

SEGUROS



Condiciones Generales

Plan de Enfermedades
graves y Cáncer



Plan de Enfermedades Graves y Cáncer

Disposiciones Generales

Seguros Sura S.A., que en adelante se denominará SURA, en consideración a las declaraciones contenidas en la solicitud presentada por el Tomador, las cuales se incorporan al presente contrato para todos sus efectos, expide esta PÓLIZA DE SEGURO, sujeta a las Condiciones que se señalan a continuación.

Igualmente, forman parte del contrato los amparos adicionales, las declaraciones de asegurabilidad escritas o verbales del asegurado, los certificados médicos y cualquier otro documento escrito y aceptado por las partes, que guarden relación con el presente seguro.

En caso de discordancia entre las Condiciones Generales de la Póliza y sus Condiciones Particulares, predominarán estas últimas.

1° Normas que regulan las obligaciones de las partes

Las partes contratantes acuerdan considerarse reguladas por las disposiciones del Código de Comercio en materia de Seguros, por lo ordenado por la presente póliza, sus complementos o modificaciones, y por lo que conste en las condiciones generales, condiciones particulares, lo que surja del documento de solicitud de seguro presentado por quien será el asegurado y cualquier otro documento que guarde relación con el presente seguro.

2° Definiciones

Para todos los efectos del presente contrato, serán aplicables las siguientes definiciones:

Asegurador: SURA

Asegurado: Persona física indicada como tal en las condiciones particulares, y que abona la prima según lo previsto en el presente contrato.

Beneficiarios: Persona/s física/s titular/es del derecho a la indemnización especificado en las condiciones particulares.

Póliza: Documento que contiene las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte de la póliza: las condiciones generales, las particulares, las especiales si las hubiere, los endosos y la solicitud del asegurado.

Prima: Precio del seguro que se paga mensualmente para tener el beneficio del mismo, constituye la prestación a cargo del tomador o asegurado.

Capitales: : Sumas pactadas que el asegurado o beneficiario, en caso de ocurrencia de un evento cubierto por la presente, tendrá derecho a percibir del asegurador en relación a las coberturas contratadas.

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

Enfermedades Graves:

Evento Cerebro – Vascular

Evento asegurado: Cualquier evento o accidente cerebro-vascular causado por un inadecuado riego sanguíneo del cerebro debido a infarto del tejido cerebral, hemorragia o embolia.

Condición:

La evidencia del daño neurológico permanente deberá ser confirmada por un neurólogo.

La apoplejía debe conllevar un déficit neurológico que cause una incapacidad permanente e irreversible en el asegurado:

- Para caminar 200 metros en una superficie nivelada sin aparatos de ayuda, o
 - Para alimentarse por el mismo una vez que la comida haya sido preparada, o
 - Para comunicarse con su entorno de forma verbal sin aparatos de ayuda, o adaptaciones, o
 - Que sufra un daño cerebral a consecuencia del evento o accidente cerebro vascular afectado al centro óptico conllevando un déficit en el campo visual de ambos ojos. Debe ser bilateral, y como mínimo en cada caso un cuadro del mismo ojo debe estar afectado. El diagnóstico debe ser realizado por un oftalmólogo, o
 - El déficit neurológico causado por la apoplejía conlleve la reducción permanente e irreversible de la función de al menos un miembro, donde se define como brazo incluyendo la mano o pierna incluyendo pie; esta condición debe ser neurológicamente verificable.
- La valorización de las condiciones indicadas arriba debe realizarse no antes de 3 meses después de sufrir el accidente cerebro-vascular. Deben presentarse pruebas claras como un TAC o RNM o técnicas similares y apropiadas de que ha existido apoplejía, o de: Infarto del tejido cerebral, o Hemorragia subaracnoidea o intracraneal

Insuficiencia Renal Crónica:

La etapa final de la insuficiencia renal, por fallo funcional, crónico o irreversible de ambos riñones, que hacen necesaria la diálisis renal sistemática, o el trasplante renal.

