

**SEGURO COLECTIVO DE VIDA
EMPRESARIAL
CONDICIONES GENERALES Y
PARTICULARES**



ZURICH SANTANDER · SEGUROS URUGUAY

CONDICIONES GENERALES

Artículo 1°: DISPOSICIONES FUNDAMENTALES

Las partes contratantes se someten a las disposiciones del Código de Comercio uruguayo (artículos 634 y siguientes) (Contrato de Seguros) y a las de la presente póliza en cuanto sea aplicable.

Esta póliza ha sido extendida por la Compañía sobre la base de las declaraciones suscriptas por el Tomador en su solicitud. Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Tomador, aún hecha de buena fe, que a juicio de peritos hubiere impedido el contrato, o hubiere modificado las condiciones del mismo, si la Compañía hubiese sido cerciorada del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato.

Esta póliza adquiere fuerza legal desde las cero (0) horas del día fijado como comienzo de su vigencia y se mantendrá vigente ininterrumpidamente, salvo que el Organizador o la Compañía solicite su rescisión.

Artículo 2°: PARTES

ORGANIZADOR: Es la entidad a través de la cual el Tomador de la póliza suscribe la presente póliza.

TOMADOR: Es la empresa cliente del Organizador quien desea asegurar a sus empleados bajo la presente póliza. El Tomador recibirá un certificado de incorporación donde conste su ingreso a la póliza y un resumen de las condiciones pactadas.

PERSONAS ASEGURABLES: Se consideran asegurables a la fecha de emisión del certificado de incorporación todos aquellos empleados del Tomador registrados como tales ante los organismos estatales correspondientes. Los empleados que en el futuro entren al servicio del Tomador, serán asegurables a partir del día de su inscripción como tales ante los organismos estatales correspondientes.

Artículo 3°: RIESGOS CUBIERTOS – CLAUSULAS ADICIONALES

La presente póliza cubre el riesgo del fallecimiento del asegurado. Cuando el Tomador lo hubiera previsto, se incorporarán las coberturas adicionales indicadas en el certificado de incorporación.

Artículo 4°: CANTIDAD MINIMA DE ASEGURADOS

Es requisito primordial para que el certificado de incorporación pueda mantenerse en vigencia que la cantidad de Asegurados alcance el mínimo indicado en dicho Certificado. Si en un determinado momento no se alcanzara dicho mínimo, el certificado de incorporación se rescindirá de pleno derecho, y las primas que se hayan percibido con posterioridad se devolverán al Tomador y la Compañía no abonará, por dicho certificado, ningún siniestro que haya ocurrido con posterioridad a dicho momento.

Artículo 5°: FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DE LA COBERTURA

Los empleados inscriptos como tales por el Tomador, ante los organismos estatales correspondientes, al inicio de vigencia del certificado de incorporación, son asegurados a partir de dicha fecha. Los empleados inscriptos con posterioridad estarán cubiertos por la presente póliza a partir de su inscripción como tales. La cobertura respecto de cada empleado finaliza a la edad máxima de permanencia, establecida en el certificado de incorporación, o con la finalización del vínculo laboral –por cualquier motivo-, lo que ocurra primero.

Artículo 6°: CAPITAL ASEGURADO TOTAL

El certificado de incorporación prevé un capital asegurado total. Dicho capital corresponde a la totalidad de los empleados registrados como tales por el Tomador.

En caso de ocurrencia de un siniestro, se abonará a los beneficiarios, el importe que corresponda al cociente entre la suma asegurada indicada en el párrafo anterior y el número total de empleados registrados por el Tomador, ante los organismos estatales correspondientes, a la fecha de ocurrencia del siniestro. Es decir, el importe que deba abonarse en caso de fallecimiento del asegurado no está predeterminado, y resultará del procedimiento anteriormente detallado. En ningún caso, el importe a abonar podrá resultar superior al Capital Máximo indicado en el certificado de incorporación.

