

<p style="text-align: center;">CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO DE VIDA DOTAL MIXTO “AHORRO SEGURO”</p>

MAPFRE Uruguay Seguros S.A. se compromete a pagar al Asegurado la Suma Asegurada si éste llega con vida a la Fecha de Vencimiento de Vigencia que se establece en las Condiciones Particulares, o pagar la Suma Asegurada al Beneficiario en caso de que el Asegurado fallezca antes de la Fecha de Vencimiento de Vigencia, cumplidos los términos previstos en las presentes Condiciones Generales.

La vigencia de esta Póliza comenzará en la Fecha de Inicio de Vigencia indicada en las Condiciones Particulares y finalizará en la Fecha de Vencimiento de Vigencia también indicada en las Condiciones Particulares.

Cláusula 1. Definiciones

A todos los efectos de la presente Póliza, se entenderá con carácter general por:

Asegurado: es la persona física expuesta a los riesgos cubiertos por el Asegurador.

Asegurador: MAPFRE Uruguay Seguros S.A. También llamada Compañía.

Beneficiario: es la persona o personas que se identifican como tales en las Condiciones Particulares (o en posteriores Endosos) y que tienen derecho al cobro de la Suma Asegurada si ocurre el fallecimiento del Asegurado antes de la Fecha de Vencimiento de Vigencia. En caso de que el Asegurado llegue con vida a la Fecha de Vencimiento de Vigencia, la Suma Asegurada se pagará al Asegurado, coincidiendo el Beneficiario con el Asegurado.

Condiciones Particulares: es la información contenida en el frente de la póliza y sus anexos. Junto con las presentes Condiciones Generales y los Endosos (en caso de que correspondan), constituyen el contrato entre el Asegurador y el Tomador.

Endoso: es el documento emitido por el Asegurador, a solicitud del Asegurado y/o Tomador y en acuerdo con éste (sea el Asegurado y/o el Tomador, de corresponder), que establece modificaciones en la Póliza.

Póliza: es el documento que contiene las Condiciones Generales (incluidas las correspondientes a las Coberturas Adicionales), las Condiciones Particulares y los eventuales Endosos de este contrato.

Premio: es el importe final a pagar por el Tomador que incluye la Prima, más los impuestos, tasas y demás recargos.

Prima: es el importe a pagar por el Tomador en concepto de contraprestación por la cobertura de riesgo contratada.

Tomador: es la persona que se indica en las Condiciones Particulares, que contrata el seguro al Asegurador y se obliga al pago del Premio. El Tomador puede ser el mismo Asegurado o una

tercera persona que contrata el seguro en beneficio del Asegurado. Si el Tomador y el Asegurado son personas distintas, las obligaciones y las cargas que derivan del contrato corresponden al Tomador, salvo aquellas que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado.

Siniestro: es el evento cubierto por el seguro cuya ocurrencia da lugar a la obligación del Asegurador de pagar la Suma Asegurada al Asegurado (que el Asegurado llegue con vida a la Fecha de Vencimiento de Vigencia) o al Beneficiario (que el Asegurado fallezca antes de la Fecha de Vencimiento de Vigencia), según el caso.

Suma Asegurada: es la cantidad establecida en las Condiciones Particulares que el Asegurador se obliga a pagar en caso de que se verifique el Siniestro durante la vigencia de la Póliza y en los términos previstos en la misma, según corresponda a cada cobertura.

Cláusula 2. Riesgos cubiertos

Las siguientes son las coberturas principales de la Póliza:

- **Fallecimiento:** En caso de fallecimiento del Asegurado antes de la Fecha de Vencimiento de Vigencia, producido en los términos previstos en la Póliza, el Asegurador pagará al Beneficiario la Suma Asegurada. La Suma Asegurada por Fallecimiento será abonada al Beneficiario, al contado o en forma de renta, según se defina al momento del pago.
- **Sobrevivencia:** En caso de que el Asegurado sobreviva a la Fecha de Vencimiento de Vigencia, el Asegurador pagará al Asegurado la Suma Asegurada. La Suma Asegurada por Sobrevivencia será abonada al Asegurado, al contado o en forma de renta, según se defina al momento del pago.

Cláusula 3. Límites de edad

Esta Póliza solamente cubrirá a los Asegurados a partir de los 18 años y hasta la Edad Máxima de Cobertura que se indica en las Condiciones Particulares.

Cláusula 4. Pago del Premio

El Premio deberá ser abonado al Asegurador en la forma prevista en las Condiciones Particulares. El Tomador podrá optar por el pago de la Premio de forma única o de forma periódica.

El seguro quedará en pleno vigor desde la fecha de Inicio de Vigencia estipulada en las Condiciones Particulares.

Pago del Premio único: el Premio único será la cantidad de dinero que el Tomador paga de una sola vez para cubrir el costo total de la Póliza durante todo su período de vigencia.

Pago de Premios periódicos: el Premio periódico será la cantidad de dinero que el Tomador pagará en cuotas regulares, con la periodicidad establecida en las Condiciones Particulares, para cubrir el costo de la Póliza. Dado que el seguro se emite sobre la base de Premios anuales, la Compañía podrá aceptar el fraccionamiento de ellos (semestral, trimestral o mensual), de acuerdo con las tarifas vigentes en la fecha de emisión de esta póliza. **En caso de que se efectuara el pago de la indemnización prevista, a raíz de los riesgos cubiertos, se**

deducirán de la Suma Asegurada que debiera pagarse, todas las cuotas impagas correspondientes al año de vigencia en que el siniestro hubiere ocurrido. Si el Tomador lo pidiera por escrito, la Compañía podrá aceptar el cambio de forma de pago, el cual será aplicable a partir del aniversario inmediato siguiente. **El pago de cualquier cuota solo mantendrá la póliza en vigor hasta el vencimiento de la cuota siguiente.**

Plazo de Gracia: El Tomador deberá realizar el pago correspondiente del Premio en la fecha de vencimiento y en la forma establecida en las Condiciones Particulares. Si el Tomador omitiese realizar el pago del Premio en la fecha indicada para su vencimiento, tendrá un plazo de veinte (20) días corridos contado desde la fecha del vencimiento del Premio no pagado, para regularizar su situación deudora (en adelante, "Plazo de Gracia"). Durante el Plazo de Gracia la cobertura se mantendrá en vigor. **En caso de que se verifique el fallecimiento del Asegurado durante el Período de Gracia, el Premio adeudado será descontado de la Suma Asegurada. El Plazo de Gracia solo aplica para la modalidad de pago de Premio periódico con excepción del pago de la primera cuota.**

Por el contrario, si el Tomador no paga la primera cuota del Premio periódico o el Premio único en la fecha de vencimiento convenido, no aplicará Plazo de Gracia y la cobertura quedará suspendida hasta el momento en que pague la suma adeudada por ese concepto, contando con un plazo de treinta (30) días corridos para que quede efectivizado el mismo.

Si el Tomador no hubiese regularizado su situación abonando el Premio adeudado durante los plazos indicados anteriormente, vencido el mismo este contrato de seguros se terminará de pleno derecho, sin necesidad de notificación o requerimiento alguno, liberándose el Asegurador de toda obligación y responsabilidad derivada de la presente Póliza, o será convertida a un Seguro Saldado en el caso que corresponda según lo establecido en la Cláusula 9.

Cláusula 5. Beneficio de Rehabilitación

Si esta póliza hubiere terminado por falta de pago, o hubiere sido convertida a un Seguro Saldado por la falta de pago del Premio en la fecha de vencimiento, el Tomador podrá solicitar su rehabilitación dentro de **los 180 días contados desde el vencimiento del Plazo de Gracia previsto en la cláusula anterior.**

Los siguientes son requisitos que debe cumplir acumulativamente el Tomador para que la Póliza pueda ser rehabilitada:

- **Regularizar la situación deudora que mantiene con el Asegurador pagando el Premio impago más intereses calculados aplicando la tasa de interés fijada por el Asegurador.**
- **Proporcionar evidencias de asegurabilidad del Asegurado a entera satisfacción del Asegurador, siendo de cargo del Tomador los gastos que pudiera originar esta comprobación.**

Cumplidos estos requisitos la Póliza quedará rehabilitada a partir de la fecha en que el Asegurador haya aprobado la solicitud de rehabilitación.

La mera entrega al Asegurador del importe correspondiente al Premio adeudado más los intereses, no producirá el efecto de rehabilitar la Póliza. La rehabilitación de la Póliza solamente se producirá una vez que el Asegurador acepte en forma expresa la solicitud de rehabilitación y en el plazo indicado en el párrafo anterior.

Las Pólizas canceladas por pago del valor de Rescate previsto en el Cláusula 9 no gozan del beneficio de rehabilitación.

Cláusula 6. Designación del Beneficiario

Para la cobertura de supervivencia el Asegurado será el Beneficiario de la Suma Asegurada de dicha cobertura.

Para la cobertura de fallecimiento, el Tomador podrá instituir como Beneficiario a cualquier persona. La designación de Beneficiario se hará por un medio fehaciente y escrito de acuerdo con las indicaciones del Asegurador. Designados varios Beneficiarios sin indicación de cuota parte, se beneficiarán por partes iguales.

Cuando se designen como Beneficiarios a los hijos, genéricamente, se entiende a los concebidos y a los sobrevivientes al tiempo de ocurrir el Siniestro. Cuando se designen o resulten designados 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 legales y a los testamentarios en los porcentajes en que hereden. **El Asegurador podrá solicitar todos los recaudos necesarios a efectos de corroborar la condición de heredero legal o instituido.**

En caso de que se haya acordado que el pago de la Suma Asegurada se realice en forma de renta y el Asegurado comience a percibir dichos pagos y fallezca antes de finalizar el cobro de la totalidad de la Suma Asegurada, el Asegurador continuará pagando dicha prestación a los Beneficiarios.

Cuando no exista designación de Beneficiario o por cualquier causa la designación resulte ineficaz o quede sin efecto, se entiende que se designó como Beneficiarios a los herederos del Asegurado. En caso de fallecimiento del Beneficiario posterior al fallecimiento del Asegurado y previo al cobro de la indemnización, se abonará dicha cuota parte del Beneficiario a los herederos legales de este último.

Cláusula 7. Cambio de Beneficiario

Salvo que la designación de Beneficiario haya sido realizada a título oneroso, el Tomador podrá revocar o cambiar libremente en cualquier momento la designación de Beneficiario comunicando tal circunstancia al Asegurador en forma fehaciente y escrito de acuerdo con las indicaciones del Asegurador. La revocación o modificación se tendrá por efectuada una vez recibida por el Asegurador.