Quemaduras que requieran cuidados especiales:

Significa lesión a tejidos por agentes térmicos, químicos o eléctricos que ocasionan quemaduras de tercer grado o de espesor total de por lo menos 20% de la superficie corporal medida por la Regla de los Nueves o el esquema de superficie corporal de Lund y Browder, o de alguna clasificación equivalente.

Trasplante de Órgano Mayor:

Trasplante de órgano humano completo, de un donante al Asegurado de uno o más de los siguientes órganos: riñón, hígado, corazón, pulmón, páncreas o trasplante de médula ósea. Se excluye el trasplante de cualquier otro órgano, partes de órganos, tejidos o células.

Cirugía cardíaca y angioplastia:

Para efectos de esta póliza, se entenderá por cirugía cardíaca la realización de cirugía de corazón abierto vía toracotomía para reemplazar o reparar válvulas cardíacas como consecuencia de defectos o anomalías valvulares del corazón.

Como Angioplastia se entenderá la corrección de la estenosis significativa, de por lo menos 70% de dos o más arterias coronarias, considerada médicamente necesaria por un cardiólogo consultante a través de la realización de la angioplastia con balón, tratamiento láser o con otras técnicas. Deberá presentarse tanto los hallazgos de la angiografía coronaria preoperatoria así como el informe de la operación.

Cáncer:

Significará la presencia de un tumor maligno que se caracteriza por ser progresivo, de crecimiento incontrolado, con diseminación de células malignas e invasión y destrucción de tejido circundante y normal. Debe considerarse necesario un esquema de intervención mayor o cirugía mayor o haberse iniciado tratamiento paliativo. El cáncer debe diagnosticarse inequívocamente con la confirmación histológica. Se excluyen los siguientes tumores: Tumores que muestran los cambios malignos del carcinoma in situ (incluyendo la displasia cervical NIC- 1, NIC-2 y NIC-3) o aquellos que son descritos histológicamente como pre-malignos.

Politraumatismo Severo:

Presencia de múltiples lesiones traumáticas de varios órganos y tejidos del cuerpo humano producidas por un mismo accidente y que pone en riesgo la vida del asegurado incapacitándolo de manera temporal o permanente provocando su hospitalización por lo menos durante un periodo continuo de 48 horas.

Para efectos de este contrato, se entenderá por accidente toda lesión corporal que derive de un evento violento, súbito, externo y ajeno a cualquier intención del asegurado. No se consideran como accidentes las enfermedades crónicas o agudas tales como la apoplejía, el infarto al miocardio, las roturas aneurismáticas, la hemorragia cerebral, la epilepsia y otros ataques similares.

Médico:

Doctor en medicina y habilitado legalmente para ejercer la profesión, que no sea el Asegurado, el Tomador del Seguro, el Cónyuge del Asegurado, ni miembros de la familia de cualquiera de los dos, sean ascendientes, descendientes sin límite de grado, ni parientes colaterales de cualquiera de los dos, hasta el tercer grado de consanguinidad o afinidad inclusive

Especialista:

Profesional especializado en una determinada rama de la medicina, con comprobante legal de tal especialidad, que no sea el tomador, el titular del seguro, su cónyuge ni miembros de la familia de cualquiera de los dos, tanto ascendientes como descendientes sin límite de grado, ni parientes colaterales de cualquiera de los dos, hasta el 3er grado de consanguinidad o afinidad inclusive

Carencia:

Período de 90 días desde el inicio de la vigencia de la cobertura, durante el cual el Asegurado no tiene derecho alguno a indemnización. El período de carencia solamente aplica para el primer año del seguro o desde la fecha de la última rehabilitación de la póliza. En caso de diagnóstico de alguna de las condiciones cubiertas durante el período de carencia, la cobertura del presente contrato se cancelará y las primas pagadas serán devueltas al asegurado descontados los gastos de emisión.

Evento:

Ocurrencia de uno de los hechos cubiertos por la presente póliza

3° Objeto del Seguro

El Asegurador pagará al Asegurado o Beneficiario los Capitales correspondientes según el padecimiento del que se trate, en atención a la cobertura contratada dentro del período del seguro. La presente póliza garantiza los riesgos y capitales asegurados en todas partes del mundo.

