

CONDICIONES GENERALES DE SEGURO ONCOLÓGICO

MAPFRE Uruguay Seguros S.A., en adelante llamada la “Compañía”, pagará la suma que se establece en las Condiciones Particulares, en caso de ocurrencia del riesgo cubierto, de acuerdo con la cláusula 1° de estas Condiciones Generales.

Este Contrato se conviene en virtud de la solicitud presentada por el Asegurado, la Declaración de Salud firmada por el Asegurado que la Compañía acepta de buena fe y mediante el pago de las primas anuales (o de cuotas fraccionadas), cuyo importe se fijará en las Condiciones Particulares y se reajustará de acuerdo con la edad alcanzada, o por alcanzar por el Asegurado en cada año.

Todas las cláusulas y condiciones impresas o escritas por la Compañía en esta Póliza o en sus Condiciones Particulares, integran el presente Contrato.

Ley entre las partes contratantes

Cláusula 1 – Disposiciones Fundamentales

- 1) Las partes contratantes se someten a la presente póliza y a las disposiciones de las leyes vigentes cuando ello es admisible. En caso de no coincidir las Condiciones Generales con las Particulares, se estará a lo que dispongan estas últimas. La póliza entra en vigencia en la fecha establecida en dichas Condiciones Particulares.
- 2) Esta Póliza ha sido extendida por la Compañía sobre la base de las declaraciones suscriptas por el Contratante o los Asegurados Principales en sus respectivas solicitudes. **Toda falsa declaración o reticencia de circunstancias conocidas por el Contratante o por el Asegurado Principal, aún hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubieran impedido el contrato o la aceptación de los seguros individuales, o habría modificado las condiciones de los mismos, si la Compañía hubiese sido cerciorada del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato o los certificados individuales de los asegurados, según el caso.**

Este contrato no cubre lucro esperado ni puede originar beneficio ni enriquecimiento alguno para el Asegurado.

Las disposiciones pertinentes de los Códigos de Comercio y Civil, de las Leyes, Decretos, Resoluciones, Ordenanzas y Reglamentos Nacionales y Departamentales, se aplicarán en aquellas materias y/o puntos que no estén previstos y resueltos por esta póliza. En particular, serán aplicables en materia de seguros, las disposiciones de la Ley N° 19.678 del 26 de octubre de 2018, o la que se encuentre vigente.

Cláusula 2 – Definiciones:

A los efectos de la póliza, se entenderá, con carácter general, por:

- a) Contratante o Tomador: a la persona física o jurídica tomadora de la póliza que suscribe la solicitud y el respectivo contrato de seguro.
- b) Asegurado: Asegurado que haya aprobado los requisitos de selección determinados por el Asegurador y que a la fecha de vigencia no hubiera superado la edad establecida como requisito de asegurabilidad.
- c) Cáncer: Una enfermedad provocada por un tumor maligno cuyas características son el crecimiento y la multiplicación incontrolada de células malignas y la invasión de tejidos. El término cáncer incluye también leucemia y enfermedades malignas del sistema linfático, como, por ejemplo, la enfermedad de Hodgkin. **Se excluye cualquier clase de cáncer no invasivo e in-situ de piel, excepto melanoma de invasión.**

Objeto y extensión del seguro

Cláusula 3 - Objeto de la Cobertura Oncológica

El Asegurador indemnizará la suma indicada en las Condiciones Particulares, ante el diagnóstico de cáncer que tenga el Asegurado, sin restricciones por viajes, residencia y ocupación.

Cláusula 4 – Riesgos Excluidos

Ningún pago se hará efectivo si la enfermedad grave en cuestión, ha sido causada directa o indirectamente por:

- a) **Adicción al alcohol o a las drogas**
- b) **Enfermedades en conexión con infección HIV**

Cláusula 5 - Carencia

Ninguna indemnización se hará efectiva bajo este seguro si la enfermedad (cáncer) ha sido diagnosticada durante un período de 3 meses desde la correspondiente fecha de vigencia de esta Póliza o desde su fecha de rehabilitación.

Cláusula 6 – Edades

Esta Póliza deberá ser contratada antes de cumplir el Asegurado los cincuenta y cinco (55) años de edad.

La denuncia inexacta de la edad solo autoriza la rescisión por el asegurador cuando la verdadera edad exceda los cincuenta y cinco (55) años de edad.