El Asegurador queda liberado, si actuando diligentemente hubiere efectuado pagos a los Beneficiarios designados con anterioridad a la recepción de la notificación fehaciente y escrita que modificare esa designación.

Pierde todo derecho el Beneficiario que provoca deliberadamente la muerte del Asegurado con un acto ilícito. Si existiera más de un Beneficiario, la cuota parte de la prestación de

quien cometió el acto no será prestada. Los demás Beneficiarios recibirán su cuota parte correspondiente.

Cláusula 8. Exclusiones de cobertura

Esta Póliza no cubre el riesgo de fallecimiento del Asegurado que fuere causado por:

- a) Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas (con o sin declaración de guerra), guerra civil, asonada, rebelión, sedición, motín, insurrección, revolución, poder militar usurpado o actividades ejecutadas por cualquier organismo en relación con éstas, cuyo objeto sea el derrocamiento del gobierno o presión sobre el mismo mediante terrorismo u otros medios violentos, confiscación, comiso, requisa, nacionalización, destrucción o daños a los bienes por orden de cualquier gobierno de “Jure” o de “Facto” o de cualquier autoridad nacional, estatal o municipal.**
- b) Suicidio, salvo que este contrato haya estado en vigor ininterrumpidamente al menos por tres años antes del hecho.**
- c) Participación activa del Asegurado en actos delictivos o empresa criminal.**
- d) Homicidio del Asegurado realizado por su Beneficiario (excepto que sea culposos).**

Cláusula 9. Valores garantizados

Todos los valores a los que se refieren las letras A, B y C (Rescate, Anticipos y Seguros Saldados) de la presente Cláusula se calcularán de acuerdo con la Tabla de Valores Garantizados que forma parte de las Condiciones Particulares. Este seguro prevé una Tasa de Interés Garantizada Anual estipulada en las Condiciones Particulares.

Transcurridos dos años desde la celebración del contrato y hallándose el Tomador al día en el pago del Premio, el Tomador tendrá los siguientes derechos:

A) RESCATE:

Siempre que el Tomador lo pidiere por medio fehaciente y escrito de acuerdo con las indicaciones del Asegurador, estando la póliza en pleno vigor o en estado Seguro Saldado (según se describe en la letra C), podrá solicitar la terminación de la Póliza con el pago de una suma en concepto de Rescate (en adelante, “Rescate”), calculada según la Tabla de Valores Garantizados de la Póliza, previa deducción de la cuota parte del Premio anual no pagado de la vigencia en curso, de el/los impuestos que correspondan y de cualquier otro importe adeudado por el Tomador (por ejemplo, por concepto de Anticipos según se describe en la letra B más intereses otorgados, que pudiere afectar el crédito de la misma). El Asegurador abonará el importe del Rescate dentro de un plazo de 90 días contados a partir de la fecha de recepción de la solicitud del Rescate.

B) ANTICIPO:

Siempre que el Tomador lo pidiere por el medio fehaciente y escrito de acuerdo con las indicaciones del Asegurador, estando la Póliza en pleno vigor, podrá recibir en carácter de anticipo, hasta el 90% del valor de Rescate que corresponda según la Tabla de Valores

Garantizados (en adelante, "Anticipo"). El Asegurador abonará el importe del Anticipo dentro de un plazo de 90 días contados a partir de la fecha en que haya recibido la solicitud correspondiente.

El importe del Anticipo se regulará de acuerdo con la Tabla de Valores Garantizados, y con el número de años completos, vencidos y pagados. Se deducirán del importe del Anticipo los intereses de este hasta la fecha de vencimiento del Premio periódico venidero, así como también cualquier otra obligación que afectare el crédito de la Póliza.

El importe recibido en carácter de Anticipo generará un interés anual cuya responsabilidad de pago quedará a cargo del Tomador. En caso de forma de pago de Premio único, los intereses generados serán cobrados al Tomador durante el período que corresponda hasta la cancelación del Anticipo. En caso de forma de pago de Premio periódico, los intereses serán cobrados juntamente con el Premio.

La tasa de interés efectiva anual será fijada por el Asegurador, informándose al Tomador al momento de la solicitud del Anticipo y una vez estipulada para el mismo permanecerá invariable desde su otorgamiento, hasta su cancelación por parte del Tomador al Asegurador. La tasa de interés será revisada anualmente y en caso de modificación, esta aplicará para nuevos Anticipos (ampliaciones de estos) solicitados por el Tomador, no pudiendo modificar lo ya establecido en Anticipos anteriores al cambio.

El Tomador podrá solicitar nuevos Anticipos cada vez que el crédito que figura en la Tabla de Valores Garantizados lo permita. Toda ampliación de Anticipos supone la cancelación del anterior y la realización de uno nuevo por mayor valor.

Los Anticipos se registrarán por Endoso a las Condiciones Particulares. Para cualquier liquidación de la póliza que se deba efectuar, la Compañía solo se atenderá a los recibos firmados por el Asegurado que obren en su poder y a las constancias de pago que la propia Compañía haya librado.

El Anticipo podrá ser cancelado en cualquier momento, total o parcialmente por parte del Tomador. En caso de que la cancelación sea parcial, los intereses no devengados serán calculados sobre el saldo adeudado remanente.

El Anticipo otorgado será cancelado cuando acaezca cualquiera de los siguientes casos: (1) cuando el Tomador reintegre la totalidad del Anticipo; (2) cuando la Póliza pase a estado Saldada (conforme se describe en la letra C), en cuyo caso la nueva Suma Asegurada será calculada descontando el Anticipo e intereses adeudados al momento de conversión de la Póliza a dicho estado; (3) en caso de fallecimiento del Asegurado y/o Invalidez total permanente de estar contratada la cobertura adicional, en cuyo caso se descontará de la Suma Asegurada el Anticipo e intereses adeudados al momento del siniestro, ó (4) en caso de Rescate de la Póliza, en cuyo caso se descontará de la suma en concepto de Rescate el valor del Anticipo e intereses adeudados al momento de solicitud de dicho Rescate.

C) SEGURO SALDADO:

El Tomador podrá solicitar la conversión del presente seguro en otro por una Suma Asegurada reducida (en adelante, "Seguro Saldado"), quedando liberado del pago del Premio.

Adicionalmente se conviene que, si habiendo transcurrido tres años de vigencia de esta Póliza, el Tomador se encontrara en incumplimiento del pago del Premio y dicho incumplimiento no hubiera sido regularizado durante el Plazo de Gracia estipulado en el Cláusula 4 de las presentes Condiciones Generales, **este seguro se transformará automáticamente en un Seguro Saldado, desde la fecha de vencimiento de la última cuota no pagada, manteniéndole todas las condiciones de la Póliza, excepto la Suma Asegurada que se reducirá y fijará de acuerdo con la Tabla de Valores Garantizados.**

Cláusula 10. Terminación del contrato y de la cobertura

Esta Póliza terminará en la primera de las siguientes fechas:

- 1) Habiendo transcurrido 30 días corridos desde la fecha de vencimiento para el pago de la primera cuota del Premio periódico o el Premio único, sin que el Tomador haya abonado el mismo.**
- 2) En caso de no pago de la segunda cuota o posterior cuota del Premio periódico, culminado el Período de Gracia sin que el Tomador regularice su situación deudora (en la medida que el seguro no se haya convertido a un Seguro Saldado conforme lo previsto en la letra C) de la Cláusula 9).**
- 3) Aquella en que el Tomador solicite el Rescate total de su póliza conforme lo previsto en la letra A) de la Cláusula 9.**
- 4) Aquella en que se produzca el fallecimiento del Asegurado, en cuyo caso los Beneficiarios percibirán la Suma Asegurada estipulada en las Condiciones Particulares, salvo que se verifique una causal de exclusión de cobertura.**
- 5) Aquella en que el Asegurado llegue con vida a la Fecha de Vencimiento de Vigencia, en cuyo caso el Asegurado percibirá la Suma Asegurada estipulada en las Condiciones Particulares.**

Cláusula 11. Declaraciones del Asegurado y del Tomador

Esta Póliza se emite en base a declaraciones del Tomador y del Asegurado consignadas en la solicitud de seguro, cuestionarios de salud y en el informe del médico examinador (cuando los hubiere), los cuales son la causa determinante del contrato. Dichas declaraciones se entienden dadas y certificadas como verdaderas y completas por el Tomador y el Asegurado.

El Tomador y el Asegurado deben proporcionar al Asegurador, antes de la celebración del contrato, no solo la información que figura en la solicitud y los cuestionarios que éste le suministre, sino además todas las circunstancias por ellos conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo.

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

Transcurridos tres años desde la celebración del contrato, el Asegurador no podrá invocar reticencia, excepto cuando ésta fuere dolosa.

Cláusula 12. Cargas del Beneficiario en caso de fallecimiento del Asegurado

El Beneficiario tiene la carga de dar aviso al Asegurador respecto del fallecimiento del Asegurado en forma inmediata a tomar conocimiento del mismo. Además, el Beneficiario tendrá la carga de formalizar la denuncia ante el Asegurador dentro de los cinco (5) días corridos de ocurrido el fallecimiento o desde que tuvo conocimiento del mismo.

Dentro de los quince (15) días corridos contados desde la fecha del fallecimiento del Asegurado o de que tomó conocimiento del mismo, el Beneficiario informará por escrito al Asegurador toda la información necesaria para verificar el siniestro, determinar su extensión y cuantía, así como todas las circunstancias por las que considera que está comprendido en la cobertura del seguro. Asimismo, permitirá y facilitará al Asegurador todas las medidas o indagaciones necesarias a esos fines. En el mismo tiempo, el Beneficiario entregará al Asegurador toda la documentación e información solicitada por el Asegurador necesaria para verificar el siniestro.

El incumplimiento por parte del Beneficiario de los deberes de informar la ocurrencia del Siniestro, formalizar la denuncia del Siniestro y/o aportar información y documentación respecto del Siniestro, en los términos y plazos indicados en los dos párrafos anteriores, tendrá como consecuencia la pérdida del derecho del Beneficiario al cobro de la indemnización (Suma Asegurada), salvo que mediere causa extraña no imputable al Beneficiario. Dicha consecuencia aplica de igual modo para los incumplimientos de los deberes iguales y/o similares previstos en la o las Coberturas Adicionales que se hubieren contratado.

Cláusula 13. Plazo para la aceptación o rechazo del Siniestro y/o comunicación para cobro de beneficio Supervivencia.