4° Riesgos Cubiertos

De acuerdo a las Condiciones señaladas en las Condiciones Particulares que ilustran la cobertura contratada, el Asegurador indemnizará al beneficiario con el pago de los montos contratados si ocurre alguno de los siguientes eventos:

Opción 1)

Enfermedades Graves:

Cubre exclusivamente los siguientes padecimientos: Evento cerebrovascular, insuficiencia renal crónica, quemaduras graves, trasplante de órganos, cirugía cardíaca, cáncer y politraumatismo severo.

En caso de diagnosticarse alguna enfermedad grave cubierta por primera vez durante la vigencia de la póliza, el asegurado recibirá la suma asegurada contratada al 100% de conformidad con las definiciones y exclusiones contenidas más adelante. La suma asegurada solo podrá pagarse una sola vez.

Opción 2)

Únicamente Cáncer

En cualquiera de ambas opciones, la edad mínima con la que deberá contar el asegurado para el ingreso será de 18 años, las edades máximas tanto para el ingreso como para la permanencia será de 65 años, salvo disposición contraria en las condiciones particulares.

La cobertura será válida mundialmente siempre que:

- El lugar de residencia permanente del asegurado sea Uruguay
- La póliza haya sido emitida en Uruguay
- El Asegurado no se encuentre más de 13 semanas consecutivas dentro de un período cualquiera de 12 meses fuera de su país de residencia.

5° Exclusiones

Quedan excluidos del seguro:

- Se excluye cualquier condición preexistente
- El beneficio es pagadero al primer diagnóstico. Si al asegurado se le ha diagnosticado alguna enfermedad grave antes del inicio de vigencia de la cobertura, no le será pagadero ningún beneficio bajo esta póliza.

- El asegurado tampoco estará cubierto bajo el producto este producto si ha padecido o presentado alguna enfermedad grave amparada en fecha anterior al inicio de vigencia de la póliza, sin importar si estaba enterado de ello o no.

Ningún beneficio será pagadero en relación a esta póliza si la reclamación o algún evento sufrido por la Vida Asegurada es directa o indirectamente ocasionada o exacerbada como resultado de cualquier de las siguientes:

- Omisión en la búsqueda de atención o en el seguimiento de recomendaciones médicas
- Vivir en el extranjero (vivir fuera del territorio por más de 13 semanas consecutivas en cualquier periodo de 12 meses)
- Guerra u hostilidades (sea o no guerra declarada)
- Guerra civil, insurrección, revolución, inestabilidad civil o motín
- Participación en cualquier fuerza armada relacionada con la conservación de la paz, o
- El acto que se realiza en forma independiente o representando a o en relación a un grupo u organismo, para influir en cualquier grupo, corporación o gobierno, por medio de la fuerza, a través de terrorismo, secuestro o intento de secuestro, ataque, asalto o cualquier medio violento
- Un acto intencional o auto-infringido
- En el caso de que se juzgue curable cualquiera de las condiciones cubiertas por medio de manipulación, sustitución, deleción genética, vacunación o cualquier otro tipo de tratamiento médico o similar, tal condición ya no será válida
- Ingesta de drogas diferente a las que están indicadas por un médico calificado, abuso de alcohol o ingesta de veneno
- VIH/SIDA
- Fusión nuclear, fisión nuclear, desperdicio nuclear o cualquier radiación radioactiva o ionizante
- Participación deliberada de la Vida Asegurada en cualquier acto ilegal o criminal
- Actos ilegales por el beneficiario de la póliza que den lugar a la Enfermedad Grave en la Vida Asegurada
- Lesiones o enfermedades que surgen de la práctica de deportes profesionales, carreras de cualquier tipo, buceo, vuelos aéreos (incluyendo salto bungee, uso de planeadores, globo aerostático, paracaidismo y clavados) distintos a los realizados como miembro de la tripulación o como pasajero comercial en una aeronave que opera en rutas con itinerarios establecidos en forma regular o cualquier actividad o deporte peligroso

a menos que lo contrario sea acordado por medio de un endoso especial.

