Seguro

Ambos Pies 100% de la Cobertura de Seguro

La Vista de Ambos Ojos 100% de la Cobertura de Seguro

Una Mano y Un Pie 100% de la Cobertura de Seguro

Una Mano y La Vista de un Ojo 100% de la Cobertura de Seguro

Un Pie y La Vista de un Ojo 100% de la Cobertura de Seguro

Una Mano 50% de la Cobertura de Seguro

Un Pie 50% de la Cobertura de Seguro

La Vista de un Ojo 50% de la Cobertura de Seguro

La pérdida de una mano y un pie quiere decir, pérdida por arriba de la muñeca y por arriba del tobillo respectivamente. Pérdida de la vista quiere decir, pérdida total e irreparable de la vista.

ARTICULO 2. COBERTURA DE SEGURO

La cobertura de seguro aplicable a cada Asegurado, el cual se define de acuerdo con las disposiciones del Artículo 3 de las Condiciones Generales de la póliza, "Asegurados", será la que se indica en las Condiciones Particulares de la póliza, bajo "Coberturas".

ARTICULO 3. REDUCCIONES

Si un Asegurado sufre más de una de las pérdidas descritas bajo el Artículo 1 de esta Cobertura Adicional, la cantidad total pagadera bajo esta Cobertura Adicional a cuenta de dichas pérdidas estará limitada al 100% de la Cobertura de Seguro.

Si un Asegurado ha sufrido previamente a estar asegurado bajo esta Cobertura Adicional, la pérdida de una mano, un pie, o la vista de un ojo, como se define anteriormente, el seguro de dicho Asegurado bajo ésta Cobertura Adicional será emitido por el 100% de la Cobertura de Seguro y cualquier subsiguiente pérdida por la cual se deba hacer el pago del beneficio, se hará por la pérdida específica resultante del accidente, sin referencia a ninguna pérdida anterior.

ARTICULO 4. 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 prescritos por un profesional médico y consumidos de acuerdo con su prescripción.

ARTICULO 5. INTRANSFERIBLE

El seguro de un Asegurado bajo este Cobertura Adicional será intransferible.

ARTICULO 6. CALCULO DE PRIMAS

Los cargos de prima para el seguro bajo esta Cobertura Adicional serán calculados como se indica en las Condiciones Particulares de la Póliza, en el literal de "Tasas y Primas", sujeto al derecho de la Compañía Aseguradora de acuerdo con el Artículo 15, Pago de Primas, de las Condiciones Generales de la póliza.

ARTICULO 7. 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 a la incapacidad del Asegurado;
- d) Si la póliza principal se termina; o
- e) En la fecha de aniversario de la póliza después de que recibimos notificación para cancelar esta Cobertura Adicional.

**COBERTURA ADICIONAL DE SEGURO COLECTIVO
TRANSPLANTE DE ORGANOS
CONDICIONES GENERALES**

LA COMPAÑÍA ASEGURADORA Y EL CONTRATANTE, acuerdan por este medio las siguientes estipulaciones, según se modifican y definen bajo las Condiciones Particulares de la Póliza Básica.

ARTICULO 1 DISPOSICIONES FUNDAMENTALES

A) La presente Cobertura Adicional que sometida a las condiciones y estipulaciones de la Póliza Básica en cuanto no sean modificadas o derogadas expresamente por la presente Cláusula.

B) Esta cobertura adquiere fuerza legal desde las cero (0) horas del día fijado como comienzo de su vigencia en las Condiciones Particulares de la Póliza Básica.

ARTICULO 2 RIESGOS CUBIERTOS

La Compañía concederá el beneficio acordado por esta cláusula, al Asegurado que se le haya practicado cirugía de alguno de los Transplantes de Órganos definidos en el ARTICULO 4 "Transplantes de Órganos Cubiertos", siempre y cuando la misma fuere la primer cirugía de Transplante de Órganos en la vida del asegurado, una vez transcurrido el Período de Carencia indicado en el ARTICULO 5 "Período de Carencia" de esta cobertura y antes de la fecha en que el asegurado alcance los 65 años de edad.

ARTICULO 3 DEFINICION DE TRANSPLANTE DE ORGANOS

La realización de cirugía, en el asegurado, que involucre el transplante de alguno de los órganos definidos en el ARTICULO 4 "Transplantes de Órganos Cubiertos" de esta cobertura, ya sea individualmente alguno de ellos o una combinación de los mismos. El órgano donado deberá provenir de una fuente humana.