El Asegurador tendrá un plazo de treinta (30) días corridos contados desde la recepción de la denuncia del Siniestro o desde la Fecha de Vencimiento de Vigencia (momento en que se hiciera exigible la obligación de Supervivencia), para comunicar la aceptación o rechazo del Siniestro o realizar la comunicación al Asegurado correspondiente para el caso de supervivencia. Para el caso de fallecimiento, vencido este plazo sin que el Asegurador haya notificado el rechazo del Siniestro, se lo tendrá por aceptado (aceptación tácita). **Este plazo de treinta (30) días corridos se suspenderá automáticamente en los casos en que el Asegurador, por razones ajenas a su alcance y voluntad, no cuente con los elementos suficientes para determinar la cobertura del Siniestro.**

Cláusula 14. Liquidación del Siniestro y/o beneficio en caso de Supervivencia.

El Asegurador tendrá sesenta (60) días corridos desde la comunicación fehaciente y por escrito al Beneficiario de la aceptación del siniestro, o desde la aceptación tácita del mismo como consecuencia del vencimiento del plazo indicado en la cláusula 13, para realizar el pago de la Suma Asegurada. En el caso del beneficio de Supervivencia el plazo de sesenta (60) días corridos contará desde el vencimiento del plazo para la comunicación al Asegurado previsto en la cláusula 13 anterior.

Cláusula 15. Agravamiento del riesgo

El cambio de profesión o actividad del Asegurado, así como la fijación de su residencia fuera de la República Oriental del Uruguay, deben ser comunicados al Asegurador antes de que se produzcan.

Los cambios de profesión o de actividad dan derecho al Asegurador a rescindir este contrato cuando agravan el riesgo de modo tal que, de existir a la época de su celebración, el Asegurador no lo hubiera celebrado de acuerdo con los usos y costumbres comerciales. Si, por el contrario, el Asegurador hubiera celebrado el contrato, pero por un premio mayor, el capital asegurado se reducirá en proporción al premio pagado.

Si transcurrieran quince (15) días corridos desde que al Asegurador le fuera declarado el cambio de profesión o de actividad, sin que el Asegurador manifestara su voluntad de rescindirlo o se redujera el capital asegurado, según el caso, el contrato se mantendrá en las condiciones pactadas inicialmente. En caso de rescisión del contrato el Asegurador tendrá derecho a percibir el premio solo por el período transcurrido hasta ese momento.

En el caso de fijación de la residencia fuera del país, el Asegurador podrá optar por rescindir el contrato u ofrecer el pago de una sobreprima acorde al riesgo agravado.

Si se omitió denunciar alguna de las hipótesis de agravamiento del riesgo al Asegurador, y sobreviniere un siniestro, el Asegurador queda liberado de su prestación si el siniestro fue provocado por la circunstancia agravante del riesgo que no fue denunciada.

Cláusula 16. Tributos

Los tributos de cualquier índole que puedan crearse o los aumentos de los existentes estarán a cargo del Tomador, Beneficiario o Asegurador, según disponga la normativa.

Cláusula 17. Domicilios y notificaciones

El domicilio en el que las partes deben efectuar las denuncias, declaraciones y demás comunicaciones previstas en este contrato es el último declarado por ellas. Solo se considerarán válidas si han sido realizadas por medio fehaciente y escrito según las indicaciones del Asegurador. Las comunicaciones del Asegurador al Tomador y/o Asegurado se considerarán válidas si se han dirigido al domicilio contractual establecido en las Condiciones Particulares, considerándose válido el domicilio electrónico constituido por el Tomador y/o Asegurado al solicitar el seguro o en una instancia posterior. Las comunicaciones del Tomador y/o Asegurado y/o Beneficiario dirigidas al Asegurador deberán remitirse al domicilio que éste hubiere indicado en la póliza.

Cláusula 18. Pluralidad de seguros

Si el Asegurado y/o Tomador respecto de la vida asegurada en esta póliza suscribieran un contrato con coberturas similares en otra compañía con vigencia coincidente, están obligados a declararlo por escrito al Asegurador, indicando el Asegurador y la Suma Asegurada

Cláusula 19. Prescripción

Las acciones que se deriven de este contrato, en la medida que refieran a coberturas de vida, prescribirán en el término de cinco (5) años desde que se comunica al Asegurado la aceptación o el rechazo del siniestro en forma expresa o al cumplirse el plazo indicado en la Cláusula 13 de este contrato que determina la aceptación tácita. Por su parte, el plazo de prescripción para el Beneficiario será de cinco (5) años contados desde la fecha de fallecimiento del Asegurado.

Por otra parte, las acciones que se deriven de este contrato, en la medida que refieran a otras coberturas (no vida), prescribirán en el término de dos (2) años desde que se comunica al Asegurado la aceptación o el rechazo del siniestro en forma expresa o al cumplirse el plazo indicado en la Cláusula 13 de este contrato que determina la aceptación tácita.

Cláusula 20. Jurisdicción

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

COBERTURA ADICIONAL DE FALLECIMIENTO ACCIDENTAL Y/O INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL O PARCIAL) A CONSECUENCIA DE ACCIDENTE

Esta Cobertura Adicional en caso de fallecimiento accidental y/o Invalidez permanente (total o parcial) a consecuencia de accidente, cuando figure en las Condiciones Particulares de la Póliza de Seguro de Vida Dotal Mixto – Ahorro Seguro (en adelante, “Póliza Base”), forma parte integrante de la misma y sus condiciones también rigen, salvo que sean contrarias a lo que aquí se pacta expresamente.

Cláusula 21. Definiciones

Accidente: A todos sus efectos, se entenderá por accidente, toda lesión corporal producida única y exclusivamente por la acción súbita de causas externas y violentas, independientes de la voluntad del Asegurado.

Invalidez Parcial Permanente: A todos sus efectos, se entenderá por Invalidez Parcial Permanente, la que sobrevenga como consecuencia de un accidente y cuya lesión constituya un estado terminal, irreversible y definitivo y en ningún caso una etapa de un proceso evolutivo o reversible de una lesión.

Invalidez Total Permanente: A todos sus efectos, se entenderá por Invalidez Total Permanente, la que sobrevenga como consecuencia de un accidente e incapacite o inhabilite completamente al Asegurado de trabajar o realizar cualquier actividad, tarea, profesión u oficio que genere ingresos, y que constituya un estado terminal, irreversible y definitivo y en ningún caso una etapa de un proceso evolutivo o reversible.

Cláusula 22. Riesgos cubiertos

A) Fallecimiento a consecuencia de Accidente.

La Compañía pagará al Beneficiario designado en las Condiciones Particulares, la Suma Asegurada de la presente cobertura, que también se establece en dichas Condiciones Particulares, siempre que el fallecimiento del Asegurado sea ocasionado por accidente según definido en Cláusula 21 de las presentes Condiciones Generales. Esta indemnización por accidente será pagadera solamente cuando el fallecimiento se produzca dentro de los noventa (90) días corridos siguientes a la fecha del accidente.

B) Invalidez Total Permanente a consecuencia de Accidente.

La Compañía pagará al Asegurado, designado en las Condiciones Particulares, la Suma Asegurada de la presente cobertura, que también se establece en dichas Condiciones Particulares, siempre que la Invalidez total y permanente del Asegurado sea ocasionada por accidente según definido en Cláusula 21 de las presentes Condiciones Generales.

C) Invalidez Parcial Permanente a consecuencia de Accidente

La Compañía pagará al Asegurado designado en las Condiciones Particulares, el porcentaje que se determina en la Cláusula 26 de estas Condiciones Generales, siempre que la Invalidez parcial y permanente del Asegurado sea ocasionado por accidente según definido en Cláusula 21 de las presentes Condiciones Generales.

Para los riesgos de Invalidez Total Permanente e Invalidez Parcial Permanente, se considera Sinistro cuando ocurran simultáneamente las siguientes condiciones, de forma acumulativa:

- a) La Invalidez debe haber comenzado estando la Póliza Base y esta Cobertura Adicional en vigor.**
- b) La Invalidez debe tener su inicio dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha del accidente que le dio origen.**
- c) La Invalidez debe haber tenido una duración de noventa (90) días consecutivos, por lo menos, desde la declaración médica de dicha Invalidez.**

Las tres coberturas adicionales previstas en el presente serán de base anual renovable automáticamente hasta la terminación de cobertura según Cláusula 27.

Cláusula 23. Exclusiones

Además de las exclusiones de cobertura previstas en las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza Base, que aplican a esta Cobertura Adicional, esta Cobertura Adicional no cubre si el Fallecimiento Accidental y/o Invalidez Total y/o Parcial Permanente Accidental sean consecuencia de:

- a) Enfermedad corporal o mental o consecuencia de tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean motivados por accidentes amparados por la presente Cobertura Adicional, accidentes ocasionados por ataques cardíacos o epilépticos, síncope y los que se produzcan cuando el Asegurado se encuentre bajo la influencia de drogas, alcohol o psicofármacos.**
- b) Infecciones bacterianas (con excepción de las infecciones piogénicas que acontezcan como resultado directo de una herida accidental), epidemia y/o pandemia.**
- c) Lesiones que el Asegurado sufra en servicio militar de cualquier clase o en acto de guerra, rebelión, alborotos populares, insurrecciones, motines y conmociones civiles.**
- d) Riñas o actos delictuosos en los que participe directamente el Asegurado por culpa de él mismo o de su Beneficiario.**
- e) Lesiones causadas a si mismo por el Asegurado o causadas por su Beneficiario.**
- f) Lesiones recibidas por participar el Asegurado en certámenes de cualquier clase de vehículos.**
- g) Accidentes de navegación aérea, salvo cuando el Asegurado viajare como pasajero en aeronaves que pertenezcan a una línea regular comercial, legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte de pasajeros y cuyos aviones estén equipados con los instrumentos de radionavegación y que aterricen solo en**

aeropuertos con pistas pavimentadas donde se encuentre personal de tierra especializado.

- h) **Accidentes causados por realizar actos notoriamente peligrosos; no justificados por la realización de su profesión declarada a la Compañía.**
- i) **Accidentes causados por infracciones a leyes, decretos, ordenanzas o reglamentos públicos o particulares relativos a la seguridad de las personas.**

Cláusula 24. Denuncia

El Asegurado y/o Beneficiario o quien lo represente, deberá dar aviso a la Compañía de todo accidente sufrido por el Asegurado que pueda dar motivo a la reclamación dentro de los cinco (5) días corridos siguientes a la fecha de ocurrido aquel. Dentro del mismo plazo, deberán dar aviso a la Compañía de la configuración el Siniestro en caso de Invalidez, conforme se indica en la parte final de la Cláusula 22.