En cualquier momento, el Tomador podrá solicitar por escrito un aumento o disminución del capital asegurado total. La modificación se considerará aprobada si la Compañía no formula requisitos adicionales u objeciones, dentro del plazo de treinta (30) días de recibida. Un aumento o disminución del capital asegurado total no implicará automáticamente un aumento o disminución del capital a liquidar en caso de siniestro, ya que este último depende también del número de empleados registrados a la ocurrencia del siniestro. El cambio surtirá efecto a partir de la vigencia del período de la prima cuyo cálculo tome en consideración el nuevo capital asegurado total.

Artículo 7°: PRIMAS DEL SEGURO

La prima media inicial por mil de capital asegurado inserta en el certificado de incorporación regirá durante el primer año de vigencia del seguro. Dicha prima media podrá ser ajustada, luego del aniversario de emisión del certificado de incorporación. En tal caso, la Compañía comunicará por escrito al Tomador la nueva prima media resultante, con una anticipación no menor de treinta (30) días. La prima media se aplicará al capital asegurado total del certificado de incorporación para obtener la prima a pagar por parte del Tomador.

Artículo 8°: PAGO DE LAS PRIMAS

Las primas deberán ser pagadas por adelantado por el Tomador a través de los medios de pago debidamente autorizados por la Compañía para dicho fin, de acuerdo con lo establecido en el certificado de incorporación.

Artículo 9°: PLAZO DE GRACIA

La Compañía concede un plazo de gracia de sesenta -60- días para el pago, sin recargo de intereses. Durante ese plazo el certificado de incorporación continuará en vigor, y si dentro de él se produjera uno o más siniestros cubiertos por las presentes condiciones y/o por las Cláusulas Adicionales correspondientes, la prima adeudada será deducida de la indemnización a cargo de la Compañía.

Vencido el plazo de gracia y no abonada la prima se estará a lo dispuesto en el artículo 10.

Artículo 10°: FALTA DE PAGO DE LAS PRIMAS

Si por un certificado de incorporación, la prima no fuere pagada dentro del plazo de gracia, el mismo caducará automáticamente, sin necesidad de aviso ni interpelación previa pero el Tomador adeudará a la Compañía la prima correspondiente.

Artículo 11°: ENFERMEDADES PREEXISTENTES

Se establece que en caso de enfermedades preexistentes no se pagará la indemnización que corresponda, cuando el fallecimiento del Asegurado se produjera dentro de los primeros doce (12) meses de vigencia de su cobertura (a contar desde la fecha de inicio de vigencia del certificado de incorporación o desde su inscripción como empleado del Tomador, en caso que fuese posterior), como consecuencia de una

enfermedad que padeciera el Asegurado, diagnosticada o no con anterioridad a su incorporación al seguro, y que fuera causa directa o indirecta del fallecimiento del mismo.

Artículo 12°: RESCISION DE LA COBERTURA INDIVIDUAL

La cobertura de cada Asegurado, de la cobertura principal como de las coberturas adicionales, quedará rescindida o caducará en los siguientes casos:

- a) Al dejar de ser empleado del Tomador, por cualquier causa.
- b) Al rescindir o caducar el certificado de incorporación por las razones o causales establecidas en las presentes condiciones.
- c) A partir de las cero (0) horas en que el Asegurado cumpla la edad máxima de permanencia establecida en el certificado de incorporación.
- c) Al recibir el asegurado o los beneficiarios una indemnización prevista en una cláusula adicional que sea sustitutiva por el 100% de la indemnización establecida por la cobertura principal.
- g) Al producirse el fallecimiento del Asegurado.

Artículo 13°: BENEFICIARIOS

El pago del siniestro se hará a los beneficiarios designados por el asegurado, en formulario suministrado por la Compañía y deberá presentarse en sus oficinas. En caso de que el asegurado no haya designado beneficiario, el pago del siniestro se hará al cónyuge supérstite del mismo, por un 50% del importe que deba liquidarse, y a los hijos vivos del asegurado, del 50% restante. En caso de que no existan hijos, el pago se realizará en un 100% al cónyuge supérstite. En caso de que no exista cónyuge supérstite, el pago se realizará en un 100% a los hijos vivos del asegurado. El beneficio entre los hijos se distribuirá en partes iguales.