ARTICULO 4 TRANSPLANTES DE ORGANOS CUBIERTOS

La Compañía concederá el beneficio acordado por esta cláusula, al Asegurado que se le realice alguno de los siguientes Transplantes:

Transplante de corazón, pulmón, hígado, páncreas, riñón o cualquier combinación de estos órganos. Queda excluido todo transplante asociado con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). El diagnóstico y la recomendación de transplante deberán ser efectuados por al menos dos Médicos especialistas, uno de ellos a ser designado por la Compañía, y deberá, fehacientemente, concretarse la operación.

ARTICULO 5 PERIODO DE CARENCIA

El Período de Carencia estipulado por la Compañía para la Presente Cláusula Adicional figurará en las Condiciones Particulares. Si durante el período de Carencia el Asegurado fuere intervenido por o se le diagnosticare alguno de los Transplantes cubiertos que figuran en el ARTICULO 4 "Transplantes de Órganos Cubiertos" de la presente póliza, no serán de aplicación los beneficios de la misma, la cual esta referida a cubrir aquellos transplantes que se iniciaren o hayan sido diagnosticados con posterioridad al plazo de carencia. Dicho plazo de carencia se contará a partir de la última de las siguientes fechas:

- fecha de inicio de vigencia de la presente póliza - fecha de enrolamiento del asegurado a la póliza El beneficio de la presente póliza solamente deberá ser pagado si el asegurado sobrevive después de cumplidos 30 días desde la fecha de efectuada la cirugía de transplante de órganos.

ARTICULO 6 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.

ARTICULO 7 PERSONAS ASEGURABLES

Se consideran Personas Asegurables a la fecha de emisión de la presente cobertura a todas aquellas personas que conforman un grupo, al ser miembros, trabajadores o tener un vínculo contractual con la entidad contratante y además se encuentran señalados o definidos en la Condiciones Particulares de la Póliza Básica, y su prima ha sido abonada a la Compañía Aseguradora. Podrán ingresar a la presente póliza aquellos asegurados que no hayan cumplido sesenta y cinco (65) años de edad. Las personas que en lo futuro entren a formar parte del grupo, así como las que reingresen al mismo, serán asegurables respectivamente, a partir de la fecha de su incorporación o reincorporación.

Deben ingresar a la póliza todas las personas asegurables que sean elegibles de acuerdo a lo definido en las Condiciones Particulares de la Póliza Básica.

ARTICULO 8 CARACTER DEL BENEFICIO

Los beneficios que acuerda la presente Cláusula Adicional son independientes de otros previstos en la póliza, y en consecuencia, la Compañía no hará deducción alguna de la indemnización a pagar por la Cobertura Básica de la Póliza Básica.

En cualquier circunstancia el beneficio que se define en esta póliza será pagado solamente una sola vez.

ARTICULO 9 CÁLCULO DE PRIMAS

Los cargos de prima para el seguro bajo esta Cobertura Adicional serán calculados como se indica en las Condiciones Particulares de la Póliza Básica, en el literal de "Tasas y Primas", sujeto al derecho de la Compañía Aseguradora de acuerdo con el ARTICULO 15 "Pago de Primas", de las Condiciones Generales de la Póliza Básica.

ARTICULO 10 REQUISITOS PARA LA VALIDEZ DEL TRANSPLANTE DE ORGANOS 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.

La Compañía se reserva el derecho de solicitar -a su cargo- exámenes médicos adicionales realizados por un profesional de su elección. La no contestación por parte de la Compañía dentro del plazo establecido, significará automáticamente el reconocimiento del beneficio reclamado.

Si la compañía rechaza el reclamo del asegurado, el mismo, dentro de los 10 días siguientes a la determinación de la Compañía, podrá pedir la participación de peritos médicos, nombrados uno por cada parte, quienes antes de desempeñar su cometido, designarán un tercero para que decida en caso de desacuerdo.

Los médicos designados por las partes deberán presentar su informe dentro de los treinta (30) días, y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de quince (15) días.

Si una de las partes omitiese designar médico dentro del octavo día de requerido por la otra o si el tercer facultativo no fuese electo en el plazo establecido en el párrafo anterior, la parte más diligente previa intimación a la otra- procederá a su designación.

Los honorarios y gastos de los médicos de las partes estarán a su respectivo cargo y los del tercer facultativo serán pagados por la parte cuyas pretensiones se alejen más del dictamen definitivo, salvo el caso de equidistancia en que será abonado por las partes en igual proporción.