Cláusula 25. Deber de información

En caso de Fallecimiento del Asegurado, el deber de información le corresponde al Beneficiario, a quien también le corresponde la prueba del accidente y de sus efectos. La Compañía tiene el derecho de exigir al Beneficiario toda clase de información acerca del accidente, de sus consecuencias y de los hechos relacionados con ambos, con el objeto de determinar las circunstancias de su realización y de la relación de causalidad entre aquellos.

Se le otorga al Beneficiario un plazo de quince (15) días corridos para proporcionar informes y rendir las pruebas correspondientes al accidente y a sus efectos. Este plazo correrá a partir de la fecha en la que se produzca el accidente.

En todo caso, la Compañía se reserva el derecho de solicitar la autopsia de todo Asegurado fallecido por accidente.

En caso de denuncia de Invalidez, el Asegurado o quien lo represente, le corresponde la prueba del accidente y de sus efectos, en un plazo no mayor a quince (15) días corridos a contar de la fecha en que ocurrió aquel. La Invalidez debe ser certificada en todos los casos, por un médico designado por la Compañía.

Cláusula 26. Importe y límite de la indemnización

Fallecimiento a consecuencia de accidente: La suma asegurada de dicha cobertura, estipulada en las Condiciones Particulares, representa el límite máximo de la indemnización a pagar por el Asegurador en caso de siniestro, salvo que el Asegurado haya sufrido invalidez parcial o total permanente con anterioridad y por causa distinta al momento de fallecimiento accidental, en cuyo caso la suma asegurada de esta cobertura, se reducirá de acuerdo al monto indemnizado con anterioridad al fallecimiento accidental.

Invalidez Total Permanente a consecuencia de accidente: La suma asegurada de dicha cobertura, estipulada en las Condiciones Particulares, representa el límite máximo de la indemnización a pagar por el Asegurador en caso siniestro, salvo que el Asegurado haya sufrido Invalidez Parcial Permanente con anterioridad y por causa distinta al momento del siniestro que

la activa, en cuyo caso la Suma Asegurada de esta cobertura, se reducirá de acuerdo al porcentaje indemnizado con anterioridad al acontecimiento en cuestión.

Invalidez Parcial Permanente a consecuencia de accidente: El importe de la indemnización de la cobertura Invalidez Parcial Permanente, se determinará aplicando la Suma Asegurada de dicha cobertura, los porcentajes que se establecen a continuación, de acuerdo con el tipo de Invalidez que deba indemnizarse. En todo momento de la vigencia de esta cláusula, podrán acumularse los porcentajes que correspondan a más de un tipo de Invalidez Parcial indemnizable, salvo que algunas de ellas comprendan a otra u otras, en cuyo caso se tomará la que dé lugar a un mayor porcentaje.

Tabla de Indemnizaciones (únicos riesgos cubiertos por este beneficio).

Invalidez	%	
Fractura incurable de la columna vertebral que determine la invalidez total y permanente:	100	
Sordera total e incurable de los 2 oídos:	50	
Pérdida total de un ojo o reducción a la mitad de la visión binocular normal:	50	
Sordera total e incurable de 1 oído:	15	
Miembros superiores (*)	Derecho	Izquierdo
Pérdida total de un brazo	65	40
Pérdida total de una mano	60	35
Pérdida total de un pulgar	20	14
Pérdida total del índice	14	8
Pérdida total de otro dedo	8	3
Miembros inferiores	%	
Pérdida total de una pierna	50	
Pérdida total de un pie	40	

(*) En el caso de constar en la solicitud que el Asegurado ha declarado ser zurdo, se invertirán los porcentajes de indemnización fijados para las pérdidas de los miembros superiores.

Los porcentajes que aquí se establecen corresponden a la pérdida del órgano o miembro lesionado ya sea por amputación o inhabilitación funcional total y definitiva, la pérdida parcial será indemnizada en proporción a la reducción de la respectiva capacidad funcional.

Por la pérdida simultánea o sucesiva de varios miembros u órganos se sumarán las indemnizaciones correspondientes a cada miembro y órgano perdido, sin que el total de ellas pueda exceder de la suma asegurada para esta cobertura.

Cláusula 27. Terminación de la cobertura adicional

Además de las causales de terminación de cobertura previstas en las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza Base, que aplican a esta Cobertura Adicional, las coberturas que otorga la presente cesarán automáticamente cuando:

- 1) La Póliza alcance el aniversario más próximo a la fecha en la que el Asegurado cumpla los 65 años.

- 2) Cuando el total de los porcentajes otorgados como indemnizaciones, en cualquier de las tres coberturas, alcancen el 100% de la Suma Asegurada.
- 3) El Asegurado niega a la Compañía la posibilidad de comprobar que la Invalidez continúa.

Cláusula 28. Límites de edad de ingreso

Solo podrán ingresar a esta Cobertura Adicional Asegurados cuya edad sea mayor a 18 años y menor o igual a 55 años calculada al momento de su contratación.

COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ TOTAL PERMANENTE

Esta Cobertura Adicional en caso de Invalidez Total Permanente, cuando figure en las Condiciones Particulares de la Póliza de Seguro de Vida Dotal Mixto – Ahorro Seguro (en adelante, “Póliza Base”), forma parte integrante de la misma y sus condiciones también rigen, salvo que sean contrarias a lo que aquí se pacta expresamente.

Cláusula 29. Definiciones

Invalidez Total Permanente: A todos sus efectos, se entenderá por Invalidez Total Permanente, la que sobrevenga como consecuencia de un accidente y/o enfermedad, que impida e inhabilite completamente al Asegurado de trabajar o realizar cualquier actividad, tarea, profesión u oficio que genere ingresos, y que constituya un estado terminal, irreversible y definitivo y en ningún caso una etapa de un proceso evolutivo o reversible.

Accidente: A todos sus efectos, se entenderá por accidente, toda lesión corporal producida única y exclusivamente por la acción súbita de causas externas y violentas, independientes de la voluntad del Asegurado.

Cláusula 30. Riesgos cubiertos

El Asegurador pagará la Suma Asegurada de esta Cobertura Adicional siempre que, durante la vigencia de la presente Cobertura Adicional, el Asegurado sufra una Invalidez Total y Permanente y se verifiquen las demás condiciones previstas en esta Cobertura Adicional.

Para esta cobertura adicional, se considera Siniestro cuando ocurran simultáneamente las siguientes condiciones:

- a) **La Invalidez Total Permanente debe haber comenzado estando la Póliza y esta Cobertura Adicional en vigor.**
- b) **En caso de que la Invalidez Total Permanente se derive de un accidente, la misma debe tener su inicio dentro de los 180 días corridos siguientes a la fecha del accidente que le dio origen.**
- c) **La Invalidez Total Permanente debe haber tenido una duración de 90 días corridos consecutivos, por lo menos, desde la declaración médica de Invalidez.**

Esta cobertura adicional será de base anual renovable automáticamente hasta la terminación de cobertura según Cláusula 36.

Cláusula 31. Límites de edad de ingreso

Solo podrán contratar esta Cobertura Adicional los Asegurados cuya edad sea menor o igual a 55 años calculada al momento de la contratación del mismo.

Cláusula 32. Exclusiones de cobertura

Además de las exclusiones de cobertura previstas en las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza Base, que aplican a esta Cobertura Adicional, esta Cobertura Adicional no cubre la Invalidez Total Permanente del Asegurado causada por:

- a) Enfermedad corporal o mental a consecuencia de tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean motivados por accidentes amparados por la presente Cláusula; accidentes ocasionados por ataques cardíacos o epilépticos, sincopes y los accidentes que se produzcan cuando el Asegurado se encuentre bajo la influencia de drogas, alcohol o psicofármacos.**
- b) Infecciones bacterianas (con excepción de las infecciones piogénicas que acontezcan como resultado directo de una herida accidental), epidemia y/o pandemia.**
- c) Lesiones que el Asegurado sufra en servicio militar de cualquier clase.**
- d) Lesiones recibidas por participar el Asegurado en instancias de competición de cualquier clase de vehículos.**
- e) Accidentes de navegación aérea, salvo cuando el Asegurado viajare como pasajero en aeronaves que pertenezcan a una línea regular comercial, legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte de pasajeros y cuyos aviones estén equipados con los instrumentos de radionavegación y que aterricen solo en aeropuertos con pistas pavimentadas donde se encuentre personal de tierra especializado.**
- f) Accidentes causados por realizar actos notoriamente peligrosos; no justificados por la realización de su profesión declarada al Asegurador.**
- g) Accidentes causados por infracciones a leyes, decretos, ordenanzas o reglamentos públicos o particulares relativos a la seguridad de las personas.**
- h) Invalidez Total Permanente producida por enfermedades por las cuales el Asegurado haya recibido diagnóstico médico en el período anterior a la fecha de entrada en vigor de esta Cobertura Adicional, según cláusula 37.**

Cláusula 33. Importe y límite de la indemnización

El beneficio a pagar por esta Cobertura Adicional será la Suma Asegurada prevista en las Condiciones Particulares para la cobertura Invalidez Total Permanente, la que será abonada por parte del Asegurador una vez comprobada la Invalidez Total Permanente del Asegurado.

El beneficio acordado por esta Cobertura Adicional es sustitutivo de la Suma Asegurada que debiere liquidarse en caso de Fallecimiento del Asegurado bajo la cobertura de Fallecimiento de la Póliza Base. Por tanto, el pago del beneficio por esta Cobertura Adicional determina la terminación de esta y todas las Coberturas Adicionales que pudieran haberse contratado y de la Póliza Base.

Cláusula 34. Denuncia

La denuncia del siniestro a reclamar deberá ser presentada a la Compañía dentro de los cinco (5) días corridos siguientes cobertura la configuración del Siniestro que daría inicio a la presente cobertura.

Cláusula 35. Deber de información

El Asegurado o quien lo represente, le corresponde la prueba de la Invalidez total y permanente, en un plazo no mayor a quince (15) días corridos a contar de la fecha en que se configuró el Siniestro.

Corresponde al Asegurado o a su representante:

- a) Denunciar la existencia de la Invalidez Total Permanente.
- b) Presentar constancia médica y/o testimoniales de la verificación, comienzo y causas de la Invalidez Total Permanente.
- c) Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta dos exámenes médicos por facultativos designados por el Asegurador y con gastos a cargo de éste.