- Reclamos o gastos en que se incurra con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de este Acuerdo
- Reclamos, cargos o gastos en exceso de los límites de Póliza;
- Reclamos o gastos que emanen directa o indirectamente de guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (haya o no declaración de guerra), guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, poder militar o usurpado, ley marcial o confiscación por orden de cualquier gobierno o autoridad pública. También se excluyen los reclamos o gastos causados por las circunstancias mencionadas o que ocurran a través o como consecuencia de ellas;
- Reclamos o gastos que tengan por causa directa o indirecta o a los que contribuyan o que surjan de operaciones en las que se empleen procesos de fisión o fusión nuclear o se manipulen materiales radiactivos.

Dichas operaciones incluirán, entre otros:

- El uso de reactores nucleares, incluyendo aceleradores de partículas atómicas y dispositivos similares; o
- El uso, manipuleo o transporte de material radiactivo; o

- El uso, manipuleo o transporte de cualquier arma de guerra o dispositivo explosivo que emplee fisión o fusión nuclear;
- La parte de cualquier reclamo o gasto que es pagado o reembolsado por un programa de seguro social o cualquier otro programa patrocinado por el gobierno
- Reclamo o gasto que sea el resultado de, o que esté relacionado con cobertura de Obligaciones Extracontractuales
- Reclamos o gastos que emanen de fondos de insolvencia o de cualquier otro sistema similar que disponga el pago de las obligaciones de cualquier asegurador insolvente. Esta exclusión aplica para las dos partes, y no regirá con respecto a reclamos o gastos amparados por este Acuerdo de Reaseguro
- Lesiones a consecuencia de violencia doméstica
- Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo
- Conducción de motocicletas o vehículos de motor similares, ya sea como piloto o acompañante
- Lesiones sufridas en servicio militar o naval
- Cualquier forma de navegación submarina
- Traumatismos sufridos en el desempeño de ocupaciones de alto riesgo tales como policías, mineros, etc.

Cláusula de Exclusión y Limitación por Sanciones: El Asegurador no estará obligado a otorgar cobertura y el Asegurador no será responsable de pagar cualquier reclamo o proporcionar cualquier beneficio bajo el presente contrato, en la medida que el otorgar tal cobertura, pagar tal reclamo o proporcionar tal beneficio exponga al Asegurador a alguna sanción, prohibición o restricción en virtud de las resoluciones o las sanciones comerciales o económicas de las Naciones Unidas, leyes o regulaciones de la Unión Europea, el Reino Unido o los Estados Unidos de América.

6° Designación y Cambio de Beneficiarios

El Asegurado podrá designar Beneficiario/s a la persona/s o persona/s, cuyos nombre/s figure/n con tal carácter en las Condiciones Particulares.

Designadas varias personas sin indicación de cuota parte se entiende que el beneficio se distribuirá en partes iguales. Cuando se designe a los hijos se entiende a los concebidos y los sobrevivientes al tiempo del evento. Cuando se designe a los herederos, se entenderá por tales a los que surjan del certificado de resultancias de autos y en las proporciones allí establecidas. En caso de dudas sobre la identidad de los herederos o sobre la proporción de las sumas a distribuir, la compañía aseguradora podrá solicitar que se determine judicialmente a quienes debe pagarse y en que proporciones debe hacerlo.

La compañía aseguradora no será responsable de cualquier demora en el pago del beneficio derivada de la determinación de la identidad de los beneficiarios. Si se hubiere otorgado testamento, se tendrá por designados a los herederos instituidos en el mismo. Si los herederos instituidos en el testamento fueran los herederos legales y no se hubiere fijado proporción alguna, el beneficio se distribuirá conforme a las cuotas hereditarias. Cuando el asegurado no designe beneficiario por cualquier causa la designación resulte ineficaz se entiende que designó a sus herederos.

Pierde todo derecho el Beneficiario que provoca deliberadamente alguno de los eventos cubiertos con un acto ilícito.

El Asegurado podrá cambiar en cualquier momento el Beneficiario, salvo que la designación sea a título oneroso o irrevocable. Para que el cambio de Beneficiario surta efecto frente a la compañía aseguradora, es indispensable que esta sea fehacientemente notificada dirigiendo a sus oficinas la comunicación escrita respectiva (telegrama colacionado o notificación con intervención notarial).