Si ocurrido el siniestro el asegurador constata que la edad del Asegurado ha sido declarada en forma falsa y dicha declaración provoca un monto de premio incorrecto para el tipo de seguro contratado, el Asegurador ajustará el capital asegurado al monto que hubiera correspondido de acuerdo al premio realmente pagado si la edad hubiera sido declarada correctamente y abonará dicho monto en concepto de indemnización.

Si la declaración falsa de edad se descubre antes de ocurrido el siniestro del asegurado y la edad resulta menor que la denunciada, el Asegurador devolverá la diferencia de premio percibido, reajustando los premios futuros o ajustará el capital asegurado.

Si la edad resulta mayor, el Asegurador reducirá el capital asegurado conforme a la edad real y el premio pagado, salvo que el Asegurado opte por conservar el mismo capital asegurado y pagar al Asegurador la diferencia de premios no abonados.

Primas

Cláusula 7 - Primas

El importe de las primas a pagar por el Contratante estará especificado en las Condiciones Particulares.

Cláusula 8 – Pago de primas

Las primas se pagarán en las fechas de vencimiento o antes, en la Oficina Principal de la Compañía, en la Capital de la República, y su pago se acreditará por medio de recibos oficiales emitidos por la Compañía y refrendados según el sistema de pago utilizado. Sin perjuicio de la obligación que incumbe al Asegurado de abonar las primas en la Sede de la Compañía, esta podrá facilitar, cuando y mientras lo considere oportuno, el cobro de las primas mediante otros medios.

Este seguro se emite sobre la base de primas anuales, pero la Compañía podrá aceptar el fraccionamiento de ellas en cuotas de acuerdo con las tarifas vigentes en la fecha de emisión de esta Póliza. En el caso que se efectuara una liquidación de esta Póliza, motivada por el fallecimiento del Asegurado, se deducirá de la suma que debiera pagarse todas las cuotas impagas de la prima correspondiente al año de vigencia en que el deceso ocurrió. El pago de cualquier prima o cuotas sólo mantendrá la Póliza en vigor hasta el vencimiento de la prima o cuota siguiente. Si el Asegurado lo solicita por escrito, la Compañía podrá aceptar el cambio de forma de pago a partir del próximo inmediato año de vigencia.

Cláusula 9 – Plazo de gracia

Si el Asegurado dejara de abonar una prima o cuota, la Póliza quedará en mora automáticamente sin necesidad de intimación o interpelación judicial o extrajudicial de especie alguna, pero la Compañía la mantendrá en vigor, con todos sus derechos y ventajas durante el plazo de gracia de 30 días, que empezará a contarse desde el día del vencimiento de la prima o cuota no pagada. Vencido el plazo de gracia la Póliza quedará automáticamente resuelta de pleno derecho, sin derecho a ninguna indemnización. En caso de rehabilitación por pago, el plazo de vigencia de la póliza no resultará modificado (pero aplica el plazo de carencia de acuerdo con lo establecido en la cláusula tercera).

Cláusula 10 – Falta de pago de las primas

Si cualquier prima no fuere abonada dentro del plazo de gracia, la cobertura caducará automáticamente, pero el contratante adeudará a la Compañía la prima correspondiente al mes de gracia, salvo que dentro de dicho plazo hubiese solicitado por escrito su rescisión, en cuyo caso deberá pagar la prima calculada o prorrateada por los días transcurridos desde el vencimiento de la prima impaga hasta la fecha de recepción, por parte de la Compañía, de tal solicitud.

Beneficiarios

Este capítulo aplica únicamente en caso de que corresponda indemnizar por fallecimiento del Asegurado a causa de un cáncer cubierto por la póliza, de acuerdo con estas condiciones generales.

Cláusula 11 - Designación del beneficiario

La designación del beneficiario se hará por un medio por escrito y de forma fehaciente en la Sede del Asegurador acompañando la solicitud de la correspondiente póliza a fines de que se registre la designación mediante endoso. Designadas varias personas sin indicación de cuota parte, se entiende que el beneficiario es por partes iguales.

Cuando se designe a los hijos se entiende los concebidos y los sobrevivientes al tiempo de ocurrir el evento previsto. Cuando se designe a los herederos, se entiende a los que por ley suceden al Asegurado, si no hubiere otorgado testamento; si lo hubiere otorgado, se tendrá por designados a los herederos instituidos. El Asegurador podrá solicitar todos los recaudos necesarios a efectos de corroborar la condición de heredero legal o instituido antes de la liquidación de la indemnización.

Si no se fija cuota parte, el beneficio se distribuirá conforme a las cuotas hereditarias.