La Invalidez deberá ser certificada en todos los casos por la Compañía.

Cláusula 36. Terminación de la Cobertura adicional

Además de las causales de terminación de cobertura previstas en las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza Base, que aplican a esta Cobertura Adicional, la cobertura bajo esta Cobertura Adicional cesará automáticamente cuando:

- 1) La Cobertura alcance el aniversario más próximo a la fecha en que el Asegurado cumpla 65 años de edad.**
- 2) Cuando se abone el 100% de la Suma Asegurada.**

Cláusula 37. Cláusula de enfermedades preexistentes

Durante tres (3) años contados a partir de la fecha de vigencia de la presente cobertura adicional, o a partir de la rehabilitación de esta, el Asegurador no pagará la indemnización, cuando la Invalidez Total y Permanente del Asegurado, se produjeran como consecuencia directa de las siguientes patologías, diagnosticadas y/o declaradas con anterioridad a la fecha de vigencia de la póliza, o de su tratamiento, así como sus posteriores agudizaciones y complicaciones: Cardiopatía isquémica, Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías, Valvulopatías, HTA, Arritmias, Diabetes Mellitus (repercusiones macro y micro angiopáticas), ACV- ICTUS, Malformaciones arterio venosas, Patologías crónicas de vías respiratorias inferiores (EPOC-Asma-Fibrosis pulmonar-bronquiectasias, etc.), Patologías infecciosas del tracto respiratorio inferior, VIH/SIDA y otras enfermedades infecciosas de denuncia obligatoria, Patología neoplásica, así como sus recidivas y

complicaciones derivadas de tratamiento oncológico, Insuficiencia renal, Hepatopatías, Enfermedades neurodegenerativas, Patologías autoinmunes, Consecuencias por uso crónico de tratamiento inmunosupresor/corticoterapia, Patologías como consecuencia del consumo de sustancias psicoactivas, Complicaciones como consecuencia de tratamientos en pacientes trasplantados.

COBERTURA ADICIONAL DE EXONERACIÓN DE PAGO DE PRIMAS

Esta Cobertura Adicional de Exoneración de Pago de Primas en caso de invalidez total y permanente, cuando figure en las Condiciones Particulares de la Póliza de Seguro de Vida Dotal Mixto – Ahorro Seguro (en adelante, “Póliza Base”), forma parte integrante de la misma y sus condiciones también rigen, salvo que sean contrarias a lo que aquí se pacta expresamente.

Cláusula 38. Definiciones

Invalidez Total Permanente: A todos sus efectos, se entenderá por Invalidez Total Permanente, la que sobrevenga como consecuencia de un accidente o enfermedad, e incapacite o inhabilite completamente al Asegurado de trabajar o realizar cualquier actividad, tarea, profesión u oficio que genere ingresos, y que constituya un estado terminal, irreversible y definitivo y en ningún caso una etapa de un proceso evolutivo o reversible.

Accidente: A todos sus efectos, se entenderá por accidente, toda lesión corporal producida única y exclusivamente por la acción súbita de causas externas y violentas, independientes de la voluntad del Asegurado.

Cláusula 39. Riesgos cubiertos

El presente adicional cubre el cese de la obligación de pago de primas de la Póliza Base, siempre que, durante la vigencia de la presente Cobertura Adicional, el Asegurado sufra una Invalidez Total y Permanente y se verifiquen las demás condiciones previstas en esta Cobertura Adicional.

Para esta cobertura adicional, se considera Siniestro cuando ocurran simultáneamente las siguientes condiciones:

- a) **La Invalidez Total Permanente debe haber comenzado estando la Póliza y esta Cobertura Adicional en vigor.**
- b) **En caso de que la Invalidez Total Permanente se derive de un accidente, la misma debe tener su inicio dentro de los ciento ochenta (180) días corridos siguientes a la fecha del accidente que le dio origen.**
- c) **La Invalidez Total Permanente debe haber tenido una duración de noventa (90) días corridos consecutivos, por lo menos, desde la declaración médica de Invalidez.**

Este adicional será de base anual renovable automáticamente hasta la terminación de cobertura según Cláusula 44.

El Asegurado de esta póliza deberá ser menor de 65 años de edad al momento de producirse la Invalidez y la Póliza Base deberá encontrarse en pleno vigor. Posteriormente a la Invalidez, la Póliza Base continuará en vigencia.

Cláusula 40. Límites de edad

Este adicional solamente cubrirá al Asegurado cuya edad sea menor o igual a 55 años al momento de la contratación del mismo.

Cláusula 41. Denuncia

La denuncia del siniestro a reclamar deberá ser presentada a la Compañía dentro de los cinco (5) días corridos siguientes cobertura la configuración del Siniestro que daría inicio a la presente cobertura.

Cláusula 42. Deber de información

El Asegurado o quien lo represente, le corresponde la prueba de la Invalidez Total y Permanente, en un plazo no mayor a quince (15) días corridos a contar de la fecha en que se configuró el Siniestro.

Corresponde al Asegurado o a su representante:

- a) Denunciar la existencia de la Invalidez Total Permanente.
- b) Presentar constancia médica y/o testimoniales de la verificación, comienzo y causas de la Invalidez Total Permanente.
- c) Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta dos exámenes médicos por facultativos designados por el Asegurador y con gastos a cargo de éste.

La Invalidez deberá ser certificada en todos los casos por la Compañía.

Cláusula 43. Importe y límite de la indemnización

Las primas exoneradas de pago serán únicamente las que correspondan a las coberturas principales de la Póliza Base y bajo ningún concepto estarán incluidas las de otras coberturas adicionales. En caso de que el Tomador haya establecido el pago adelantado de las coberturas adicionales por la vigencia en cuestión, se devolverá al mismo el importe del premio no consumido de los adicionales que serán cancelados al momento de comienzo del período de Exoneración de Pago de Primas.

La exoneración solo se operará a partir del momento en que la Compañía compruebe el Siniestro y por su parte se reserva el derecho de cerciorarse de la persistencia de la misma periódicamente y toda vez que lo considere necesario. En caso de cesar la Invalidez, el Tomador deberá seguir pagando los premios: esta obligación la reasumirá desde el vencimiento de la cuota inmediata siguiente a la fecha en que la Compañía se lo comunique al Tomador por escrito o telegrama colacionado.

Cláusula 44. Terminación de la cobertura adicional

Además de las causales de terminación de cobertura previstas en las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza Base, que aplican a esta Cobertura Adicional, la cobertura bajo la presente cesará automáticamente cuando:

- 1) **A raíz de vencimiento, anulación, caducidad, rescate, transformación en seguro saldado de la Seguro de Vida Base (según corresponda).**

- 2) Finalice el periodo del pago de premios del Seguro de la Póliza Base.
- 3) Lo solicite el Tomador en cualquier aniversario de la Póliza Base.
- 4) La Póliza alcance el aniversario más próximo a la fecha en la que la Vida Asegurada cumpla los 65 años y que la presente cobertura no se hubiese utilizado.

Cláusula 45. Valores garantizados

En caso de que el Tomador lo pidiera por un medio fehaciente y escrito, estando la Póliza Base en pleno vigor y según la Cláusula 9 de la Póliza Base, la póliza podrá ser cancelada mediante el pago de un valor de Rescate. Si dicha solicitud se realiza estando la Póliza durante el período de Exoneración de Pago de Primas, el valor del Rescate será calculado según el valor de Rescate antes de comenzado la Exoneración de Pago de Primas y según ultimo recibo pago (según establecido en las Condiciones Generales de la Póliza Base), actualizándolo financieramente al momento de la solicitud de Rescate según el interés garantizado de la Póliza.

La Compañía se reserva el derecho de hacer efectivo el importe del Rescate dentro de un plazo de sesenta (60) días corridos, contados a partir de la fecha en que se haya recibido por un medio fehaciente y escrito, la solicitud del Rescate.

Cláusula 46. Exclusiones

Además de las exclusiones de cobertura previstas en las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza Base, que aplican a esta Cobertura Adicional, la presente no cubre la Invalidez Total Permanente del Asegurado causada por:

- a) **Enfermedad corporal o mental o consecuencia de tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean motivados por accidentes amparados por la presente Cláusula, accidentes ocasionados por ataques cardíacos o epilépticos, sincopes y los que se produzcan cuando el Asegurado se encuentre bajo la influencia de drogas, alcohol o psicofármacos.**
- b) **Infecciones bacterianas (con excepción de las infecciones piogénicas que acontezcan como resultado directo de una herida accidental), epidemia y/o pandemia.**
- c) **Lesiones que el Asegurado sufra en servicio militar de cualquier clase o en acto de guerra, rebelión, alborotos populares, insurrecciones, motines y conmociones civiles.**
- d) **Riñas o actos delictuosos en los que participe directamente el Asegurado por culpa de él mismo o de su Beneficiario.**
- e) **Lesiones causadas a si mismo por el Asegurado o causadas por su Beneficiario.**

- f) Lesiones recibidas por participar el Asegurado en certámenes de cualquier clase de vehículos.

- g) Accidentes de navegación aérea, salvo cuando el Asegurado viajare como pasajero en aeronaves que pertenezcan a una línea regular comercial, legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte de pasajeros y cuyos aviones estén equipados con los instrumentos de radionavegación y que aterricen solo en aeropuertos con pistas pavimentadas donde se encuentre personal de tierra especializado.

- h) Accidentes causados por realizar actos notoriamente peligrosos; no justificados por la realización de su profesión declarada a la compañía.

- i) Accidentes causados por infracciones a leyes, decretos, ordenanzas o reglamentos públicos o particulares relativos a la seguridad de las personas.

- j) Invalidez Total Permanente producida por enfermedades por las cuales el Asegurado haya recibido diagnóstico médico en el período anterior a la fecha de entrada en vigor de esta Cobertura Adicional, según cláusula 47.