ARTICULO 11 FORMA DE PAGO DEL BENEFICIO

La Compañía pagará el Capital Asegurado estipulado en las Condiciones Particulares de la Póliza Básica, dentro de los treinta (30) días siguientes de la aceptación, por parte de la Compañía, del reclamo o del dictamen de los peritos a favor del asegurado.

ARTICULO 12 RIESGOS NO CUBIERTOS

Los Transplantes quirúrgicos establecidos en el ARTÍCULO 4 "Transplantes de Organos 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;
- D) Toda enfermedad que tenga origen o causa en el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA);
- E) Condiciones preexistentes, entendiéndose por tales aquellas que se definen en el ARTÍCULO 6 "Condiciones Preexistentes" de la presente cláusula adicional;
- F) Cualquier Transplante de Organos que no esté específicamente definido en la presente Cláusula Adicional.

ARTICULO 13 AGRAVACION DEL RIESGO

El Contratante o el Asegurado deberán comunicar a la Compañía, antes de que se produzca, cualquier cambio o desempeño paralelo de profesión, ocupación o actividad del Asegurado que agrave el riesgo asumido por la Compañía, entendiéndose por tal a la dedicación profesional en tareas de fábricas, como usinas o laboratorios con exposición a radiaciones atómicas, u otras profesiones, ocupaciones o actividades de análogas características.

La Compañía dentro de los treinta (30) días de recibida la comunicación del Contratante o del Asegurado, podrán rescindir el seguro si los cambios de profesión, ocupación o actividad del Asegurado agravaran el riesgo de modo tal que, de existir en el momento de contratación, la Compañía no hubiera emitido el correspondiente Certificado Individual.

ARTICULO 14 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; o
- E) En la fecha de aniversario de la póliza después de que recibimos notificación para cancelar esta Cobertura Adicional.

SERVICIO DE SEGUNDA OPINION MEDICA INTERNACIONAL

Mediante la presente, dejamos constancia que esta Compañía incluye dentro de los beneficios de la póliza de referencia el **Servicio de Segunda Opinión Médica Internacional S.O.M.-**

El mencionado servicio 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.

Este servicio se brinda únicamente en caso de enfermedades graves y/o intervenciones quirúrgicas de alta complejidad en que sea necesaria una Segunda Opinión Médica que aporte mayor información sobre el diagnóstico y sobre los métodos de tratamientos más avanzados internacionalmente aplicables a dicha patología. Este servicio se encuentra a disposición del Asegurado las 24 horas del día y durante los 365 días del año.

Por los contactos y experiencia médica operativa obtenida, el **Servicio de Segunda Opinión Médica Internacional S.O.M.**, brinda además del servicio de Segunda Opinión, lo siguiente:

- 1)- Envío de muestras de tejidos para estudios anatómo-patológicos comparativos de diagnóstico, investigación y re-diagnóstico al exterior.
- 2)- Citas personales en cualquier centro médico internacional ante cualquier requerimiento del paciente o de su médico de cabecera.
- 3)- Solicitudes de cama en el exterior ante eventuales derivaciones.
- 4)- Pre-admisión para trasplantes y/o cirugía o consultas en el exterior.
- 5)- Búsqueda y envío de medicamentos no comercializados en el Uruguay.
- 6)- Envío a los Asegurados de información de nuevas pautas terapéuticas de determinadas enfermedades que llegan del exterior.
- 7)- Alternativas terapéuticas de determinadas patologías complejas.

El presente servicio es contratado por ALICO Compañía de Seguros de Vida S.A. con la empresa SURassist S.A., miembro del Grupo Axa, sita en la Avenida Córdoba 1367, 10mo. Piso, Buenos Aires, República Argentina, empresa de vasta experiencia en la materia.-

**SEGURO COLECTIVO TEMPORAL DE VIDA
CLAUSULA COMPLEMENTARIA DE INDEMNIZACION ANTICIPADA
PAGO PARCIAL ANTICIPADO DE LA INDEMNIZACION POR FALLECIMIENTO EN CASO
DE ENFERMEDAD TERMINAL**

Esta Cláusula amplía las Condiciones Generales de la póliza a que está adherida, quedando por lo tanto sujeta a todos los términos y condiciones de la misma que no se opongan a la presente Cláusula.

ARTICULO 1. 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.

ARTICULO 2. 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).

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.

ARTICULO 3. 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 Artículo 2.

ARTICULO 4. 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.

ARTICULO 5. 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;

ARTICULO 6. 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.

ARTICULO 7. PLAZO DE PRUEBA.