De no haber cónyuge supérstite ni hijos, el beneficio se abonará a los herederos legales, en proporción a su cuota hereditaria.

Artículo 14°: LIQUIDACION POR FALLECIMIENTO

Ocurrido el fallecimiento de un Asegurado durante la vigencia del certificado de incorporación, el Tomador y/o los beneficiarios harán a la brevedad la correspondiente comunicación a la Compañía en el formulario que ésta proporciona al efecto, el que deberá estar acompañado de copia certificada o legalizada de la partida de defunción, declaración del médico que hubiese asistido al Asegurado o certificado su muerte y declaración del beneficiario, ambas declaraciones extendidas en formularios que suministrará la Compañía. También se aportará documentación que acredite la edad del asegurado, así como testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiese instruido con motivo del hecho determinante del fallecimiento del Asegurado, salvo que razones procesales lo impidieran. Asimismo se proporcionará a la Compañía cualquier información que solicite para verificar el fallecimiento y se le permitirá realizar las indagaciones que sean necesarias a tal fin.

El Tomador deberá proveer a la Compañía la documentación que corresponda de modo de verificar la inscripción del fallecido, como su empleado, ante los organismos estatales correspondientes, así como la nómina de los empleados registrados al momento del fallecimiento, de modo que pueda procederse con la determinación del Capital de acuerdo con el artículo 6.

Aprobada toda la documentación y en caso de corresponder, la Compañía, previa comunicación al Tomador, pondrá a disposición de los beneficiarios, el importe liquidado. El pago de los beneficios emergentes de esta póliza, incluidas las coberturas adicionales, se realizará en el domicilio de la Compañía, dentro de los 15 (quince) días de recibidas y aprobadas las constancias mencionadas precedentemente o en las cláusulas correspondientes.

Artículo 15°: EJECUCION DEL CONTRATO

Las relaciones entre la Compañía y los Asegurados o beneficiarios de éstos se desenvolverán siempre por intermedio del Tomador, salvo en lo referente al pago de beneficios. En consecuencia, el Tomador efectuará el pago de primas a la Compañía. Lo convenido preferentemente 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.

Artículo 16°: RIESGOS NO CUBIERTOS - PERDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACION

La cobertura que otorga esta póliza contempla la muerte del asegurado, sin exclusiones, a menos que el fallecimiento ocurra:

- 1° Por consecuencia de enfermedades y/o lesiones graves preexistentes al momento de la incorporación del asegurado a esta póliza, en un todo de acuerdo con el artículo 11 de estas condiciones.
- 2° Por suicidio, salvo que ocurra luego de los primeros 24 meses de su ingreso a la póliza.
- 3° Por participación del asegurado en guerra internacional, sea que Uruguay tenga o no intervención en ella; en guerra civil, dentro o fuera de Uruguay; o en motín o conmoción contra el orden público dentro o fuera del país, siempre que el asegurado tenga participación activa en dicho motín o conmoción.
- 4° Por participación como conductor o integrante de equipos en competencia de pericia o velocidad, con vehículos mecánicos o de tracción a sangre.
- 5° Por todo riesgo derivado de reacciones o accidentes nucleares, químicos, epidemias o peste.
- 6° Por riesgos catastróficos, entendiéndose por tales, entre otros, terremotos, inundaciones, aluviones, maremotos, erupciones de volcanes.
- 7° Por intervención en pruebas de prototipos de aviones, automóviles u otros vehículos a propulsión mecánica.
- 8° Por realizar pruebas de buceo, acrobacia, jockey o doma de potros o fieras, montañismo, esquí acuático o de montaña, motonáutica u otras actividades análogas, manipuleo de explosivos y/o armas.
- 9° Por exposición a radiaciones atómicas.
- 10° Por consumo de alcohol, así como por abuso de drogas, estupefacientes, narcóticos o estimulantes. Se entiende consumo de alcohol, sin admitir prueba en contrario, toda concentración mayor a lo permitido por la Ley de tránsito, en caso de ocurrir el siniestro, conduciendo un vehículo.
- 11° Por acto ilícito provocado deliberadamente por el contratante o beneficiario.
- 12° Por participación en empresa criminal.
- 13° Por viajes acuáticos, subacuáticos o aéreos de cualquier naturaleza, excepto como pasajero de líneas regulares sujetas a itinerario fijo.
- 14° Actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por ninguna necesidad profesional, salvo en caso de tentativa de salvamento de vidas o bienes.
- 15° Por consecuencia de un acto de terrorismo.