Cláusula 47. Cláusula de enfermedades preexistentes

Durante tres (3) años contados a partir de la fecha de vigencia de la presente cobertura adicional, o a partir de la rehabilitación de esta, el Asegurador no pagará la indemnización, cuando la Invalidez Total y Permanente del Asegurado, se produjeran como consecuencia directa de las siguientes patologías, diagnosticadas y/o declaradas con anterioridad a la fecha de vigencia de la póliza, o de su tratamiento, así como sus posteriores agudizaciones y complicaciones: Cardiopatía isquémica, Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías, Valvulopatías, HTA, Arritmias, Diabetes Mellitus (repercusiones macro y micro angiopáticas), ACV- ICTUS, Malformaciones arterio venosas, Patologías crónicas de vías respiratorias inferiores (EPOC-Asma-Fibrosis pulmonar-bronquiectasias, etc.), Patologías infecciosas del tracto respiratorio inferior, VIH/SIDA y otras enfermedades infecciosas de denuncia obligatoria, Patología neoplásica, así como sus recidivas y complicaciones derivadas de tratamiento oncológico, Insuficiencia renal, Hepatopatías, Enfermedades neurodegenerativas, Patologías autoinmunes, Consecuencias por uso crónico de tratamiento inmunosupresor/corticoterapia, Patologías como consecuencia del consumo de sustancias psicoactivas, Complicaciones como consecuencia de tratamientos en pacientes trasplantados.

COBERTURA ADICIONAL DE RENTA POR INVALIDEZ TEMPORARIA

Esta Cobertura Adicional de Renta por Invalidez Temporal, cuando figure en las Condiciones Particulares de la Póliza de Seguro de Vida Dotal Mixto – Ahorro Seguro (en adelante, “Póliza Base”), forma parte integrante de la misma y sus condiciones también rigen, salvo que sean contrarias a lo que aquí se pacta expresamente.

Cláusula 48. Definiciones

Invalidez Total Temporal: A los efectos del presente adicional se considerará Invalidez total temporal cuando el Asegurado se hallare imposibilitado temporalmente de forma total para ejercer su ocupación habitual.

Accidente: A todos sus efectos, se entenderá por accidente, toda lesión corporal producida única y exclusivamente por la acción súbita de causas externas y violentas, independientes de la voluntad del Asegurado.

Cláusula 49. Riesgos cubiertos

La Compañía cubre al Asegurado en caso de Invalidez Total Temporal por lesiones a consecuencia de accidentes (según definido en Cláusula 48) o enfermedades.

En caso de que la Invalidez Total Temporal sea consecuencia de una enfermedad, las misma quedará cubierta siempre que sea producida con posterioridad a noventa (90) días contados: a) desde la fecha de iniciación de la vigencia de este adicional; b) desde la fecha de toda rehabilitación, si hubiere, de la Póliza Básica.

Este adicional será de base anual renovable automáticamente hasta la terminación de cobertura según Cláusula 55.

Cláusula 50. Límites de edad

Este adicional solamente cubrirá a los Asegurados cuya edad sea menor o igual a 55 años calculada al momento de la contratación de este.

Cláusula 51. Exclusiones

Además de las exclusiones de cobertura previstas en las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza Base, que aplican a esta Cobertura Adicional, la presente no cubre la Invalidez Total Temporal del Asegurado causada por:

- a) **Afecciones provocadas por el propio Asegurado.**
- b) **Alteraciones producidas por el uso de drogas, tóxicos, alcohol y psicofármacos.**
- c) **Afecciones como consecuencia del embarazo y parto y licencia maternal reglamentaria.**
- d) **Aborto no espontáneo y sus complicaciones.**

- e) **Invalidez producida por enfermedades por las cuales el Asegurado haya recibido diagnóstico médico en el período anterior a la fecha de entrada en vigor de esta Cobertura Adicional, según cláusula 59.**
- f) **Tratamientos de rejuvenecimiento o cirugía estética.**
- g) **Afecciones físicas o mentales como consecuencia de actos u operaciones de guerra, revolución, tumultos y otras perturbaciones que alteren el orden público y de las producidas por radiaciones y/o emanaciones nucleares o ionizantes.**
- h) **Afecciones psiquiátricas incluyendo aquellas que exijan tratamiento de psicoanálisis, psicoterapia y cura del sueño.**
- i) **Pandemias, epidemias o envenenamientos de carácter colectivo.**
- j) **Inseminación y actos quirúrgicos con fines de esterilización o fertilización de ambos sexos, cambio de sexo y sus consecuencias.**
- k) **Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida (SIDA) con toda su patología.**
- l) **Trasplante e implante de órganos, diálisis peritoneal y hemodiálisis.**
- m) **Afecciones de columna vertebral excepto las fracturas traumáticas y afecciones neuro-musculares excepto las producidas por traumatismos agudos.**
- n) **Accidentes causados por infracciones a leyes, decretos, ordenanzas o reglamentos públicos o particulares relativos a la seguridad de las personas.**
- o) **Accidentes a consecuencia de actos y operaciones de guerra, revolución, tumultos y otras perturbaciones que alteren el orden público y de las producidas por radiaciones y/o emanaciones nucleares o ionizantes.**
- p) **Secuelas de accidentes producidos antes de la contratación de la póliza.**

La Compañía no pagará el beneficio estipulado en el presente adicional en los casos en que la Invalidez afecte directamente el desarrollo de las actividades deportivas de aquellos Asegurados cuya ocupación habitual esté vinculada a los deportes.

Cláusula 52. Importe y límite de la Indemnización

Si se produjera la Invalidez Total Temporaria del Asegurado dentro de las condiciones del presente adicional, una vez superado el periodo de carencia reflejado en la Cláusula 49, en cada siniestro la Compañía se obliga a pagar una renta de forma mensual, la cual será el resultado de multiplicar el importe de Renta Diaria por el número de días que el asegurado permanezca en situación de Invalidez en cada mes, una vez descontados los días de franquicia deducible por siniestro (12 días), y con los límites indicados en los siguientes párrafos de la presente cláusula.

Límite temporal máximo de indemnización por siniestro: 180 días (6 meses), salvo que por Condiciones Particulares se indique un período menor. Para este límite no se computarán los días de franquicia.

Límite temporal máximo de indemnización por anualidad (acumulado para todos los siniestros ocurridos en la anualidad): 180 días (6 meses), salvo que por Condiciones Particulares se indique un período menor. Para este límite no se computarán los días de franquicia.

Importe máximo de indemnización anual (acumulado para todos los siniestros ocurridos en la anualidad): La Suma Asegurada de la cobertura, indicada en las Condiciones Particulares.

Importe de la Renta Diaria: el resultado de dividir el importe de la Suma Asegurada de la cobertura, que figura en las Condiciones Particulares entre el Límite temporal máximo de indemnización de 180 días.

Cláusula 53. Denuncia

La denuncia del siniestro a reclamar deberá ser presentada a la Compañía dentro de los cinco (5) días siguientes al diagnóstico de la Invalidez u ocurrido el accidente bajo el cual daría inicio la presente cobertura.

Cláusula 54. Deber de información

Corresponde al Asegurado dar prueba de la Invalidez Total Temporaria y queda convenido que la Compañía podrá exigirle las pruebas que juzgue necesarias y además obtener las por sus propios medios. La Compañía, además, podrá exigir al Asegurado en cualquier ocasión las pruebas necesarias de la continuación de la Invalidez Total Temporaria, sin perjuicio de la facultad que se reserva de obtenerlas por sus propios medios. El Asegurado releva a tales efectos el secreto profesional.

Las pruebas mínimas a entregar en caso de accidente refieren al parte policial del accidente y parte médica de emergencia móvil o médico que haya actuado en el lugar del hecho.

Si dichas pruebas no fueran entregadas dentro del plazo de quince (15) días hábiles después de haber sido solicitadas, o si el Asegurado dificultase de alguna forma su consecución, el derecho al cobro de la prestación terminará inmediatamente.

El Asegurado acepta en todos los casos el pronunciamiento del Médico de la Compañía.

Cláusula 55. Terminación de la cobertura

Además de las causales de terminación de cobertura previstas en las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza Base, que aplican a esta Cobertura Adicional, la cobertura bajo esta Cobertura Adicional cesará automáticamente cuando:

- a) Cuando la Póliza Base determinante del presente adicional dejara de hallarse en completo vigor por falta de pago de alguna de sus premios o fracción de ellos, o por cualquier otra causa.**
- b) Cuando el Asegurado solicite la cancelación del presente Adicional.**

- c) La Póliza alcance el aniversario más próximo a la fecha en la que la Vida Asegurada cumpla los 60 años.

Cláusula 56. Cláusula de enfermedades preexistentes

Durante tres (3) años contados a partir de la fecha de vigencia de la presente cobertura adicional, o a partir de la rehabilitación de esta, el Asegurador no pagará la indemnización, cuando la Renta por Invalidez Temporal del Asegurado, se produzcan como consecuencia directa de las siguientes patologías, diagnosticadas y/o declaradas con anterioridad a la fecha de vigencia de la póliza, o de su tratamiento, así como sus posteriores agudizaciones y complicaciones: Cardiopatía isquémica, Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías, Valvulopatías, HTA, Arritmias, Diabetes Mellitus (repercusiones macro y micro angiopáticas), ACV- ICTUS, Malformaciones arterio venosas, Patologías crónicas de vías respiratorias inferiores (EPOC-Asma-Fibrosis pulmonar-bronquiectasias, etc.), Patologías infecciosas del tracto respiratorio inferior, VIH/SIDA y otras enfermedades infecciosas de denuncia obligatoria, Patología neoplásica, así como sus recidivas y complicaciones derivadas de tratamiento oncológico, Insuficiencia renal, Hepatopatías, Enfermedades neurodegenerativas, Patologías autoinmunes, Consecuencias por uso crónico de tratamiento inmunosupresor/corticoterapia, Patologías como consecuencia del consumo de sustancias psicoactivas, Complicaciones como consecuencia de tratamientos en pacientes trasplantados.

Esta Cobertura Adicional de Enfermedades Graves, cuando figure en las Condiciones Particulares de la Póliza de Seguro de Vida Dotal Mixto – Ahorro Seguro (en adelante, “Póliza Base”), forma parte integrante de la misma y sus condiciones también rigen, salvo que sean contrarias a lo que aquí se pacta expresamente.