Cuando el contratante no designe beneficiario o por cualquier causa la designación se haga ineficaz o quede sin efecto, se entiende que designó a los herederos.

Cláusula 12 - Cambio de beneficiario

El contratante podrá cambiar en cualquier momento el beneficiario designado. Para que el cambio de beneficiario surta efecto frente al Asegurador, es indispensable, que éste sea notificado mediante el proceso de designación anteriormente indicado. Cuando la designación sea a título oneroso y el Asegurador conozca dicha circunstancia no admitirá el cambio de beneficiario.

Ningún cambio surtirá efecto hasta que haya sido anotado en la Póliza, pero una vez asentado tal endoso, el cambio será válido desde la fecha en la que fue presentada la solicitud en vida del Asegurado, aunque éste no estuviera vivo en el momento de asentarse el endoso.

El Asegurador queda liberado si, actuando diligentemente, hubiera pagado la suma asegurada a los beneficiarios designados con anterioridad a la recepción de cualquier notificación que modificara esa designación.

Cláusula 13 - Pérdida de la condición de beneficiario

Pierde todo derecho el beneficiario que provoca deliberadamente la muerte del asegurado con un acto ilícito o provoca dolosamente el siniestro.

Si existiera más de un beneficiario, la cuotaparte de la prestación de quien cometió el acto no será prestada. Los demás beneficiarios recibirán su cuotaparte correspondiente.

Siniestros e Indemnización

Cláusula 14 - Denuncia

El Asegurado o quien lo represente deberá dar aviso en forma inmediata al Asegurador de toda situación que pueda dar motivo a una reclamación o la configuración de un siniestro. Además, tendrá la carga de formalizar la denuncia en un lapso de un (1) mes corrido de ocurrido o desde que tuvo conocimiento del siniestro. **Si no se denunciara el siniestro en el plazo indicado anteriormente, se perderá el derecho a la indemnización.**

A efectos de la presente póliza, se entenderá que el siniestro ha sido configurado en el momento en que el Asegurado obtenga el diagnóstico definitivo de parte de un profesional de la medicina legalmente habilitado.

Cláusula 15 – Deber de información

Dentro de los quince (15) días corridos siguientes a la denuncia del siniestro, el Asegurado Principal informará por escrito al Asegurador, salvo dispensa por escrito, toda la información necesaria para verificar el siniestro, determinar su extensión y cuantía, así como todas las circunstancias por las que consideran que está comprendido en la cobertura del seguro. Asimismo, permitirá y facilitará todas las medidas o indagaciones necesarias a esos fines. En el mismo tiempo entregará al Asegurador toda la documentación necesaria para determinar la cuantía de los daños y una declaración de los seguros vigentes.

El Asegurador tiene el derecho de exigir al Asegurado Principal toda clase de información acerca del siniestro.

El Asegurado autorizará a los médicos que le traten o hayan tratado desde el principio a facilitar a la Compañía los informes que ésta pueda precisar a su juicio para juzgar sobre sus condiciones físicas o estado de salud.

El incumplimiento de este deber tendrá como consecuencia la pérdida del derecho a la indemnización, salvo que mediere causa extraña no imputable o razones de fuerza mayor.

Cláusula 16 - Plazo para la aceptación o rechazo del Siniestro

El Asegurador tendrá treinta (30) días corridos a contar de la formalización de la denuncia del siniestro para comunicar al Asegurado la aceptación o el rechazo del mismo. Vencido dicho plazo sin respuesta, se considerará aceptado el siniestro.

El plazo anteriormente establecido se suspenderá en los casos en que el Asegurador, por razones ajenas a su alcance y voluntad, no contara con los elementos suficientes para evaluar y determinar la cobertura del siniestro.

Cláusula 17 – Pago de las indemnizaciones

No habiendo sido rechazado el siniestro de acuerdo con las condiciones de la presente póliza, el Asegurador pagará el importe de la indemnización debida al Asegurado, en un plazo máximo de sesenta (60) días corridos, a contar de la comunicación fehaciente al Asegurado de la aceptación del siniestro

por parte del Asegurador, o de vencido el plazo previsto para el rechazo del siniestro y **siempre que se hayan cumplido las obligaciones y cargas previstas por la Póliza y la ley 19.678.**

Si la prestación no fuera pagada al término de dicho plazo, el Asegurador caerá en mora por el solo vencimiento del término, y correrán a partir de esa fecha los intereses moratorios a la misma tasa que la estipulada para el caso de no pago del premio, sin perjuicio del derecho del Asegurado a optar por la aplicación de las disposiciones del Decreto Ley No. 14.500 de 8 de marzo de 1976.