Artículo 17°: RENOVACION AUTOMATICA Y RESCISION

El certificado de incorporación permanecerá vigente mientras se abonen las primas correspondientes al mismo. En cualquier momento, tanto el Tomador como la Compañía pueden optar por rescindir el certificado de incorporación y en ese caso, se deberá comunicarlo a la otra parte con una antelación no menor a treinta –30- días.

Artículo 18°: CESIONES

Los derechos emergentes del certificado de incorporación son intransferibles. Toda cesión o transferencia se considerará nula y sin efecto alguno.

Artículo 19°: MONEDA DEL CONTRATO

Se deja expresa constancia que es voluntad de las partes cumplir con las obligaciones emergentes de este contrato en la moneda del contrato que consta en el certificado de incorporación.

Artículo 20°: 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 Tomador, 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 21°: PRESCRIPCION

Las acciones fundadas en estas condiciones generales y en los certificados respectivos prescriben al año de ser exigibles las obligaciones correspondientes (art. 1021 del Código de Comercio).

Artículo 22°: DOMICILIO

Para todos los efectos legales del presente contrato de seguro, las partes señalan como domicilio especial la ciudad de Montevideo.

Artículo 23°: JURISDICCION

Las partes convienen en dirimir toda controversia judicial relativa a la presente póliza en los tribunales ordinarios competentes de la ciudad de Montevideo, Republica Oriental del Uruguay.

CLAUSULA ADICIONAL DE INDEMNIZACION POR MUERTE ACCIDENTAL

1 RIESGOS CUBIERTOS.

La Compañía concederá el beneficio que acuerda esta cláusula al Asegurado que fallezca a consecuencia de un accidente producido directa y exclusivamente por causas externas, violentas y fortuitas, ajenas a toda otra causa e independientes de su voluntad, siempre que éste ocurra durante la vigencia de su cobertura y antes de que haya cumplido la edad máxima establecida en el certificado de incorporación, y siempre que la muerte se produzca dentro de los ciento ochenta días de producido el accidente. Se excluyen expresamente los casos que sean consecuencia de enfermedades o infecciones de cualquier naturaleza, incluyendo en éstas muerte súbita, accidente cardiovascular y accidente cerebro vascular.

2 BENEFICIO.

La Compañía comprobado el fallecimiento a causa de un accidente abonará, por aplicación de la presente cláusula, idéntico capital al que corresponda liquidar por la cobertura principal (artículo 6 de las Condiciones Generales). Los beneficiarios de la presente cláusula son los indicados en el artículo 13 de las Condiciones Generales. El pago del beneficio se realizará conjuntamente con el beneficio de la cobertura principal.

3 CARACTER DEL BENEFICIO.

La indemnización por accidente es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la póliza y, en consecuencia, la Compañía no hará, por tal concepto, deducción alguna de la suma asegurada al pagarse cualquiera de ellos.

4 RIESGOS NO CUBIERTOS

Quedan excluidos de la cobertura de esta cláusula los accidentes que sean consecuencia de:

