

COBERTURA DE SEGURO DE VIDA.

REF. PÓLIZA 110404

Las **CONDICIONES GENERALES, ESPECIALES y PARTICULARES** de la Póliza de Seguros de Vida Agrupamiento Cobertura del Crédito Número 110404, contratada por "CREDITOS DIRECTOS S.A." (CONTRATANTE) con domicilio en el departamento de Montevideo y sede en Ituzaingó 1315 teléfono 18918, se encuentran a vuestra disposición en el departamento de Montevideo en la calle Ituzaingó 1315 y en la COMPAÑIA COOPERATIVA DE SEGUROS "SURCO", con domicilio en el departamento de Montevideo y sede en la calle Bvar. Artigas número 1388, teléfono 2709 0089.

En virtud de la Póliza referida, la Compañía Aseguradora otorga a "CREDITOS DIRECTOS S.A." un Seguro de Cobertura al Crédito consistente en el pago de una indemnización en caso de ocurrir el fallecimiento de la Persona Asegurada, de conformidad a la información aportada por "CREDITOS DIRECTOS S.A." y en un todo de acuerdo a lo estipulado en la Póliza de Seguros relacionada.

Se expresan a continuación los principales pasajes de sus componentes:

PERSONA ASEGURADA, es la persona física menor de 81 años de edad, tomadora de crédito de CREDITOS DIRECTOS S.A.; que haya sido declarada por éste.

COBERTURA. Saldos pendientes de pago al cierre de cada mes, declarados mensualmente por el CONTRATANTE a SURCO, con un tope máximo de cobertura individual de \$ 300.000 (trescientos mil pesos uruguayos) por PERSONA ASEGURADA.

BENEFICIARIO es la persona física o jurídica que, una vez producido el fallecimiento de la Persona Asegurada, es destinataria de la indemnización pactada. Lo será siempre "CREDITOS DIRECTOS S.A.", por el saldo pendiente de amortización de las operaciones de crédito realizadas por la PERSONA ASEGURADA.

SINIESTRO es la ocurrencia del fallecimiento natural o accidental de la PERSONA ASEGURADA. Muerte accidental es la provocada por un agente externo, súbito, violento, inesperado e independiente de la voluntad de la persona física referida.

DENUNCIA DEL SINIESTRO. I. El CONTRATANTE dispondrá de 180 (ciento ochenta) días contados desde que ocurrió el siniestro para presentar la denuncia. Vencido el plazo SURCO no pagará la indemnización. II. La denuncia del siniestro deberá contener los siguientes elementos: nombre completo de la PERSONA ASEGURADA fallecida, número de la cédula de identidad, estado civil, sexo, fecha de nacimiento y de fallecimiento, suma asegurada, monto de la deuda por ella mantenida al momento del fallecimiento, acompañada de los siguientes documentos: testimonio de partida de defunción, certificado del médico tratante, que acredite la causa de la muerte, parte policial si hubiere intervenido dicha Autoridad; sin perjuicio de otros que SURCO entienda pertinente requerir. En caso de presumirse el fallecimiento, deberá acreditarse la Declaración de Ausencia conforme a las disposiciones legales vigentes. III. En cualquier caso, SURCO tendrá la facultad de realizar una investigación, empleando los profesionales y medios técnicos que estime adecuados para tal propósito, estándose a los resultados de aquella, a los efectos del pago de la indemnización. IV. SURCO cotejará conforme a la modalidad de cobertura, el monto comunicado o denunciado por el CONTRATANTE, con el que surge de la información por él acreditada al momento de la denuncia del siniestro. Si hubiere discrepancia entre las mismas, se atenderá a la información relacionada en primer término.

INDEMNIZACION. Se pagará al contado por la Compañía Aseguradora al décimo día hábil del mes inmediato siguiente a aquél en que quedase acreditado y confirmado el SINIESTRO y estará destinada a cancelar total o parcialmente las operaciones

crediticias pendientes de pago a "CREDITOS DIRECTOS S.A.". Su cuantía será la suma de dinero equivalente al monto informado por el CONTRATANTE al cierre del último mes previo a la ocurrencia del siniestro, relativo a los créditos concedidos por el CONTRATANTE, con un tope máximo de cobertura individual de \$ 300.000 (trescientos mil pesos uruguayos) por PERSONA ASEGURADA. De ser pactado el tope máximo de cobertura individual en moneda nacional será reajutable conforme al índice convenido. El reajuste operará multiplicándose el Capital Asegurado Máximo que se pretenda actualizar por el coeficiente de ajuste resultante de la división entre el índice actual y el índice vigente en aquel momento. La modalidad de reajuste figurará en las **CONDICIONES PARTICULARES**.

RIESGOS NO CUBIERTOS - EXCLUSIONES. I) SURCO no pagará la indemnización que prevé la presente Póliza, si la muerte de la PERSONA ASEGURADA fuese por: **1.-** Suicidio, guerra, invasión, acto de enemigo extranjero o cualquier acto de hostilidad guerrera, haya habido o no declaración de guerra, guerra civil, rebelión o sedición a mano armada, poder militar, naval o aéreo usurpado o usurpante, estallido o acto de revolución, así como el ejercicio de algún acto de autoridad pública para reprimir o defenderse de cualquiera de estos hechos, practica o utilización de la aviación que no sea como pasajero en servicio de transporte aéreo comercial, participar en vuelos no regulares, ser piloto o pasajero de algún automóvil o cualquier otro vehículo de carreras, pruebas o concursos de seguridad, resistencia o velocidad, cacería, paracaidismo, alpinismo, y todo tipo de escalamiento, riesgos atómico y nucleares. **2.-** Huracanes, ciclones, vendavales, tornados o cualquier otro desastre natural. **3.-** Incendio, explosión, derrumbe u otro siniestro que produzca el fallecimiento de diez o más personas reunidas por algún acontecimiento del CONTRATANTE o de SURCO. **4.-** Asalto u homicidio intencional realizado en la PERSONA ASEGURADA, por sus herederos o por el CONTRATANTE. **5.-** Participación voluntaria en riñas o actos delictivos. II) No serán cubiertas las indemnizaciones previstas en esta Póliza, si se ha cometido fraude, dolo o culpa grave en la alteración u omisión de información, declaraciones juradas, en las manifestaciones o comunicaciones previstas en el presente contrato.