7º Obligaciones del Asegurado

El asegurado estará obligado a:

- a) Declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el Asegurador para identificar el valor asegurado y apreciar la extensión de los riesgos;
- b) Informar sobre la existencia de otros seguros que amparen el mismo objeto
- c) Pagar la prima en la forma y épocas pactadas;
- d) Emplear el cuidado de un buen padre de familia para prevenir siniestros;
- e) No agravar el riesgo y dar noticia al Asegurador sobre las circunstancias que lleguen a su conocimiento y que agraven sustancialmente el riesgo;
- f) En caso de siniestro, tomar todas las providencias necesarias para salvar el valor asegurado;
- g) Notificar al Asegurador la ocurrencia de cualquier hecho que pueda constituir o constituya un siniestro dentro de los 7 días desde que tuvo noticia
- h) Acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado y declarar fielmente y sin reticencia, sus circunstancias y consecuencias; y
- i) Las demás obligaciones contempladas en la póliza

8º Declaraciones del Asegurado

Corresponde al asegurado declarar lealmente todas las circunstancias que solicite el Asegurador para identificar el valor asegurado y apreciar la extensión de los riesgos en los formularios de contratación que disponga la Compañía para estos fines. La veracidad de las declaraciones hechas por el Asegurado, según sea el caso, en la propuesta o solicitud de incorporación al seguro, en sus documentos accesorios o complementarios, en el reconocimiento médico, cuando éste corresponda o por cualquier otro medio, constituyen elementos integrantes y esenciales de la cobertura y de este contrato de seguro.

Si el siniestro no se ha producido, y el Asegurado hubiere incurrido inexcusablemente errores manifiestos, reticencias o inexactitudes determinantes del riesgo Asegurado en la información solicitada por la Compañía, esta podrá rescindir el contrato. Si el siniestro se ha producido, el Asegurador quedará exonerado de su obligación de pagar la indemnización si proviene de un riesgo que hubiese dado lugar a la rescisión del contrato.

Si los errores, reticencias o inexactitudes sobre el Asegurado no fueron determinantes del riesgo Asegurado, el Asegurador podrá proponer una modificación a los términos del contrato para

ajustar la prima o las condiciones de la cobertura a las circunstancias no informadas. Si el Asegurado rechaza la propuesta del Asegurador o no le da contestación dentro del plazo de 10 días contado desde la fecha de envío de la misma, este último podrá rescindir el contrato. En este último caso, la rescisión se producirá a la expiración del plazo de 30 días contado desde la fecha de envío de la respectiva comunicación. Si el siniestro se ha producido, el Asegurador tendrá derecho a rebajar la indemnización en proporción a la diferencia de la prima pactada y la que se hubiese convenido en el caso de conocer el verdadero estado del riesgo.

9° Límite Indemnizatorio

La responsabilidad de la Compañía está limitada a los montos y número de eventos señalados en las Condiciones Particulares respectivas.

10° Vigencia de la Cobertura – Plazos

La responsabilidad que el Asegurador asume por el presente contrato tendrá la vigencia indicada en las Condiciones Particulares, y desde que el Asegurado manifieste su voluntad de incorporarse al seguro, mediante la suscripción de la solicitud de incorporación del seguro y haya sido aceptado por la Compañía.

El término de la vigencia será de (12) doce meses.

11° Renovación automática

Los derechos y obligaciones del Asegurador y del Asegurado empiezan y terminan en las fechas indicadas en las Especificaciones de la Póliza. Si el contrato anual no hubiera sido objeto de cancelación o anulación y de no mediar solicitud expresa en contrario del Asegurado efectuada con antelación a la fecha de vencimiento, el Asegurador lo renovará automáticamente por 12 meses más y así sucesivamente y siempre que la prima del seguro que se renueva esté paga a esa fecha. Las pólizas de vigencia inferior a un año no se renovarán automáticamente.