Sin perjuicio de lo anterior, no se indemnizará ningún siniestro antes de que la Compañía haya recibido por parte del Asegurado pruebas suficientemente satisfactorias del hecho ocurrido como son:

- a) **La edad del Asegurado**
- b) **El diagnóstico confirmado por un médico de la Compañía de la ocurrencia de la enfermedad, así como toda información clínica, radiológica, histológica, de laboratorio y de cualquier otra índole que la Compañía juzgue necesaria**

En caso de que el Asegurado fallezca a consecuencia de un tipo de cáncer cubierto por la presente Póliza y no hubiera recibido la indemnización correspondiente, la misma se hará efectiva al Beneficiario designado en las condiciones Particulares de acuerdo con el capítulo de Beneficiarios de esta póliza.

Cláusula 18 - Fraude o falsa declaración

Si la reclamación de los daños presentada por el Asegurado fuere en algún modo fraudulenta o si en apoyo de dicha reclamación se hicieran o utilizaran declaraciones falsas, o se emplearan medios o documentos engañosos o dolosos por el Asegurado, o por terceros con conocimiento, consentimiento o por negligencia de éste, con el propósito de obtener un lucro o beneficio cualquiera con motivo de ésta póliza, o si se hubiera exagerado conscientemente la cuantía de los daños, o se dificultara la obtención de pruebas para la averiguación de la verdad, el Asegurado y el Beneficiario perderán todo derecho a la indemnización y el Asegurador podrá rescindir todas las pólizas que tuviere el Asegurado haciendo suyas los premios percibidos.

Cláusula 19 – Rescisión de la póliza

Sin perjuicio de las demás causales de rescisión y caducidad ya previstas, esta Póliza podrá ser rescindida tanto por el Contratante como por la Compañía.

El asegurado podrá rescindir el contrato de seguro en cualquier tiempo, sin expresión de causa, siempre que lo comunique fehacientemente al Asegurador con una antelación mínima de un mes.

El Asegurador podrá rescindir el contrato si se verifica alguna de las causales legalmente previstas para ello, siempre que lo comunique fehacientemente al asegurado con una antelación mínima de un mes.

La comunicación respectiva se hará siempre por escrito, siendo válida la efectuada por carta certificada o telegrama colacionado o por cualquier otro medio escrito de comunicación fehaciente.

El tomador puede rescindir el contrato después de la primera anualidad de su seguro y en todo caso se considerará que la póliza finaliza el día inmediatamente anterior al 66° aniversario del Asegurado.

Cláusula 20 – Pluralidad de Seguros

Si el Asegurado suscribiera un contrato con coberturas similares en otra compañía con vigencia coincidente está obligado a declararlo por escrito al Asegurador, indicando el Asegurador y la suma asegurada y a hacerlo mencionar en el texto de la póliza o en un anexo a ella, a falta de lo cual, en caso de siniestro, el Asegurado pierde todo derecho a indemnización en virtud de la presente póliza, siempre que la omisión se deba a reticencia o mala fe de su parte.

Si al momento del siniestro existiesen otros seguros, y correspondiera indemnizar, el Asegurador sólo queda obligado a pagar en proporción a la cantidad asegurada, y la suma de todos los seguros existentes será el monto total asegurado.

Comunicaciones

Cláusula 21 – Domicilio y condición de validez

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. Sólo se considerarán válidas si han sido dirigidas por escrito.

Las comunicaciones del Asegurador al Asegurado se considerarán válidas si se han dirigido al domicilio contractual establecido en las Condiciones Particulares, considerándose válido el domicilio electrónico constituido por el asegurado en la solicitud del seguro; las del Asegurado al Asegurador deberán remitirse al domicilio que éste hubiere indicado en la póliza.

Prescripción y Jurisdicción

Cláusula 22 - Prescripción

Las acciones que se deriven de este contrato, entre las partes vinculadas por el mismo, prescribirán en el término de dos (2) años. El plazo de prescripción comenzará a contar desde la fecha en que las respectivas obligaciones se hicieron exigibles (de conformidad con lo dispuesto por los artículos 51 y 52 de la ley 19.678).

Cláusula 23 – Jurisdicción y Derecho Aplicable

Toda controversia judicial que se plantee con relación al presente contrato, en cuanto a su ejecución o sus consecuencias entre las partes vinculadas por el mismo, se dirimirá ante los Juzgados competentes de la República Oriental del Uruguay y de acuerdo con la ley de aquel país.