Vigencia de las Coberturas Individuales. I. Con respecto a las operaciones crediticias cuya cobertura es automática; desde la fecha del documento en que se instrumente el crédito de la PERSONA ASEGURADA. II. Las coberturas permanecerán mientras sea pagado el premio individual estipulado y solo durante el período que él cubra. III. El incumplimiento del CONTRATANTE en cuanto a brindar la información dentro del plazo, es decir, dentro del mes siguiente al mes en que se concretaron las operaciones crediticias para las coberturas automáticas; determinará modificaciones en las Coberturas Individuales; las que tendrán, vigencia a partir de la efectiva comunicación.

Ni el Contratante ni SURCO ni éstos frente a las Personas Aseguradas, serán responsables por impedimentos que pudieran interponerse por parte de los Organismos de control y regulación en la comercialización de la presente Póliza.

COBERTURAS SUPLEMENTARIAS:

Tope/Limite de Edad para todas las coberturas suplementarias: 65 años

- INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD.

Incapacidad Total y Permanente se define como toda incapacidad sufrida a consecuencia de una lesión corporal o enfermedad, que impida totalmente al Asegurado desempeñarse en cualquier trabajo remunerado o lucrativo y haya persistido ininterrumpidamente por un periodo mínimo de doce (12) meses

Los Beneficios por Incapacidad Total y Permanente se pagarán únicamente si se verifica que las lesiones corporales ocurridas o enfermedades generadoras de la incapacidad se originaron después de la fecha de alta del Asegurado a este contrato de Cobertura Suplementaria y mientras la cobertura se mantenga vigente con respecto a esa persona.

CAPITAL ASEGURADO POR ASEGURADO: Anticipo del Capital Asegurado.

EXCLUSIONES

Este seguro no cubre el riesgo de Incapacidad Total y Permanente si el mismo fuere causado por:

- 1 Suicidio, intento de suicidio, lesiones inferidas al asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento, ya sea estando en su pleno juicio o enajenado mentalmente;
- 2 Participación en cualquier acto delictivo;
- 3 Efecto de guerra, declarada o no declarada, invasión, acción de un enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas, ya sea con o sin declaración de guerra.
- 4 Cualquier acto de insurrección, huelga, motín, conmoción civil o asalto.
- 5 Abuso de alcohol y/o drogas;
- 6 Desórdenes mentales o nerviosos;
- 7 Embarazo, parto o aborto;
- 8 Riesgos asociados con actividades militares. Estos riesgos incluyen, pero no están limitado a: Práctica de tiro; maniobras de guerra; entrenamiento; o paracaidismo.
- 9 Realización de una actividad o deporte riesgoso.
- 10 Servicio, viaje o vuelo en cualquier tipo de avión excepto como viajero pagando pasaje en un avión de línea aérea comercial incorporada para el servicio de pasajeros, sobre una ruta aérea regular;
- 11 A pesar de las estipulaciones de esta póliza y cualquier contrato complementario, endosos o enmiendas adjuntas a la póliza, no se pagarán beneficios bajo esta póliza o cualquier contrato complementario, endoso o enmienda adjunta en el caso de muerte, invalidez y/o gastos médicos en que un Asegurado (o un dependiente cubierto) incurra a causa de una infección oportunista o un neoplasma maligno si, a la fecha de ocurrencia de dicha muerte, invalidez o gasto médico en que se haya incurrido, el sujeto presente el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida, y/o el Virus de Inmunodeficiencia Humana.
- 12 Durante el periodo de tiempo de cobertura de cada asegurado, no se pagaran siniestros que hubieren sido causados por una enfermedad o condición física por la cual la persona asegurada haya recibido evaluación, tratamiento o consulta de parte de un médico, incluyendo un diagnóstico o receta, por la cual el asegurado haya ingerido medicamentos o drogas, en el periodo anterior a la fecha de alta del asegurado en la cobertura.

- INVALIDEZ TOTAL TEMPORAL POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD

RIESGO CUBIERTO

En virtud de la presente Cobertura Suplementaria, la Compañía Aseguradora pagará al Contratante las cuotas mensuales correspondientes a los Contratos de Préstamo de los Asegurados, por el lapso en que dichos Asegurados se encuentren en situación de Invalidez Total y Temporal, no percibiendo ingresos de ninguna otra naturaleza (ingresos por rentas o por el desempeño de actividad en forma dependiente o independiente, etc.) y sin efectuar los pagos debidos al Contratante bajo el Contrato de Préstamo.