La Compañía dentro de los quince (15) días de recibida la denuncia y/o las constancias a que se refiere el punto anterior, contados desde la fecha que sea posterior, deberá hacer saber al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. Si las comprobaciones a que se refiere el Artículo 6 no resultaran concluyentes en cuanto al carácter de la enfermedad, la Compañía podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor de treinta (30) días, a fin de confirmar el diagnóstico.

La no contestación por parte de la Compañía dentro del plazo establecido, significará automáticamente el reconocimiento del beneficio reclamado.

ARTICULO 8. VALUACION POR PERITOS.

Si no hubiere acuerdo entre las partes, la existencia o persistencia, carácter y grado de la enfermedad serán determinadas por dos médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los quince (15) días de su designación, a un tercer facultativo para el caso de divergencia. Los médicos designados por las partes deberán presentar su informe dentro de los treinta (30) días y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de quince (15) días. Si una de las partes omitiera designar médico dentro del decimoquinto día de requerido por la otra, o si el tercer facultativo no fuera electo en el plazo establecido en el párrafo anterior, la parte más diligente previa intimación de la otra, procederá a su designación. Los honorarios y gastos de los médicos de las partes estarán a su respectivo cargo, y los del tercer médico serán pagados por la parte cuyas pretensiones se alejen más del dictamen definitivo, salvo el caso de equidistancia, en que se pagarán por mitades entre las partes.

ARTICULO 9. 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 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.
- d) Al retirarse el empleado del servicio activo del Contratante.

CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO TEMPORARIO EN GRUPO RENOVABLE ANUALMENTE

Contratante: CITIBANK N.A. SUCURSAL URUGUAY

CONDICIONES GENERALES COBERTURA DE VIDA

Definición de la cobertura

Cobertura básica: Muerte por cualquier causa con excepción de los riesgos no cubiertos.

Retención o falsa declaración. Toda declaración falsa o toda retención 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 retención – 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, bacterias, o de epidemias o 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 carinii, 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.

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 titulares de las Tarjetas de Crédito Citi MasterCard y Citi Visa vigentes, emitidas por 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 proceda 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 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 a 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.

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 prescritos 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 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 la póliza principal se termina.

CONDICIONES GENERALES de la COBERTURA ADICIONAL DE TRANSPLANTE DE ORGANOS

RIESGOS CUBIERTOS La Compañía concederá el beneficio acordado por esta cláusula, al Asegurado que se le haya practicado cirugía de alguno de los Transplantes de Órganos definidos en el inciso "Transplantes de Órganos Cubiertos", siempre y cuando la misma fuere la primer cirugía de Transplante 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 de edad.

Período de carencia: 120 días

Capital Asegurado: El capital asegurado para la cobertura de Transplante de Órganos es de US\$ 50.000 o su equivalente en pesos cubierto para los órganos cubiertos menos para el transplante de riñón para el cual el capital cubierto es de US\$ 20.000 o su equivalente en pesos.

TRANSPLANTE DE ORGANOS CUBIERTOS La Compañía concederá el beneficio acordado por esta cláusula, al Asegurado que se le realice alguno de los siguientes Transplantes: Transplante de corazón, pulmón, hígado, páncreas, riñón o cualquier combinación de estos órganos. Queda excluido todo transplante asociado con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). El diagnóstico y la recomendación de transplante 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 TRANSPLANTE DE ORGANOS 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 Transplantes quirúrgicos establecidos en el inciso "Transplantes de Órganos Cubiertos" de la presente Cláusula Adicional no estarán cubiertas cuando se produjeran como consecuencia de: a) Herida o enfermedad infligida intencionalmente a sí 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; d) Toda enfermedad que tenga origen o causa en el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA); e) Condiciones preexistentes, entendiéndose por tales aquellas que se definen en el inciso "Condiciones Preexistentes" de la presente cláusula adicional; f) Cualquier Transplante 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 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. Este servicio se brinda únicamente en caso de enfermedades graves y/o intervenciones quirúrgicas de alta complejidad en que sea necesaria una Segunda Opinión Médica que aporte mayor información sobre el diagnóstico y sobre los métodos de tratamientos más avanzados internacionalmente aplicables a dicha patología.

El presente servicio es contratado por ALICO Compañía de Seguros de Vida S.A. con la empresa **SURassist S.A.**, miembro del Grupo Axa, sita en la Avenida Córdoba 1367, 10mo. Piso, Buenos Aires, República Argentina.

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 CITIBANK N.A. SUCURSAL URUGUAY.