- 1° Por consecuencia de lesiones graves preexistentes al momento de la incorporación del asegurado a esta póliza.
- 2° Por suicidio.
- 3° Por participación del asegurado en guerra internacional, sea que Uruguay tenga o no intervención en ella; en guerra civil, dentro o fuera de Uruguay; o en motín o conmoción contra el orden público dentro o fuera del país, siempre que el asegurado tenga participación activa en dicho motín o conmoción.
- 4° Por participación como conductor o integrante de equipos en competencia de pericia o velocidad, con vehículos mecánicos o de tracción a sangre.
- 5° Por todo riesgo derivado de reacciones o accidentes nucleares, químicos, biológicos, epidemias o peste.
- 6° Por riesgos catastróficos, entendiéndose por tales terremotos, inundaciones, aluviones, maremotos, erupciones de volcanes.
- 7° Por intervención en pruebas de prototipos de aviones, automóviles y otros vehículos a propulsión mecánica.
- 8° Por realizar pruebas de buceo, acrobacia, jockey o doma de potros o fieras, montañismo, paracaidismo, esquí acuático o de montaña, motonáutica u otras actividades análogas, manipuleo de explosivos y/o armas.
- 9° Por exposición a radiaciones atómicas.
- 10° Por consumo de alcohol, así como por abuso de drogas, estupefacientes, narcóticos o estimulantes. Se entiende consumo de alcohol, toda concentración mayor a lo permitido por la Ley de tránsito, en caso de ocurrir el siniestro, conduciendo un vehículo.

- 11° Por acto ilícito provocado deliberadamente por el contratante o beneficiario.
- 12° Por participación en empresa criminal.
- 13° Por viajes acuáticos, subacuáticos o aéreos de cualquier naturaleza, excepto como pasajero de líneas regulares sujetas a itinerario fijo.
- 14° Actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por ninguna necesidad profesional, salvo en caso de tentativa de salvamento de vidas o bienes.
- 15° Por consecuencia de un acto de terrorismo.

5 COMPROBACIONES DEL ACCIDENTE.

Corresponde al beneficiario instituido y/o al tomador:

- a) Denunciar el accidente dentro de los siete (7) días de la fecha en que haya ocurrido, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia, so pena de perder todo derecho a indemnización;
- b) Suministrar pruebas sobre la fecha y la causa del accidente, como acerca de la manera y del lugar en que se produjo;
- c) Facilitar cualquier comprobación o aclaración;

La Compañía, se reserva el derecho de gestionar la exhumación del cadáver y practicar la autopsia en presencia de uno de sus facultativos, con gastos a cargo de la misma. El beneficiario prestará su conformidad y su concurso para la obtención de las correspondientes autorizaciones para realizarla.

6 VALUACION POR PERITOS.

Si en la apreciación del evento o sus consecuencias surgieran divergencias entre las partes, las mismas serán definidas por dos (2) médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los ocho (8) días de su designación, a un tercer facultativo para el caso de divergencia entre los peritos designados.

Los médicos designados por las partes deberán presentar su informe dentro de los quince (15) días y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de ocho (8) días.

Si una de las partes omitiera designar médico dentro del octavo 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 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 médico serán pagados por la parte cuyas pretensiones se alejen más del dictamen definitivo. En caso de equidistancia los honorarios y gastos del tercer médico serán pagados en partes iguales por cada una de las partes.

CLAUSULA ADICIONAL DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE - LIQUIDACION DEL CAPITAL ASEGURADO

1 RIESGOS CUBIERTOS.

La Compañía concederá el beneficio que acuerda esta cláusula al Asegurado cuyo estado de invalidez total y permanente, como consecuencia de enfermedad o accidente, no le permita desempeñar por cuenta propia o en relación de dependencia cualquier actividad remunerativa, siempre que tal estado haya continuado ininterrumpidamente por ciento ochenta (180) días como mínimo y se hubiera iniciado durante la vigencia de su cobertura y antes de cumplir la edad máxima estipulada en el certificado de incorporación. Se excluyen expresamente los casos que afecten al Asegurado en forma parcial o temporal.

En las denuncias de invalidez, la Compañía procederá a su reconocimiento de acuerdo con las constancias médicas y demás elementos mencionados en el punto 5º, siempre que sean razonablemente demostrativos del estado de invalidez total y permanente.

Sin perjuicio de otras causas, la Compañía reconocerá como casos de invalidez total y permanente los siguientes:

- a) La pérdida de la vista de ambos ojos de manera total e irrecuperable por tratamiento médico y/o quirúrgico;
- b) La amputación o inhabilitación completa de ambas manos o de ambos pies, o de una mano y de un pie o de una mano y la pérdida de la vista de un ojo, o la pérdida de la vista de un ojo y la amputación o inhabilitación completa de un pie;
- c) El estado absoluto e incurable de alienación mental que no permita al asegurado realizar trabajo u ocupación alguna por el resto de su vida;
- d) La parálisis por fractura incurable de la columna vertebral.