CAPITAL ASEGURADO POR ASEGURADO: Importe de una cuota mensual del préstamo personal del Asegurado, con un máximo de \$ 4200.- por evento/vigencia. Para la tarjeta de crédito se indemniza un 16% del saldo mensual de la tarjeta

con un máximo de 3 cuotas y una indemnización máxima de \$ 4200. – por evento/vigencia

EXCLUSIONES

La Compañía Aseguradora no pagará la indemnización prevista en esta Cobertura Suplementaria cuando la Invalidez Total y Temporal se produce por alguna de las siguientes causas:

- 1 Intento de Suicidio del asegurado, lesiones inferidas al asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento, ya sea estando en su pleno juicio o enajenado mentalmente;
 - 2 Acto ilícito del Contratante, excepto que el pago de la prima este a cargo del Asegurado;
 - 3 Accidente provocado por dolo o culpa grave del Asegurado;
 - 4 Participación en riñas, salvo legítima defensa;
 - 5 Empresa o acto criminal, acto de guerra civil o internacional, guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando el asegurado hubiera participado como elemento activo.
 - 6 Abuso del alcohol, drogas o psicofármacos, salvo que estos últimos hubiesen sido prescritos por un profesional médico y hubiesen sido consumidos de acuerdo con su prescripción;
 - 7 Intervenciones médicas o quirúrgicas ilícitas; cirugía plástica para condiciones preexistentes; cirugía estética para fines de embellecimiento, excepto aquella que sea necesaria como consecuencia de un accidente sufrido por el Asegurado durante la vigencia de la cobertura individual;
 - 8 Práctica o uso de la navegación aérea, salvo como pasajero en líneas regulares;
 - 9 Participación en viajes o prácticas deportivas submarinas o subacuáticas o escalamiento de montaña.
 - 10 Competiciones en pruebas de pericia y/o velocidad con vehículos mecánicos o de tracción a sangre o en justas hípicas, o cualquier otra prueba análoga
 - 11 Intervención en pruebas de prototipos de aviones, automóviles y otros vehículos de propulsión mecánica
 - 12 Desempeño paralelo de las profesiones de acróbata, buzo, jockey y domador de potros o fieras y/o la práctica de deportes o actividades peligrosas como alpinismo, andinismo, ascensiones aéreas, aladeltismo, esquí acuático o de montaña, motonáutica u otras actividades análogas y manipulación de explosivos y/o armas o con exposición a radiaciones atómicas;
 - 13 De una infección que sea consecuencia directa o indirecta del virus HIV (Virus de Inmunodeficiencia Humana);
 - 14 Acontecimientos catastróficos originados por reacciones nucleares;
 - 15 Por maternidad; parto; o aborto y sus consecuencias;
 - 16 Por hernias y lumbagos;
 - 17 Por anomalías congénitas, tanto sea causada en forma directa como indirectamente por estas anomalías;
 - 18 Cura de reposo o adelgazamiento para fines de embellecimiento estético;
 - 19 Alteraciones mentales;
 - 20 Tratamiento de adicciones (alcohol, tabaco, drogas);
 - 21 Tratamiento odontológico;
- Asimismo, la Compañía Aseguradora no pagará el beneficio de esta Cobertura Suplementaria si la Invalidez Total y Temporal del Asegurado tiene su origen en una enfermedad o accidente anterior a la vigencia de esta Cobertura Suplementaria.

RIESGOS NO CUBIERTOS

El Asegurado no estará cubierto bajo la presente Cobertura Suplementaria de verificarse las siguientes circunstancias:

- 1 No encontrarse al día en el pago de las cuotas del Contrato de Préstamo al momento de producirse su Invalidez Total y Temporal.
- 2 Producirse la Invalidez Total y Temporal durante el Periodo de Carencia especificado en las Condiciones Particulares hasta que se haya cumplido dicho período.

- HOSPITALIZACION POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD

4 - EVENTO CUBIERTO

La Compañía concederá el beneficio que acuerda esta cobertura cuando se produzca la internación del Asegurado en un Establecimiento Asistencial, como consecuencia de un

Accidente acaecido, o una Enfermedad iniciada, dentro del territorio de la República Oriental del Uruguay durante la vigencia de esta Cobertura Suplementaria y antes de cumplir el tope/ límite de edad de 65 años. A efectos de generarse el beneficio, la internación debe continuar ininterrumpidamente como mínimo durante el Periodo de Espera/Franquicia

Deducible de 7 días y, en caso de ser consecuencia de una enfermedad, haberse iniciado con posterioridad a la finalización del Periodo de Carencia de 30 días. Asimismo, es condición para la generación del beneficio en caso de accidente, que (independientemente de la demostración de otros nexos causales) el comienzo del periodo de internación se produzca dentro de un plazo máximo de 60 (sesenta) días contados desde la ocurrencia del accidente.

CAPITAL ASEGURADO POR ASEGURADO: Importe de una a tres cuotas mensuales del préstamo personal del Asegurado, con un máximo de \$ 10.000.- por evento/vigencia. Para la tarjeta de crédito se indemniza un 16% del saldo mensual de la tarjeta con un máximo de 3 cuotas y una indemnización máxima por cuota de \$ 3334.-

8 - EXCLUSIONES

La Compañía Aseguradora no abonará el beneficio cuando la internación sea consecuencia de:

- 1 Efectos de guerra, declarada o no declarada, invasión, acción de un enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas ya sea con o sin declaración de guerra.
- 2 Enfermedades infectocontagiosas que revistan el carácter de epidemia;
- 3 Eventos catastróficos originados por la naturaleza tales como terremotos, inundaciones, aluviones, maremotos, huracanes, etc.
- 4 Suicidio, intento de suicidio, lesiones inferidas al asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento, ya sea estando en su pleno juicio o enajenado mentalmente;
- 5 Abuso del alcohol, drogas o psicofármacos, salvo que estos últimos hubiesen sido prescriptos por un profesional médico y hubiesen sido consumidos de acuerdo con su prescripción.
- 6 Infección oportunista y/o neoplasma maligno si en el momento de manifestarse la enfermedad o producirse el accidente, el Asegurado tuviere el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) o fuere cero positivo al HIV (Virus de Inmuno Deficiencia Humana), según las características descriptas en la Clausula 2 - DEFINICIONES de las Condiciones Generales.
- 7 Realización de una actividad o deporte riesgoso, tales como, pero no limitado a: aladeltismo, paracaidismo, buceo, boxeo, polo, polocrosse, rugby, rafting, viaje u operación de planeadores o aeroplanos acrobáticos, participación en