Cláusula 57. Definiciones

Enfermedad grave: significa que el Asegurado ha sufrido o desarrollado alguna de las siguientes enfermedades durante el período de vigencia de esta Cobertura Adicional:

Infarto Agudo de Miocardio: se denomina Infarto Agudo de Miocardio a la necrosis o muerte de una zona del miocardio a consecuencia de una reducción del flujo sanguíneo coronario en esa zona (hipoxia). Para acreditar la ocurrencia de Infarto Agudo de Miocardio se deberán acreditar alteraciones en el electrocardiograma o enzimas que confirman la lesión miocárdica y la hospitalización por un cuadro de infarto en curso. El diagnóstico definitivo de **Infarto Agudo de Miocardio** debe ser realizado por un médico especialista (cardiólogo). **Se excluyen: angina de pecho o dolor torácico; síndrome coronario agudo sin elevación del ST; eventos de insuficiencia cardíaca que no produzcan necrosis del músculo cardíaco; infarto silente, es decir, asintomático.**

Accidente Cerebrovascular (ACV): se denomina Accidente Cerebrovascular agudo a la muerte del tejido cerebral, debido a una situación isquémica del cerebro, por suministro inadecuado de sangre o hemorragia intracraneal, de duración superior a veinticuatro horas y que se manifiesta por un déficit neurológico que produzca secuelas neurológicas de naturaleza permanente e incapacitantes para las actividades de la vida diaria y/o para el desarrollo de su actividad profesional. Será necesario que dichas secuelas neurológicas permanezcan estables durante un periodo mínimo de tres meses. El Accidente Cerebrovascular incluye: infarto de tejido cerebral; derrame/hemorragia intracraneal y extracraneal. El diagnóstico de un **accidente cerebrovascular** agudo debe ser realizado por un médico especialista (neurólogo o internista) pudiendo estar respaldado, si corresponde, por hallazgos en pruebas de imagen cerebral. **No se consideran dentro de ACV las siguientes situaciones: ataque isquémico transitorio (TIA) y déficit neurológico isquémico reversible prolongado (PRIND); lesión traumática de tejido cerebral o vasos sanguíneos; déficit neurológico debido a hipoxia general, infección, enfermedad inflamatoria, migraña o intervención médica; traumatismos en tejido cerebral que causen infartos; hallazgos incidentales en estudios de imagen (Scan CT o resonancia magnética), sin síntomas clínicos claramente relacionados (enfermedad cerebrovascular silenciosa); infarto lacunar; eventos derivados de fibrilación atrial.**

Angioplastia coronaria: se denomina Angioplastia coronaria trasluminal percutánea (ACTP) a una cirugía por enfermedad coronaria que consiste en la realización de cirugía de revascularización coronaria mediante un cateterismo con balón para dilatar los vasos sanguíneos estenosados u ocluidos, con el fin de restaurar el flujo sanguíneo (revascularizar) en pacientes con Patología de Arterias Coronarias. La angioplastia también puede utilizar un láser insertado en la arteria o utilizar un Rotablator o dispositivo de rotación que elimina la obstrucción. El diagnóstico de **angioplastia coronaria** debe ser confirmado por un especialista en cardiología o cirugía cardíaca, y por pruebas cardíacas como Cateterismo, Ecocardiograma o Pruebas de Imagen, tales como resonancia magnética o tomografía axial computarizada. **Se considera la cirugía: en caso de una arteria coronaria afectada, la obstrucción o estrechamiento debe ser de al menos de un 70%; en caso de dos o más arterias coronarias, la corrección quirúrgica debe hacerse**

en un único procedimiento. Cualquier otra situación no tiene cobertura.

Bypass coronario: se denomina Bypass coronario a una cirugía por enfermedad coronaria a corazón abierto para corregir estenosis (estrechamiento) u oclusión de dos o más arterias coronarias mediante la técnica de by - pass (puente arterial). El diagnóstico de **bypass coronario** debe ser confirmado por un especialista en cardiología o cirugía cardíaca, y por pruebas cardíacas como Cateterismo, Ecocardiograma o Pruebas de Imagen, tales como resonancia magnética o tomografía axial computarizada. **Se considera la cirugía: en caso de una arteria coronaria afectada, la obstrucción o estrechamiento debe ser de al menos de un 70%; en caso de dos o más arterias coronarias, la corrección quirúrgica debe hacerse en un único procedimiento. Cualquier otra situación no tiene cobertura.**

Cáncer: se entiende por cáncer la enfermedad provocada por un tumor maligno, con crecimiento y multiplicación incontrolados de células malignas e invasión de los tejidos vecinos o a distancia (metástasis). Incluye la leucemia y enfermedades malignas del sistema linfático, así como los melanomas malignos. **Se excluye cualquier clase de cáncer no invasivo e in-situ de piel, excepto melanoma de invasión; cualquier cáncer que haya sido diagnosticado o tratado con anterioridad a la contratación de la póliza.** El diagnóstico de **cáncer** deberá ser efectuado por un médico especialista o un oncólogo, basado en la historia clínica del paciente y confirmado por un diagnóstico histopatológico o biopsia, pruebas de laboratorio e imagen.

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC): La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica o EPOC es una enfermedad respiratoria progresiva y debilitante que afecta a los pulmones e interfiere con la respiración normal. Se caracteriza por la obstrucción del flujo de aire y la inflamación de los pulmones que produce una disminución del calibre de las vías aéreas respiratorias y destrucción del tejido pulmonar. La EPOC tiene dos componentes: el enfisema pulmonar o destrucción de alvéolos y la bronquitis crónica o inflamación de los bronquios. La evidencia en la disminución de la función respiratoria (**EPOC**) debe ser confirmada por un especialista con las pruebas funcionales pertinentes. **Las manifestaciones ligeras o moderadas de la enfermedad no serán tenidas en consideración aceptándose solo las manifestaciones severas definidas por: FEV < 40%; sintomatología continuada con sibilancias y cianosis o con hospitalización; dificultad respiratoria al mínimo ejercicio; requerimiento continuado de oxígeno que impide la vida laboral.**

Esclerosis Múltiple: la Esclerosis Múltiple es una enfermedad, de probable origen autoinmune, que afecta al cerebro, nervios ópticos y médula espinal. Es debida a la presencia de placas de desmielinización en la vaina nerviosa denominada mielina, produciendo un deterioro irreversible. El diagnóstico de **Esclerosis Múltiple** debe ser realizado por un médico especialista (Neurólogo), confirmado mediante pruebas neurológicas, y debe existir deterioro clínico actual de la función motora o sensorial continuo durante al menos seis meses. La consideración de la enfermedad se hace teniendo en cuenta: un deterioro neurológico, bien motor o sensorial, continuo durante al menos seis meses; debe haber padecido al menos dos episodios clínicamente bien documentados con un intervalo mínimo de un mes entre ellos; un único episodio con manifestaciones en el fluido cerebroespinal, así como lesiones cerebrales detectadas por una resonancia magnética nuclear. **No se consideran: síndromes aislados neurológica o radiológicamente sugestivos sin confirmación de diagnóstico de esclerosis múltiple; neuritis óptica y neuromielitis óptica aisladas.**

Insuficiencia renal: se denomina a la situación de alteración crónica e irreversible del funcionamiento de los riñones que como resultado de esta precisa de una diálisis renal o de un trasplante de riñón. El diagnóstico de **insuficiencia renal** debe ser confirmado por un especialista y presentar evidencias de la necesidad de diálisis permanente. **No se tendrá en consideración cualquier fracaso renal agudo que genere una necesidad temporal de diálisis ni si la insuficiencia y consecuente diálisis, generada por otra enfermedad excluida en las condiciones generales.**

Trasplante: se denomina Trasplante al procedimiento quirúrgico de transferencia de un órgano de un receptor a un donante. Queda cubierto por la presente póliza el trasplante de los siguientes órganos: corazón, pulmón, riñón, hígado, páncreas, intestino grueso o colon, una combinación de los anteriores. El diagnóstico de **trasplante** debe ser confirmado por un médico especialista y basado en la confirmación objetiva mediante las pruebas analíticas y de imagen que evidencien el deterioro de la función del órgano, así como su inclusión en la lista oficial de espera. **No se contemplan los siguientes casos: autotransplantes; el trasplante de órganos no incluidos en la definición presente; el trasplante de órganos derivado de una enfermedad desarrollada en el periodo de carencia; el trasplante de médula ósea; el trasplante de ningún tipo de células incluyendo las células madre; el trasplante de órganos procedentes de animales; el trasplante de un corazón artificial.**

Cirugía de la aorta: Se refiere a la cirugía para corregir el estrechamiento, la obstrucción, el aneurisma o disección de la arteria aorta y la reparación o reemplazo de la válvula aortica en caso de insuficiencia o estenosis, bien sea por un procedimiento mínimamente invasivo o mediante la apertura de la caja torácica. Para la cirugía de la arteria aorta se incluye: Cirugía tanto por esternotomía parcial como completa; Cirugía con colocación de endoprótesis por cateterismo. **Para la cirugía de arteria aorta no se contemplan las siguientes situaciones: Cirugía de las ramas de la aorta torácica o abdominal (incluyendo injerto aorto femoral o aorto ilíaco); Cirugía de la aorta relacionada con trastornos hereditarios del tejido conectivo (por ejemplo, los síndromes de Marfan y de Ehlers-Danlos); Cirugía a consecuencia de lesión traumática de la aorta.** Para la cirugía de la válvula aortica se incluyen las siguientes situaciones: Reemplazo o reparación de la válvula con esternotomía parcial o toracotomía o completa; Cirugía de Ross (Utilización de la válvula pulmonar del paciente para sustituir la válvula aortica y colocar un injerto en lugar de la válvula pulmonar); Valvuloplastia o reparación valvular por cateterismo o TAVI. **Para ambas cirugías no se contempla: como consecuencia de una enfermedad preexistente o de una enfermedad no incluida en lista de enfermedades cubiertas; como consecuencia de una enfermedad genética; como consecuencia de una enfermedad congénita una infección; como consecuencia de una infección previa a la contratación.** El diagnóstico de **cirugía de la aorta** debe ser realizado por un médico especialista, cardiólogo, cirujano cardíaco o cardiólogo intervencionista, confirmado mediante pruebas cardíacas, cateterismos, RMN, TAC, Ecodoppler y de laboratorio donde se manifieste el deterioro clínico y funcional, de forma que la cirugía sea la única alternativa de tratamiento. La necesidad del tratamiento quirúrgico tanto de la aorta como de la válvula debe ser consecuencia de una enfermedad de la aorta o su válvula desarrollada con posterioridad a la contratación y una vez agotado el tratamiento médico.