2 BENEFICIO.

La Compañía, comprobada la invalidez total y permanente, abonará al Asegurado una indemnización igual al capital asegurado por la cobertura principal.

3 CARACTER DEL BENEFICIO.

El beneficio acordado por invalidez es "sustitutivo" del capital asegurado que debiera liquidarse en caso de muerte del Asegurado, de modo que, con el pago del beneficio que otorga la presente cláusula, la Compañía queda liberada de cualquier otra obligación posterior con respecto a dicho Asegurado y sus beneficiarios, finalizando los derechos y obligaciones entre las partes, salvo las obligaciones pendientes a la fecha del siniestro.

4 RIESGOS NO CUBIERTOS

Quedan excluidos de la cobertura de esta cláusula la invalidez total y permanente que sea consecuencias de:

1º Por enfermedades y/o lesiones graves preexistentes al momento de la incorporación del asegurado a esta póliza. Tal enfermedad y/o lesión será tenida en cuenta a los fines de esta exclusión de cobertura cuando fuere causante, directa o indirecta, de un eventual siniestro, desencadene el mismo o tuviera conexión directa o indirecta con el eventual siniestro, siempre que ocurra dentro de los primeros 12 meses del ingreso del asegurado al seguro.

2º Por tentativa de suicidio, salvo que ocurra luego de los primeros 24 meses de su ingreso a la póliza.

- 3° Por participación del asegurado en guerra internacional, sea que Uruguay tenga o no intervención en ella; en guerra civil, dentro o fuera de Uruguay; o en motín o conmoción contra el orden público dentro o fuera del país, siempre que el asegurado tenga participación activa en dicho motín o conmoción.
- 4° Por participación como conductor o integrante de equipos en competencia de pericia o velocidad, con vehículos mecánicos o de tracción a sangre.
- 5° Por todo riesgo derivado de reacciones o accidentes nucleares, químicos, epidemias o peste.
- 6° Por riesgos catastróficos, entendiéndose por tales, entre otros, terremotos, inundaciones, aluviones, maremotos, erupciones de volcanes.
- 7° Por intervención en pruebas de prototipos de aviones, automóviles u otros vehículos a propulsión mecánica.
- 8° Por realizar pruebas de buceo, acrobacia, jockey o doma de potros o fieras, montañismo, esquí acuático o de montaña, motonáutica u otras actividades análogas, manipuleo de explosivos y/o armas.
- 9° Por exposición a radiaciones atómicas.
- 10° Por consumo de alcohol, así como por abuso de drogas, estupefacientes, narcóticos o estimulantes. Se entiende consumo de alcohol, toda concentración mayor a lo permitido por la Ley de tránsito, en caso de ocurrir el siniestro, conduciendo un vehículo.
- 11° Por acto ilícito provocado deliberadamente por el contratante o beneficiario.
- 12° Por participación en empresa criminal.
- 13° Por viajes acuáticos, subacuáticos o aéreos de cualquier naturaleza, excepto como pasajero de líneas regulares sujetas a itinerario fijo.
- 14° Actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por ninguna necesidad profesional, salvo en caso de tentativa de salvamento de vidas o bienes.
- 15° Por consecuencia de un acto de terrorismo.

5 COMPROBACION DE LA INVALIDEZ.

Corresponde al Tomador, Asegurado o a su representante:

- a) Comunicar a la compañía el accidente o la enfermedad y la existencia de la invalidez dentro de los siete (7) días de conocerla bajo pena de perder el derecho a ser indemnizado, salvo que acredite caso fortuito o fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia;
- b) Presentar a la Compañía las constancias médicas y/o testimoniales de su comienzo y causas que acrediten el grado de invalidez, como así también las constancias y pruebas que le diera origen;
- c) Facilitar cualquier comprobación y aclaración que la compañía le requiera, incluso hasta dos exámenes médicos por facultativos designados por la Compañía y con gastos a cargo de ésta.