- competencias automotrices, motociclistas o equinas o cualquier otro deporte ejercitado profesionalmente;
- 8 Cualquier Condición Médica Preexistente. Esta exclusión solo opera si el evento cubierto se produce dentro de los primeros 3 años de vigencia ininterrumpida de esta Cobertura Suplementaria;
- 9 Participación voluntaria en riñas o actos delictivos;
- 10 Radiaciones de cualquier naturaleza, en especial las resultantes de la modificación del núcleo atómico, cuando se deriven de tratamiento médico;
- 11 Enfermedades o accidentes que puedan sobrevenir a la Persona Asegurada, encontrándose detenida por orden de autoridad administrativa o judicial;

RIESGOS NO CUBIERTOS

Sin perjuicio de lo establecido en el artículo precedente, la Aseguradora no pagará el beneficio previsto en esta Cobertura Suplementaria, cuando la internación del Asegurado sea consecuencia de:

- 1 Maternidad: comprende toda internación que se lleve a cabo durante el embarazo, sea consecuencia o no de éste; el parto y hasta los cuarenta y cinco (45) días posteriores al parto. Sólo estarán cubiertas las internaciones que sean causadas por Accidente;
- 2 Aborto espontáneo, tratamientos de fertilidad, inseminación y actos quirúrgicos con fines de fertilización o esterilización en ambos sexos. Cambio de sexo y sus consecuencias;
- 3 Enfermedades de los órganos femeninos de reproducción;
- 4 Cirugía plástica para condiciones preexistentes;
- 5 Cirugía estética para fines de embellecimiento, excepto aquella que sea necesaria como consecuencia de un accidente sufrido por el Asegurado durante la vigencia de la cobertura individual;
- 6 Cura de reposo o adelgazamiento para fines de embellecimiento o estético;
- 7 Alteraciones mentales;
- 8 Tratamiento de adicciones (alcohol, tabaco, drogas);
- 9 Anomalías congénitas y patologías derivadas o resultantes de las mismas;
- 10 Tratamiento odontológico.

Ni el Contratante ni SURCO ni éstos frente a las Personas Aseguradas, serán responsables por impedimentos que pudieran interponerse por parte de los Organismos de control y regulación en la comercialización de la presente Póliza.

NOTIFICACION EN CASO DE RECLAMO

Producido la Invalidez temporal o la Incapacidad del Asegurado, deberá ser notificado a la Compañía Aseguradora, directamente por el Asegurado o por intermedio del Contratante, por telegrama colacionado u otro medio fehaciente dentro de los treinta (30) días corridos posteriores a su inicio. La Hospitalización deberá ser denunciada dentro de los 30 días siguientes de haberse producido. Cualquier demora en la presentación de la denuncia hará perder al Asegurado el derecho a los beneficios que le correspondieran por estas Coberturas Suplementarias

Atención al cliente: 27090089. Las coberturas contratadas han sido puestas en conocimiento de la Superintendencia de Seguros y Reaseguros del Banco Central del Uruguay. La totalidad de las condiciones generales de la misma se encuentran a su disposición en la página WEB de CREDITOS DIRECTOS S.A.

COBERTURA SUPLEMENTARIA HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD

1 – MECANISMO DE LA PÓLIZA

En caso de oposición entre las cláusulas de las CONDICIONES GENERALES y las presentes CONDICIONES SUPLEMENTARIAS, predominarán estas últimas; prevaleciendo las CONDICIONES PARTICULARES sobre todas.

2 - DEFINICIONES

2.1 Establecimiento Asistencial: establecimiento que:

2.1.1 Se halle legalmente autorizado para funcionar como tal.

2.1.2 Brinde principalmente asistencia y tratamiento clínico a personas enfermas o accidentadas.

2.1.3 Cuente con un cuerpo de facultativos de uno o más médicos en forma permanente.

2.1.4 Brinde servicio de enfermería durante las 24 horas del día y disponga de al menos un enfermero diplomado de guardia permanente.

2.1.5 Cuente con equipos para cirugía y diagnóstico, ya sea en sus propias instalaciones o en establecimientos con los que haya acordado convenios para la prestación de dichos servicios.

No se consideran Establecimientos Asistenciales a los fines de la presente cobertura, los establecimientos geriátricos, centros de descanso o de convalecencia y los centros de tratamiento para la drogadicción y el alcoholismo.

La elección del Establecimiento Asistencial queda liberada a la voluntad de los Asegurados.

2.2 Médico: Profesional debidamente matriculado y habilitado para el ejercicio de la medicina o de la especialidad adquirida, de acuerdo a la legislación vigente.

No se aceptará la intervención de ningún médico que sea:

2.2.1 El Asegurado mismo.

2.2.2 El cónyuge del Asegurado.

2.2.3 Un familiar del Asegurado o de su cónyuge hasta el segundo grado de consanguinidad.

2.3 Accidente: se entiende por accidente, todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos, que afecte el organismo del Asegurado provocándole lesiones, que se manifiesten por heridas visibles o contusiones internas.

2.4 Enfermedad: enfermedad iniciada durante la vigencia de la presente por la cual el Asegurado no haya presentado signos o síntomas, no haya acudido a la consulta médica y no haya recibido tratamiento médico, con anterioridad a la fecha de su incorporación a la presente Cobertura Suplementaria.

2.5 Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida: El término “Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida” tendrá los significados asignados por la Organización Mundial de Salud.

2.5.1 La infección oportunista incluirá, pero no estará limitado a, neumonía pneumocystis carinii, organismos de enteritis crónica, infecciones por virus y/u hongos diseminados.