12° Siniestros e Indemnizaciones

En caso de siniestro amparado por la presente póliza, el Asegurado deberá comunicarlo por escrito al Asegurador en un plazo máximo de 7 días contados desde el momento en que tuvo conocimiento de la ocurrencia, y dar toda cuenta e información que posea y le sea solicitada por el asegurador sobre las causas y circunstancias del mismo, so pena de la pérdida del derecho de indemnización establecido en la presente póliza.

El Asegurador se reserva el derecho de solicitar a su costo que se realice un examen médico o autopsia al asegurado. Si el asegurado y/o beneficiario se negare/n a permitir el examen o autopsia o los retardase en forma tal que deja de ser útil al fin perseguido, perderá el derecho de

indemnización por este contrato.

El Asegurado, autoriza expresamente al Asegurador para verificar, acceder y solicitar ante cualquier médico o institución hospitalaria, la historia clínica y todos aquellos documentos que en ella se registren o lleguen a ser registrados. Esta autorización comprende igualmente la posibilidad de obtener copia de la historia clínica, aún después de la muerte de algún asegurado perteneciente al grupo objeto del seguro. El tomador y/o asegurado renuncia, por tanto, a todas las disposiciones de la ley y de la deontología médica que prohíbe revelar información médica adquirida, con motivo de diagnóstico o tratamiento.

El Asegurador contará con un plazo de 30 días corridos desde la recepción de la denuncia para aceptar o rechazar el siniestro. Este plazo se suspenderá en caso de que, por causas ajenas a su voluntad, el Asegurador no cuente con elementos suficientes para tal definición.

El Asegurador contará con un plazo de 60 días corridos desde la aceptación del siniestro para proceder al pago. Este plazo se suspenderá en el caso de que el Asegurado no hubiere cumplido con las obligaciones a su cargo ó por no contar el Asegurador, por razones ajenas a su voluntad, con los elementos suficientes para la liquidación.

La mora en el cumplimiento de estas obligaciones se producirá de pleno derecho por el solo vencimiento de los plazos acordados.

13° Obligación de Prueba del Siniestro

El Asegurado deberá acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado, y declarar fielmente y sin reticencia, sus circunstancias y consecuencias.

El siniestro se presume ocurrido por un evento que hace responsable al Asegurador.

Sin perjuicio de lo anterior, el Asegurador puede acreditar que el siniestro ha ocurrido por un hecho que no lo constituye en responsable de sus consecuencias, según el contrato o la ley.

14° Valuación por perito

Si no hubiere acuerdo entre las partes de la existencia, persistencia, carácter y grado del padecimiento, será determinados por dos médicos designados uno por cada parte, los que deberán elegir, dentro de los 8 (ocho) 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 días a partir de recibidos los resultados de análisis, y en caso de divergencia el tercero debería expedirse dentro de un plazo de 15 (quince) días. La junta médica podrá someter al asegurado a los exámenes médicos que considere necesarios. La declaración de incapacidad o invalidez del asegurado por 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.

Los honorarios y gastos de los médicos de las partes estarán a su respectivo cargo, y los del tercero serán pagados por la parte cuyas pretensiones se alejen más del dictamen definitivo, salvo en caso de equidistancia en que se pagarán por mitades entre las partes. Mientras dura este proceso se debe continuar abonando las cuotas de la prima.

15° Pago de Prima y Efectos del no pago

La prima será pagada en la forma, modalidades, lugar y plazo estipulados en las condiciones particulares.

La Compañía no será responsable por las omisiones o faltas de diligencia que produzcan atraso en el pago de la prima, aunque este se efectúe mediante algún cargo o descuento convenido.

La obligación de pagar la prima en la forma y épocas pactadas le corresponderá al Asegurado, según se especifique en las Condiciones Particulares de la póliza. Si el obligado al pago incurre en mora o simple retraso en el pago del todo o parte de la prima, reajustes o intereses, se declara terminado el contrato mediante comunicación fehaciente.

El término del contrato operará al vencimiento del plazo de 15 días corridos, contados desde la fecha del envío de la comunicación, a menos que antes de producirse el vencimiento de ese plazo sea pagada toda la parte de la prima, reajustes e intereses que estén atrasados,

incluidos los correspondientes para el caso de mora o simple retraso. Si el vencimiento del plazo de 15 días recién señalado, recayere en día inhábil, se entenderá prorrogado para el primer día hábil siguiente. Mientras la terminación no haya operado, la Compañía podrá desistirse de ella mediante una nueva carta en que así lo comunique el Asegurado y dirigida al domicilio antes aludido en esta cláusula.