6 PLAZO DE PRUEBA.

La Compañía dentro de los quince (15) días de recibida la denuncia y/o las constancias y/o pruebas a que se refiere el punto anterior contados desde la fecha que sea posterior, deber hacer saber al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento de los beneficios. Si las comprobaciones a que se refiere el punto 5° no resultaren concluyentes en cuanto al carácter total y permanente de la invalidez, la Compañía podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor de tres (3) meses, a fin de confirmar el diagnóstico.

El silencio de la Compañía dentro de los plazos establecidos significará el reconocimiento del beneficio reclamado.

7 VALUACION POR PERITOS.

Si en la apreciación del evento o sus consecuencias surgieran divergencias entre las partes, las mismas serán definidas por dos (2) médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los

ocho (8) días de su designación, a un tercer facultativo para el caso de divergencia entre los peritos designados.

Los médicos designados por las partes deberán presentar su informe dentro de los quince (15) días y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de ocho (8) días.

Si una de las partes omitiera designar médico dentro del octavo 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 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 médico serán pagados por la parte cuyas pretensiones se alejen más del dictamen definitivo. En caso de equidistancia los honorarios y gastos del tercer médico serán pagados en partes iguales por cada una de las partes.

CLAUSULA ADICIONAL DE INDEMNIZACION ANTICIPADA POR ENFERMEDADES TERMINALES

1 RIESGO CUBIERTO

El Asegurado podrá solicitar a la Compañía el pago anticipado del 50% del capital asegurado para la cobertura principal de fallecimiento, cuando le sea diagnosticada, de acuerdo con los conocimientos médicos y científicos del momento del examen, una enfermedad incurable, de progresión rápida y en su fase terminal, con una esperanza de vida inferior a seis (6) meses, siempre que la misma "LE HUBIESE SIDO DIAGNOSTICADA POR PRIMERA VEZ" luego de haber transcurrido dos (2) meses desde el inicio de la cobertura y antes de cumplir la edad máxima estipulada en el certificado de incorporación y siempre que no haya recibido tratamiento por dicha enfermedad con anterioridad a su ingreso al presente seguro o durante los dos (2) meses siguientes.

2 CARACTER DEL BENEFICIO

El beneficio acordado en esta cláusula representa un anticipo del capital asegurado que debiera liquidarse en caso de muerte o invalidez del Asegurado, de modo que, con el pago de este anticipo del capital asegurado, ante el pedido del Asegurado por enfermedad terminal, la Compañía en caso de fallecimiento o invalidez queda obligada a abonar solo el importe restante que corresponda de acuerdo con las condiciones generales o la cláusula adicional de invalidez total y permanente, de haberse contratado.

Este beneficio solo se pagará una única vez.

3 RIESGOS NO CUBIERTOS

La Compañía no abonará el beneficio previsto en esta cláusula cuando la enfermedad terminal sea consecuencia de algunas de las causales de exclusión enumeradas en el artículo 16° de las Condiciones Generales de la Póliza.

4 COMPROBACION DE LA ENFERMEDAD TERMINAL

Corresponde al Asegurado o su representante:

- a) Denunciar la existencia de la enfermedad terminal;
- b) Presentar y proveer pruebas satisfactorias a la Compañía de su enfermedad terminal. Estas pruebas deberán incluir las constancias médicas necesarias realizadas por el profesional médico tratante o que asista al Asegurado y en el cual se expedirá sobre el comienzo, causas, estado, estadio y todo lo relacionado con la enfermedad terminal. 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 que se halle habilitado legalmente para funcionar por el Organismo de Control Sanitario correspondiente y autorizado por éste, a dar asistencia y tratamiento clínico al tipo de enfermedad padecida por el Asegurado;
- c) El profesional médico deberá certificar que, de acuerdo con los conocimientos médicos y científicos del momento del examen, el Asegurado padece una enfermedad incurable, de progresión rápida y en su fase terminal, y que su expectativa de vida es de seis (6) meses o menos desde el día de la presentación de la solicitud del beneficio;
- d) Facilitar a la Compañía cualquier comprobación, incluso hasta dos (2) exámenes médicos por facultativos designados por la Compañía y con gastos de cargo de ésta. La Compañía, en todo momento, se reserva el derecho de solicitar una opinión independiente de un médico experto que confirme el diagnóstico. La negativa del Asegurado a someterse a este examen dará lugar a la pérdida del derecho al beneficio concedido por esta cláusula.