2.5.2 El neoplasma maligno incluirá, pero no estará limitado a, sarcoma de Kaposi, linfoma del sistema nervioso central y/u otras enfermedades malignas reconocidas actualmente o que se reconozcan en el futuro como causas inmediatas de muerte en presencia de inmunodeficiencia adquirida.

2.5.3 El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida incluirá encefalopatía (demencia) por H.I.V. (Virus de Inmunodeficiencia Humana), y Síndrome de Debilitamiento por H.I.V. (Virus de Inmunodeficiencia Humana).

2.6 Condición Médica Preexistente: Hace referencia a cualquier enfermedad o condición, conocida o no por el Asegurado, padecida con anterioridad a su incorporación a esta Cobertura Suplementaria.

2.7 Período de Carencia: En caso de Hospitalización a consecuencia de Enfermedad, la cobertura de cada Asegurado se iniciará luego de transcurrido el período de carencia estipulado en las Condiciones Particulares. Dicho período de carencia se computará desde la fecha del alta del Asegurado a la Póliza.

2.8 Período de Espera/ Franquicia deducible: Es el período establecido en las Condiciones Particulares, contado desde la fecha en que se produce la internación en un Establecimiento Asistencial hasta la fecha en la cual el Asegurado comienza a devengar las prestaciones previstas en la presente Cobertura Suplementaria. Como máximo será de 15 (quince) días corridos.

2.9 Período de Internación: Es la cantidad de días que el Asegurado permanece internado en un Establecimiento Asistencial como consecuencia de una enfermedad o accidente, en base a los cuales se establece el beneficio a devengar por esta Cobertura.

2.10 Cuota Cubierta: es el monto periódico cubierto por esta cobertura especificado en las Condiciones Particulares. Podrá expresarse como un importe constante, o como un porcentaje, siempre en relación al saldo de deuda o a la cuota que el Asegurado deba abonar al Contratante. Cuando la Cuota Cubierta se defina como un porcentaje, su monto estará limitado a una Cuota Cubierta Máxima que se establecerá en las Condiciones Particulares.

2.11 Cantidad Máxima de Cuotas Cubiertas:

Cantidad Máxima de Cuotas Cubiertas por Evento: es la cantidad máxima de cuotas, especificada en las Condiciones Particulares, que la Compañía Aseguradora abonará por cada evento de internación en un Establecimiento Asistencial por accidente o enfermedad, que afecte al Asegurado durante la vigencia de esta cobertura. Como máximo será de 3 cuotas mensuales.

Cantidad Máxima de Cuotas Cubiertas por Vigencia: es la cantidad máxima de cuotas, especificada en las Condiciones Particulares, que la Compañía Aseguradora abonará por uno o más eventos de internación en un Establecimiento Asistencial por accidente o enfermedad, que afecte al Asegurado durante la vigencia de esta cobertura. Como máximo será de 9 cuotas mensuales.

3 - PERSONAS ASEGURABLES

Se consideran asegurables, a la fecha de vigencia inicial de esta Cobertura Suplementaria, a todas las personas físicas que no superen el tope de edad que figura en las Condiciones Particulares, que sean deudores del Contratante por créditos asegurables que éste les haya otorgado y que cumplimenten a satisfacción de la Compañía Aseguradora los requisitos de asegurabilidad establecidos por la misma.

4 - EVENTO CUBIERTO

La Compañía concederá el beneficio que acuerda esta cobertura cuando se produzca la internación del Asegurado en un Establecimiento Asistencial, como consecuencia de un Accidente acaecido, o una Enfermedad iniciada, dentro del territorio de la República Oriental del Uruguay durante la vigencia de esta Cobertura Suplementaria y antes de cumplir el tope/ límite de edad previsto en las Condiciones Particulares. A efectos de generarse el beneficio, la internación debe continuar ininterrumpidamente como mínimo durante el Período de Espera/Franquicia Deducible y, en caso de ser consecuencia de una enfermedad, haberse iniciado con posterioridad a la finalización del Período de Carencia. Asimismo, es condición para la generación del beneficio en caso de accidente, que (independientemente de la demostración de otros nexos causales) el comienzo del período de internación se produzca dentro de un plazo máximo de 60 (sesenta) días contados desde la ocurrencia del accidente.

5 - BENEFICIO

El monto de la Cuota Cubierta por esta Cobertura Suplementaria, así como la Cantidad Máxima de Cuotas Cubiertas, por Evento y por Vigencia, serán los establecidos en las Condiciones Particulares.

La Compañía Aseguradora, comprobada la internación, pondrá a disposición del Contratante el importe de las cuotas cubiertas devengadas en el período que comienza el día de inicio del Período de Espera, hasta alcanzar la Cantidad Máxima de Cuotas Cubiertas.

El beneficio correspondiente se establecerá de la siguiente forma:

- La primer Cuota Cubierta se considerará devengada cuando el Período de Internación se prolongue por un plazo mayor al Período de Espera.
- Cuando la Cantidad Máxima de Cuotas Cubiertas por Evento sea mayor o igual a 2 (dos), la segunda Cuota Cubierta se considerará devengada cuando el Período de Internación se prolongue por un plazo mayor a 30 (treinta) días.
- Cuando la Cantidad Máxima de Cuotas Cubiertas por Evento sea 3 (tres), la tercer Cuota Cubierta se considerará devengada cuando el Período de Internación se prolongue por un plazo mayor a 60 (sesenta) días.

6 – CARACTER DEL BENEFICIO

El beneficio acordado por esta cobertura es acumulativo hasta alcanzar la cantidad Máxima de Cuotas Cubiertas por Evento, siempre que no se supere la Cantidad Máxima de Cuotas Cubiertas por Vigencia y que el pago del premio correspondiente se halle al día.