La circunstancia de haber recibido pago de todo o parte de la prima atrasada, y de sus reajustes o intereses, o de haber desistido de la resolución, no significara que la Aseguradora renuncia a su derecho a poner nuevamente en práctica el mecanismo de la resolución pactada en esta cláusula, cada vez que se produzca un nuevo atraso en el pago de todo o parte de la prima.

16° Rehabilitación de la póliza

En caso de que a la póliza se le haya puesto término anticipado por falta de pago, el Asegurado podrá solicitar personalmente su rehabilitación, en un plazo máximo de un año desde la fecha de término. Para resolver sobre esta petición, la Aseguradora podrá exigir del Asegurado que acredite, a su satisfacción, que reúne las condiciones necesarias para ser readmitido como tal. La Compañía se reservará el derecho de aceptar la rehabilitación.

17° Terminación de la cobertura

La cobertura con respecto a cualquier Asegurado terminará inmediatamente al suceder el primero de estos hechos:

- a) Fallecimiento del Asegurado
- b) Después de que el Asegurado haya alcanzado la edad máxima de cobertura
- c) Cancelación de la tarjeta de la cual es debitada la prima del seguro
- d) Falta de pago de la prima mensual, lo que no absuelve al asegurado de la obligación de cancelar la deuda por el período transcurrido
- e) Pérdida de la condición de Asegurado, de conformidad con los términos previstos en la presente póliza
- f) Si el asegurado o cualquier otra persona que obre por cuenta de éste, obstaculiza el ejercicio de los derechos de la compañía, estipulados en la presente póliza

Ningún beneficio será reconocido bajo la presente póliza después de la finalización de la cobertura

18° Cancelación del contrato

El seguro con respecto a cualquier Asegurado terminará inmediatamente al suceder el primero de estos hechos:

- a) Fallecimiento del Asegurado
 - b) Después de que el Asegurado haya alcanzado la edad máxima de cobertura
 - c) Cancelación de la tarjeta de la cual es debitada la prima del seguro
 - d) Falta de pago de la prima mensual, lo que no absuelve al asegurado de la obligación de cancelar la deuda por el período transcurrido
 - e) Pérdida de la condición de Asegurado, de conformidad con los términos previstos en la presente póliza
 - f) Si el asegurado o cualquier otra persona que obre por cuenta de éste, obstaculiza el ejercicio de los derechos de la compañía, estipulados en la presente póliza.
- Ningún beneficio será reconocido bajo la presente póliza después de la finalización de la cobertura.

18° Cancelación del contrato

El seguro con respecto a cualquier Asegurado terminará inmediatamente al suceder el primero de estos hechos:

- a) por decisión fundada del asegurador derivada de la falta de pago de las primas de seguro, de la agravación del riesgo y cualquier otra inobservancia de cargas y obligaciones del asegurado que estuvieren previstas en las condiciones

particulares y generales de la póliza, mediante notificación a través de telegrama colacionado al asegurado con una antelación de al menos siete días a su último domicilio denunciado, en cuyo caso el asegurador le devolverá la parte proporcional de la prima por el período del seguro no vencido.

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

1 a 4	5 %
5 a 9	7%
10 a 14	10%
15 a 19	13%
20 a 29	16%
30 a 59	20%
60 a 89	30%
90 a 119	39%
120 a 149	47%
150 a 179	54%
180 a 209	61%
210 a 239	68%
240 a 269	75%
270 a 299	81%
300 a 329	88%
330 a 359	94%
360 a 365	100%

Los plazos anteriormente establecidos se computarán por días calendario corrido.

19° Legislación y Jurisdicción

Este seguro será regido e interpretado de acuerdo con las Leyes de Uruguay.