5 PLAZO DE PRUEBA

La Compañía dentro de los quince (15) días de recibida la denuncia y/o las constancias y/o pruebas 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 punto 5 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.

El silencio de la Compañía dentro de los plazos establecidos significará el reconocimiento del beneficio reclamado. Reconocido el derecho a la prestación el Asegurador procederá a su liquidación y puesta a disposición del pago en el plazo de quince (15) días.

Si el Asegurado fallece, antes de percibir el beneficio que concede esta cláusula, el pago se hará efectivo a los beneficiarios, finalizando los derechos y obligaciones entre las partes.

6 VALUACION POR PERITOS

Si en la apreciación del evento o sus consecuencias surgieran divergencias entre las partes, las mismas serán definidas por dos (2) médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los ocho (8) días de su designación, a un tercer facultativo para el caso de divergencia entre los peritos designados.

Los médicos designados por las partes deberán presentar su informe dentro de los quince (15) días y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de ocho (8) días.

Si una de las partes omitiera designar médico dentro del octavo 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 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 médico serán pagados por la parte cuyas pretensiones se alejen más del dictamen definitivo. En caso de equidistancia los honorarios y gastos del tercer médico serán pagados en partes iguales por cada una de las partes.

CONDICIONES GENERALES, ESPECIALES Y PARTICULARES

CONDICIONES PARTICULARES

1. **ORGANIZADOR** - Banco Santander S.A.
2. **ASEGURADOR** - Zurich Santander Seguros Uruguay S.A.
3. **TOMADOR** – Empresa cliente del Organizador
4. **PLAN DE SEGURO** – Plan de Seguro de Vida Empresarial para empleados en nómina
5. **ASEGURADOS** - Se consideran asegurados las personas físicas empleadas del organizador registradas como tales ante los organismos estatales correspondientes.
6. **CAPITAL ASEGURADO** – Capital inicial contratado por el tomador de acuerdo al número de empleados y el plan seleccionado.
Plan A: Empresas de hasta 50 empleados inclusive, capital mínimo individual U\$S 3.000, capital máximo individual U\$S 10.000.
Plan B: Empresas con número de empleados mayor a 50, capital mínimo individual U\$S 5.000, capital máximo individual U\$S 15.000.

No obstante, el capital asegurado individual resulta del menor valor entre el capital individual contratado inicialmente y el resultado de dividir el capital colectivo contratado por el tomador entre el número de empleados en nómina.
7. **PRIMA DE SEGURO** - La prima mensual del seguro corresponde a aplicar la tasa del 0,0583 % al capital colectivo contratado por el tomador.
8. **CLAUSULAS ADICIONALES INCORPORADAS:** Adicional Muerte Accidental, Invalidez Total y Permanente y adelanto por Enfermedad Terminal.
9. **CANTIDAD MINIMA Y MAXIMA DE EMPLEADOS:**
Plan A: mínima 3 empleados, máxima 50 empleados.
Plan B: mínima 5 empleados.
10. **EDAD MAXIMA DE PERMANENCIA:** 65 años.
11. **VIGENCIA** - Desde el 01 de enero de 2016. Las partes acuerdan que la presente póliza tendrá un plazo de cobertura anual, siendo su renovación automática al cabo de este período.
La presente póliza permanecerá vigente mientras sea pagada la prima estipulada y sólo durante el período que ella cubra. Sin embargo, cualquiera de las partes contratantes de la presente póliza podrá poner término anticipado a esta en cualquier momento, previo aviso a la otra parte, notificándola por escrito, mediante carta certificada, de su decisión con una anticipación, no menor a 60 días.