Es decir, si el Asegurado durante la vigencia de esta Cobertura Suplementaria sufriera más de una internación en un Establecimiento Asistencial, consecuencia del mismo hecho generador, éstas se encuentran cubiertas de la misma forma que la primera internación, pero la cantidad de cuotas abonadas en cada internación se acumula hasta alcanzar entre todas la Cantidad Máxima de Cuotas Cubiertas por Evento.

Si el Asegurado durante la vigencia de esta Cobertura Suplementaria sufriera más de una internación en un Establecimiento Asistencial, consecuencia de diferentes hechos generadores, éstas se encuentran cubiertas de

la misma forma que la primera internación, pero la cantidad de cuotas abonadas en cada internación se acumula hasta alcanzar entre todas la Cantidad Máxima de Cuotas Cubiertas por Vigencia. En cada nuevo evento de internación se computará nuevamente el Período de Espera/Franquicia Deducible. El beneficio acordado por esta cobertura está exclusivamente destinado a la cancelación parcial o total del Saldo de Deuda del Asegurado, de modo que el capital asegurado que debiera liquidarse en caso de muerte del Asegurado se reducirá en consecuencia.

7 – CONDICIONES PREEXISTENTES ESPECIALES

En caso de que al momento del alta en la cobertura de la Póliza la Persona Asegurada se encuentre internada en un Establecimiento Asistencial, se hallare incapacitada o estuviere recibiendo el pago de un reclamo, no se proveerá la cobertura prevista por esta Cobertura Suplementaria.

8 - EXCLUSIONES

La Compañía Aseguradora no abonará el beneficio cuando la internación sea consecuencia de:

- 8.1 Efectos de guerra, declarada o no declarada, invasión, acción de un enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas, ya sea con o sin declaración de guerra;
- 8.2 Enfermedades infectocontagiosas que revistan el carácter de epidemia;
- 8.3 Eventos catastróficos originados por la naturaleza tales como terremotos, inundaciones, aluviones, maremotos, huracanes, etc.;
- 8.4 Suicidio, intento de suicidio, lesiones inferidas al asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento, ya sea estando en su pleno juicio o enajenado mentalmente;
- 8.5 Abuso del alcohol, drogas o psicofármacos, salvo que estos últimos hubiesen sido prescritos por un profesional médico y hubiesen sido consumidos de acuerdo con su prescripción.
- 8.6 Infección oportunista y/o neoplasma maligno si en el momento de manifestarse la enfermedad o producirse el accidente, el Asegurado tuviere el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) o fuere cero positivo al HIV (Virus de Inmuno Deficiencia Humana), según las características descritas en la CLAUSULA 2 - DEFINICIONES de estas Condiciones Generales.
- 8.7 Realización de una actividad o deporte riesgoso, tales como, pero no limitado a: aladeltismo, paracaidismo, buceo, boxeo, polo, polocrosse, rugby, rafting, viaje u operación de planeadores o aviones acrobáticos, participación en competencias automotrices, motociclistas o equinas o cualquier otro deporte ejercitado profesionalmente;
- 8.8 Cualquier Condición Médica Preexistente. Esta exclusión solo opera si el evento cubierto se produce dentro de los primeros 3 años de vigencia ininterrumpida de esta Cobertura Suplementaria;
- 8.9 Participación voluntaria en riñas o actos delictivos;
- 8.10 Radiaciones de cualquier naturaleza, en especial las resultantes de la modificación del núcleo atómico, cuando se deriven de tratamiento médico;
- 8.11 Enfermedades o accidentes que puedan sobrevenir a la Persona Asegurada, encontrándose detenida por orden de autoridad administrativa o judicial;

9 - RIESGOS NO CUBIERTOS

Sin perjuicio de lo establecido en el artículo precedente, la Aseguradora no pagará el beneficio previsto en esta Cobertura Suplementaria, cuando la internación del Asegurado sea consecuencia de:

- 9.1 Maternidad: comprende toda internación que se lleve a cabo durante el embarazo, sea consecuencia o no de éste; el parto y hasta los cuarenta y cinco (45) días posteriores al parto. Sólo estarán cubiertas las internaciones que sean causadas por Accidente;
- 9.2 Aborto espontáneo, tratamientos de fertilidad, inseminación y actos quirúrgicos con fines de fertilización o esterilización en ambos sexos. Cambio de sexo y sus consecuencias;
- 9.3 Enfermedades de los órganos femeninos de reproducción;
- 9.4 Cirugía plástica para condiciones preexistentes;
- 9.5 Cirugía estética para fines de embellecimiento, excepto aquella que sea necesaria como consecuencia de un accidente sufrido por el Asegurado durante la vigencia de la cobertura individual;
- 9.6 Cura de reposo o adelgazamiento para fines de embellecimiento o estético;
- 9.7 Alteraciones mentales;
- 9.8 Tratamiento de adicciones (alcohol, tabaco, drogas);
- 9.9 Anomalías congénitas y patologías derivadas o resultantes de las mismas;
- 9.10 Tratamiento odontológico;

10 – OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE

10.1 Con respecto a la futura persona a asegurar:

El Contratante deberá informar al Asegurado suficientemente, clara y verazmente, acerca de la disponibilidad de los distintos documentos que conforman la cobertura, en su sitio web.