Cualquier dificultad que se suscite entre el Asegurado y el Asegurador, sea en relación con la validez o ineficacia del contrato del contrato de seguro, o con motivo de la interpretación o aplicación de sus condiciones generales y/o particulares, su cumplimiento o incumplimiento, o sobre la procedencia o el monto de una indemnización reclamada al amparo del mismo, será resuelta por los Tribunales de Uruguay competentes a estos efectos y bajo las disposiciones de las leyes Uruguayas.

20° Domicilio y Comunicaciones

Las partes fijan domicilio a todos los efectos de éste contrato en los indicados en las condiciones particulares. Reconocen el telegrama colacionado como medio de comunicación válido

21° Otras obligaciones, deberes y facultades del asegurado

El asegurado o Beneficiario, tienen las siguientes obligaciones:

- a) Comunicar al Asegurador de cualquier otro seguro de Enfermedades Graves o similares que refieran a la misma persona
- b) Comunicar al Asegurador, el estado físico, las actividades laborales o profesionales, las actividades deportivas o

recreativas, y todas aquellas circunstancias que según el cuestionario presentado por el Asegurador antes de la conclusión del Contrato, agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por este en el momento de la perfección del contrato no lo habría celebrado lo habría concluido en condiciones más gravosas. Si la agravación es imputable al Asegurado, y la misma proviene del cambio de la profesión o actividad y de haber existido ese cambio al tiempo de la celebración, el Asegurador hubiera concluido el contrato por una prima mayor, la suma asegurada se reducirá en proporción a la prima pagada. En el caso de que la nueva profesión o actividad del asegurado al tiempo de la celebración, el asegurador no hubiera concluido el contrato, el asegurador podrá rescindir el contrato, mediante notificación a través de Telegrama Colacionado al Asegurado con una antelación de al menos siete días, a su último domicilio denunciado en cuyo caso el Asegurador le devolverá parte proporcional de la prima por el período de seguro no vencido. Comunicar al Asegurador, el cambio de profesión del Asegurado que figura en el cuestionario. Si el cambio de profesión supone una agravación del riesgo será de aplicación lo establecido en el apartado b) anterior.

- c) En caso de siniestro comunicar al Asegurador dentro del plazo de 7 días hábiles desde que tuvo conocimiento del mismo y brindarle los detalles del mismo.
- d) Reducir las consecuencias del siniestro, empleando los medios a su alcance para conservar la salud del asegurado y su restablecimiento. El incumplimiento de ésta obligación con la manifiesta intención de perjudicar o engañar al Asegurador, liberará a este de toda prestación derivada del siniestro.

El plazo que dispondrá el asegurado para realizar las comunicaciones establecidas en los literales b) y c) será de 7 días corridos, contados desde el día de conocimiento de las circunstancias establecidas en los mencionados literales.

22° Subsanación de divergencias

El Asegurado podrá reclamar al Asegurador, dentro del plazo de un mes a contar desde la entrega de la Póliza, que se subsanen las divergencias existentes entre ésta y la Solicitud de Seguro o de las cláusulas acordadas.

Montevideo:

Edificio Art Carrasco
Av. Italia 7519
C.P. 11500
Tel.: (598) 2603 0000

Suc. Paysandú

Florida 1148
C.P. 60000
Tel./Fax: (598) 4722 0061

Suc. Colonia

Rivadavia 459
C.P. 70000
Tel.: (598) 4523 0258
Fax: (598) 4523 0239

Suc. Rivera

Sarandí 651
C.P. 40000
Tel.: (598) 4623 2819
Telefax: (598) 4623 2823

Suc. Punta del Este

Av. FD. Roosevelt s/n Local 002
Torre Amadeus - Parada 7 1/2
C.P. 20100
Tel.: (598) 4249 4822
Fax: ext.104

Suc. Salto

Avda. Blandengues 298
C.P. 50000
Tel.: (598) 4733 9512

Suc. Tacuarembó

18 de Julio 198 Local 2
C.P. 45000
Tel.: (598) 4633 3540
Fax: (598) 4632 6896

Suc. Canelones

Treinta y Tres 696
C.P. 90000
Tel.: (598) 4333 4491

segurossura.com.uy

   seguros SURA Uruguay



App disponible
Seguros Sura Uruguay