Enfermedad de Alzheimer: se denomina Alzheimer a la enfermedad, degenerativa y progresiva, con atrofia evolutiva e irreversible de la corteza cerebral y deterioro de las funciones cerebrales superiores. Debe haber manifestaciones permanentes de pérdida de todas o parte de las

siguientes funciones: memoria; razonamiento; comprensión: percepción para entender y expresar efectos e ideas; conducta y personalidad. Se describen 7 etapas: Etapa 1- Hay evidencia médica pero no hay sintomatología; Etapa 2- Disminución cognitiva muy leve caracterizada por pequeños olvidos o desorientación, conservando las habilidades de interacción social o laboral; Etapa 3- Confusión temprana. Leve deterioro cognitivo. Pérdida en lugares conocidos o de objetos de valor, dificultad para concentrarse, disminución del rendimiento laboral; Etapa 4- Confusión tardía con moderado deterioro cognitivo. Pérdida de la memoria reciente, disminución de la capacidad realización de tareas complejas; Etapa 5- Demencia temprana. Deterioro moderado grave. No puede vivir sola, aunque mantiene las transferencias; Etapa 6- Demencia media. Grave deterioro cognitivo. Son totalmente dependientes para vivir con un patrón horario alterado y problemas para dormir; Etapa 7- Demencia tardía. Deterioro cognitivo severo. La **enfermedad de Alzheimer** debe ser diagnosticada por un médico especialista en Neurología, el cuadro médico debe estar documentado durante un mínimo de tres meses, y la enfermedad debe haber alcanzado síntomas de demencia permanente con evidencia de hallazgos típicos en exámenes neurológicos y cognitivos u otros. **No se incluyen las siguientes situaciones: alteraciones o deterioro de las facultades intelectuales como la memoria como consecuencia de alteraciones vasculares, accidentes cerebrovasculares, otras enfermedades degenerativas o disfunciones cerebrales; demencia senil; las etapas 1, 2 y 3 de la enfermedad.**

Enfermedad de la motoneurona: las enfermedades de la motoneurona son un grupo de trastornos neurológicos progresivos que se caracterizan por la degeneración progresiva de las neuronas motoras en la corteza cerebral, tronco encefálico y medula espinal. Esto produce una debilidad muscular que avanza produciendo degeneración y atrofia muscular hasta parálisis, pudiéndose extender por todas las regiones del cuerpo, amenazando la autonomía motora, comunicación oral, deglución y la respiración. Los sentidos, la capacidad intelectual y músculos de los ojos se mantienen intactos. Esta enfermedad se clasifica en función de la motoneurona que afecta: Motoneurona superior e inferior: Esclerosis lateral amiotrófica; Motoneurona inferior: Parálisis bulbar progresiva; Motoneurona superior: Esclerosis lateral primaria; Motoneurona inferior: Atrofia muscular progresiva. El diagnóstico de la **enfermedad de la motoneurona** debe ser realizado por un neurólogo a través de pruebas como el electromiograma, resonancia magnética y laboratorio, así como de valoración de la movilidad. Se debe constatar una situación que afecte a la capacidad funcional reflejada en el lenguaje, masticación, escritura, utilización de utensilios, andar, subir escalera o disnea. Teniendo en cuenta estos criterios, **no se incluyen las siguientes situaciones: Estados con buena fuerza muscular y función respiratoria normal; Enfermedad diagnosticada con anterioridad a la contratación sin sintomatología, bien por estudio genético o clínico capacidad funcional y pulmonar normal; Enfermedad desarrollada en el periodo de carencia; Enfermedades neurológicas secundarias a otras enfermedades como las derivadas del síndrome para neoplásico; Enfermedades neurológicas secundarias a virus, productos tóxicos o radiación.**

Enfermedad de Parkinson: Es una enfermedad degenerativa del sistema nervioso central que se desarrolla de forma lenta y progresiva y se caracteriza por la pérdida de neuronas en una región específica del cerebro encargada de coordinar los movimientos además de por una disminución de la producción de dopamina que altera los movimientos extrapiramidales o no voluntarios. La enfermedad se clasifica en 5 estadios: Estadio 1- Enfermedad unilateral; Estadio 2- Afectación bilateral sin alteración del equilibrio; Estadio 3- Afectación bilateral de leve a moderada con cierta inestabilidad postural, independiente; Estadio 4- Incapacidad grave, puede caminar o permanecer de pie sin ayuda; Estadio 5- Permanece en silla de ruedas o encamado. La **enfermedad de Parkinson** debe ser diagnosticada por un médico especialista y constatado con exámenes médicos y además de presentar alteraciones motoras, síntomas de rigidez y

temblores de carácter permanente. **No se incluyen las siguientes situaciones: Enfermedad derivada del uso crónico de medicamentos; Enfermedades neurológicas, agudas o crónicas, que causan un cuadro clínico similar a la enfermedad de Parkinson; Enfermedad derivada del envenenamiento por manganeso, derivado del aceite y los insecticidas; Enfermedad debida a traumatismo craneal repetitivo; Síndromes parkinsonianos/parkinsonismo; Estadio 1 y 2 sin afectación del equilibrio.**

Cláusula 58. Riesgos cubiertos

El beneficio descrito en las siguientes Condiciones Generales, cuyo Capital Asegurado figura en las Condiciones Particulares, será pagado si durante el período de cobertura de este adicional, el Asegurado ha recibido por primera vez un diagnóstico de cualquiera de las Enfermedades Graves descritas en el presente clausulado según el plan contratado especificado en las Condiciones Particulares. El Asegurado podrá optar por uno de los siguientes planes: **Esencial (cubre solo Cáncer), Plus (cubre: Cáncer; Infarto Agudo de Miocardio; Accidente Cerebrovascular; Insuficiencia Renal; Angioplastia coronaria; Bypass coronario; Cirugía Aorta y Trasplante), Premium (cubre todas las Enfermedades graves definidas en el presente clausulado).**

Este adicional será de base anual renovable automáticamente hasta la terminación de cobertura según Cláusula 64.

Cláusula 59. Límites de edad

Este adicional solamente cubrirá a los Asegurados cuya edad sea menor o igual a 55 años calculada al momento de la contratación de este.

Cláusula 60. Exclusiones

Además de las exclusiones de cobertura previstas en las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza Base, que aplican a esta Cobertura Adicional, y las establecidas en las definiciones de las Enfermedades Graves, la presente no cubre las Enfermedades Graves del Asegurado causada directa o indirectamente por:

- a) **Enfermedades preexistentes, es decir, desarrolladas con anterioridad a la contratación de la póliza según la cláusula detallada al final de este condicionado.**
- b) **Enfermedades congénitas o desarrolladas durante el embarazo.**
- c) **Enfermedades secundarias a procesos o patologías no amparados en las condiciones generales.**
- d) **Enfermedades causadas o consecuencia del Síndrome de Inmunodeficiencia adquirido o SIDA o relacionadas con la presencia del virus del HIV.**
- e) **Intento de suicidio o autolesión por parte del Asegurado.**
- f) **Enfermedades causadas o derivadas del consumo de alcohol o drogas.**

Además, cada enfermedad grave tiene en su definición exclusiones específicas a cada una y forman parte también de esta cláusula de Exclusiones.

Ninguna indemnización se hará efectiva bajo este seguro si la enfermedad grave ha sido diagnosticada dentro del período de 90 días corridos contados desde la correspondiente fecha de inicio de vigencia de esta Cláusula Adicional (o desde la fecha de toda rehabilitación de la Póliza Básica, si hubiere).

Cláusula 61. Importe y límite de la Indemnización

La suma asegurada de la cobertura principal de Fallecimiento bajo la póliza Básica pagadera en caso de muerte se mantendrá igual, ocurra o no una Enfermedad Grave. Será reducida, no obstante, por la suma pagada por una Enfermedad Grave si el Asegurado muere durante el primer mes siguiente al diagnóstico de la Enfermedad Grave.

Ninguna indemnización resultante de las coberturas especificadas en esta Cláusula Adicional servirá de base para considerar el beneficio de incapacidad total y permanente por enfermedad.

Cláusula 62. Denuncia

La denuncia del siniestro a reclamar deberá ser presentada a la Compañía dentro de los **treinta (30) días corridos siguientes al diagnóstico de la Enfermedad Grave** bajo el cual daría inicio la presente cobertura.

Cláusula 63. Deber de información

No se indemnizará ningún siniestro antes de que la Compañía haya recibido por parte del Asegurado o un representante de éste, las pruebas suficientemente satisfactorias del hecho ocurrido, como son:

- a) copia de Cédula de Identidad del Asegurado
- b) el diagnóstico confirmado de la ocurrencia de una Enfermedad grave (de acuerdo con lo indicado la definición de cada Enfermedad Grave), realizado por un médico especialista según corresponda de acuerdo con lo indicado la definición de cada Enfermedad grave, así como toda información clínica, radiológica, histológica, de laboratorio, y de cualquier otra índole que la Compañía juzgue necesaria.

El dictamen final será determinado por la Compañía pudiendo solicitar información médica adicional que se entienda pertinente y podrá ser evaluado por el médico asesor de la Compañía.

Cláusula 64. Terminación de la cobertura

Además de las causales de terminación de cobertura previstas en las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza Base, que aplican a esta Cobertura Adicional, la cobertura bajo este adicional cesará automáticamente cuando:

- a) **Cuando la Póliza Base determinante del presente adicional dejara de hallarse en completo vigor por falta de pago de alguna de sus premios o fracción de ellos, o por cualquier otra causa.**
- b) **Cuando el Asegurado solicite la cancelación del presente Adicional.**
- c) **La fecha del primer hecho indemnizable por la presente Cláusula Adicional.**
- d) **La Póliza alcance el aniversario más próximo a la fecha en la que la Vida Asegurada cumpla los 65 años.**

Cláusula 65. Cláusula de enfermedades preexistentes

Durante tres (3) años contados a partir de la fecha de vigencia de la presente Cobertura Adicional, o a partir de la rehabilitación de esta, el Asegurador no pagará la indemnización, cuando la Enfermedad Grave, se produjera como consecuencia directa de las siguientes patologías, diagnosticadas y/o declaradas con anterioridad a la fecha de vigencia de la póliza, o de su tratamiento, así como sus posteriores agudizaciones y complicaciones: Cardiopatía isquémica, Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías, Valvulopatías, HTA, Arritmias, Diabetes Mellitus (repercusiones macro y micro angiopáticas), ACV- ICTUS, Malformaciones arterio venosas, Patologías crónicas de vías respiratorias inferiores (EPOC-Asma-Fibrosis pulmonar-bronquiectasias, etc.), Patologías infecciosas del tracto respiratorio inferior, VIH/SIDA y otras enfermedades infecciosas de denuncia obligatoria, Patología neoplásica, así como sus recidivas y complicaciones derivadas de tratamiento oncológico, Insuficiencia renal, Hepatopatías, Enfermedades neurodegenerativas, Patologías autoinmunes, Consecuencias por uso crónico de tratamiento inmunosupresor/corticoterapia, Patologías como consecuencia del consumo de sustancias psicoactivas, Complicaciones como consecuencia de tratamientos en pacientes trasplantados.