A tales efectos, el Contratante colocará en letra visible y destacada, al dorso de todos los estados de cuenta que envíe a los Asegurados, la siguiente mención: *Estimado Cliente: Le informamos que se encuentra a su disposición en nuestra página web (dirección del sitio web correspondiente) el texto completo de las Condiciones Generales y Suplementarias de la Póliza de Seguro de Vida a la cual se encuentra adherido, así como el correspondiente Certificado de Cobertura.*

10.2 Con respecto a la Compañía Aseguradora:

Sobre las Condiciones de Asegurabilidad. El Contratante deberá brindar dentro del mes siguiente al mes en que se concreten las operaciones crediticias, mediante medio electrónico convenido, la siguiente información:

En cuanto a la identificación del Asegurado; nombre, número de cédula de identidad, fecha de nacimiento. En cuanto a la operación crediticia, número y tipo de operación, fecha de suscripción y vencimiento; moneda, monto, datos que figuran en el documento que contenga el crédito.

11 - DENUNCIA DEL EVENTO CUBIERTO

El Asegurado, sus representantes o el Contratante deberán denunciar directamente a la Compañía Aseguradora cualquier internación del Asegurado en un Establecimiento Asistencial dentro de los treinta (30) días siguientes de haberse producido la misma. Cualquier demora en la presentación de la denuncia hará perder al Asegurado el derecho a los beneficios que le corresponderían por esta Cobertura Suplementaria; excepto que medie caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.

La denuncia se formulará por escrito, en los formularios que a tal fin suministre la Aseguradora.

Asimismo, corresponde al Asegurado o a sus representantes, acompañar los certificados y constancias médicas, incluyendo historias clínicas labradas en el Establecimiento Asistencial donde fuera asistido. Si fuere necesario, también deberá adjuntarse, a pedido de la Compañía Aseguradora, las constancias que acrediten el acaecimiento del accidente o el inicio de la enfermedad, que dieron origen a la internación, durante la vigencia de la cobertura individual.

12 - COMPROBACIÓN DEL EVENTO CUBIERTO

La Compañía Aseguradora podrá efectuar todas las verificaciones que sean necesarias y razonables para acreditar la ocurrencia del siniestro y la extensión de la prestación a su cargo. A tal fin, corresponde al Asegurado o sus representantes la observancia de las siguientes cargas:

12.1 Presentar documentación probatoria del período de internación transcurrido.

12.2 Prestar toda la colaboración que a tal efecto le requiera la Aseguradora; facilitando cualquier comprobación, incluso exámenes médicos a cargo de facultativos designados por aquélla, incluyendo la realización de estudios médico-diagnósticos. Los gastos por la realización de tales estudios y los honorarios de los facultativos designados por la Aseguradora, serán a cargo de esta última.

La inobservancia de las precedentes cargas determinará la ausencia de la cobertura.

Sin perjuicio de lo anterior, el Asegurado autorizará expresamente a su Médico y al Establecimiento Asistencial que se involucren en su atención, a proporcionar toda información que el Médico asesor de la Aseguradora solicite a los efectos de este contrato. La Aseguradora se compromete a velar por la confidencialidad de las informaciones recabadas.

13 - VALUACION POR PERITOS

Si existiesen divergencias entre las partes, la verificación del hecho cubierto será determinado por 2 (dos) Médicos designados uno por cada parte, dentro de los 8 (ocho) días siguientes a la notificación de rechazo del siniestro. En caso de que también haya divergencia entre ellos, dichos profesionales deberán elegir a un tercer Médico dentro de un plazo de 8 (ocho) días de su designación.

Los Médicos designados por las partes deberán presentar su informe dentro de los 30 (treinta) días siguientes a su designación y en caso de divergencia, el tercer Médico deberá expedirse en un plazo de 15 (quince) días de su designación.

Si una de las partes omitiera designar Médico, el Médico de la otra parte procederá a la designación definitiva de un tercer facultativo.

Los honorarios y gastos de los Médicos de las partes estarán a su respectivo cargo. Los honorarios del tercer Médico serán abonados por la parte, cuya posición haya sido desestimada por el dictamen de dicho profesional.

14 - CUMPLIMIENTO DE LA PRESTACION DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA

14.1 La Compañía Aseguradora se compromete a pagar la/s Cuota/s Cubierta/s que otorga la presente cobertura dentro de los 10 (diez) días de recibida la documentación probatoria de la internación y de cumplidos los requisitos estipulados en la Clausula 12, siempre que no existiesen divergencias según lo establecido en la Cláusula 13, en un todo de acuerdo con lo establecido en la Cláusula 5.

14.2 El pago por la Compañía Aseguradora de buena fe conforme a los términos y condiciones de esta Cláusula, liberará totalmente a la Compañía Aseguradora de toda otra obligación con respecto al mismo.

14.3 Ni el Contratante ni la Aseguradora ni éstos frente a los Asegurados, serán responsables por impedimentos que pudieran interponerse por parte de los Organismos de control y regulación en la comercialización de la presente Póliza.

15 - TERMINACION DE LA COBERTURA INDIVIDUAL

La cobertura individual de cada Asegurado bajo la presente Cobertura Suplementaria caducará si se verifica alguna de las siguientes causas:

15.1 Por rescisión o caducidad de la póliza por cualquier causa.

15.2 Al alcanzar el Asegurado el tope/límite de Edad.

15.3 Cuando se haya pagado la Cantidad Máxima de Cuotas Cubiertas.

15.4 Cuando se extinga el Contrato de Préstamo entre el Asegurado y el Contratante, por cualquier causa.

COBERTURA SUPLEMENTARIA INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD

1 – MECANISMO DE LA PÓLIZA

En caso de oposición entre las cláusulas de las CONDICIONES GENERALES y las presentes CONDICIONES SUPLEMENTARIAS, predominarán estas últimas; prevaleciendo las CONDICIONES PARTICULARES sobre todas.

2 - DEFINICION

Incapacidad Total y Permanente se define como toda incapacidad sufrida a consecuencia de una lesión corporal o enfermedad, que impida totalmente al Asegurado desempeñarse en cualquier trabajo remunerado o lucrativo y haya persistido ininterrumpidamente por un período mínimo de doce (12) meses (la incapacidad de tal duración se considerará como permanente únicamente con el propósito de determinar el principio de las obligaciones aquí contraídas). Se excluyen expresamente las incapacidades que afecten al Asegurado en forma parcial o temporal.

Los Beneficios por Incapacidad Total y Permanente se pagarán únicamente si se verifica que las lesiones corporales ocurridas o enfermedades generadoras de la incapacidad se originaron después de la fecha de alta del Asegurado a este contrato de Cobertura Suplementaria y mientras la cobertura se mantenga vigente con respecto a esa persona.

No se pagarán los beneficios de Incapacidad Total y Permanente que resulten de lesiones corporales causadas a sí mismo intencionalmente, se encuentre o no en uso de sus facultades mentales. De aquí en adelante, cada vez que aparezca el término "Incapacidad", significará Incapacidad Total y Permanente como se ha definido y limitado anteriormente.

3. BENEFICIO

El beneficio a pagar por esta Cobertura Suplementaria será el Capital Asegurado vigente del Asegurado, en el momento en que comenzó su incapacidad total y permanente. Bajo esta estipulación se realizará el pago al contratante. La Compañía Aseguradora una vez comprobada la invalidez, abonará al Contratante el capital asegurado en una sola cuota.

4. CARÁCTER DEL BENEFICIO

El beneficio por ésta incapacidad es sustitutivo del Capital Asegurado que debiere liquidarse en caso de muerte del Asegurado. De acuerdo a esto, una vez liquidado el beneficio, finaliza la cobertura individual con respecto a dicho Asegurado, liberando a la Compañía Aseguradora de cualquier otra obligación.

5. EXCLUSIONES

Este seguro no cubre el riesgo de Incapacidad Total y Permanente si el mismo fuere causado por:

5.1 Suicidio, intento de suicidio, lesiones inferidas al asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento, ya sea estando en su pleno juicio o enajenado mentalmente;

5.2 Participación en cualquier acto delictivo;

5.3 Efectos de guerra, declarada o no declarada, invasión, acción de un enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas, ya sea con o sin declaración de guerra;

5.4 Cualquier acto de insurrección, huelga, motín, conmoción civil o asalto;

5.5 Abuso de alcohol y/o drogas;

5.6 Desórdenes mentales o nerviosos;

5.7 Embarazo, parto o aborto;

5.8 Riesgos asociados con actividades militares. Estos riesgos incluyen, pero no están limitado a: Práctica de tiro; maniobras de guerra; entrenamiento; o paracaidismo.

5.9 Realización de una actividad o deporte riesgoso, tales como, pero no limitado a: aladeltismo, paracaidismo, buceo, boxeo, polo, polocrosse, rugby, rafting, viaje u operación de planeadores o aeroplanos acrobáticos, participación en competencias automotrices, motociclistas o equinas o cualquier otro deporte ejercitado profesionalmente;

5.10 Servicio, viaje o vuelo en cualquier tipo de avión excepto como viajero pagando pasaje en un avión de línea aérea comercial incorporada para el servicio de pasajeros, sobre una ruta aérea regular;

5.11 A pesar de las estipulaciones de esta póliza y cualquier contrato complementario, endosos o enmiendas adjuntas a la póliza, no se pagarán beneficios bajo esta póliza o cualquier contrato complementario, endoso o enmienda adjunta en el caso de muerte, invalidez y/o gastos médicos en que un Asegurado (o un dependiente cubierto) incurra a causa de una infección oportunista o un neoplasma maligno si, a la fecha de ocurrencia de dicha muerte, invalidez o gasto médico en que se haya incurrido, el sujeto presente el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida, y/o el Virus de Inmunodeficiencia Humana.

5.11.1 Para los fines de esta exclusión, el término "Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida" tendrá los significados asignados por la Organización Mundial de Salud.

5.11.2 La infección oportunista incluirá, pero no estará limitado a, neumonía pneumocystis carinii, organismos de enteritis crónica, infecciones por virus y/u hongos diseminados.

5.11.3 El neoplasma maligno incluirá, pero no estará limitado a, sarcoma de Kaposi, linfoma del sistema nervioso central y/u otras enfermedades malignas reconocidas actualmente o que se reconozcan en el futuro como causas inmediatas de muerte en presencia de inmuno deficiencia adquirida.

5.11.4 El Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida incluirá encefalopatía (demencia) por H.I.V. (Virus de Inmuno Deficiencia Humana), y Síndrome de Debilitamiento por H.I.V. (Virus de Inmuno Deficiencia Humana).

5.12 Durante el periodo de tiempo de cobertura de cada asegurado indicado en las Condiciones Particulares de esta póliza, no se pagaran siniestros de la misma que hubieren sido causados por una enfermedad o condición física por la cual la persona asegurada haya recibido evaluación, tratamiento o consulta de parte de un médico, incluyendo un diagnóstico o receta, por la cual el asegurado haya ingerido medicamentos o drogas, en el periodo anterior a la fecha de alta del asegurado en la cobertura.

6 – OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE

6.1 Con respecto a la futura persona a asegurar:

El Contratante deberá informar al Asegurado suficientemente, clara y verazmente, acerca de la disponibilidad de los distintos documentos que conforman la cobertura, en su sitio web.

A tales efectos, el Contratante colocará en letra visible y destacada, al dorso de todos los estados de cuenta que envíe a los Asegurados, la siguiente mención: *Estimado Cliente: Le informamos que se encuentra a su disposición en nuestra página web (dirección del sitio web correspondiente) el texto completo de las Condiciones Generales y Suplementarias de la Póliza de Seguro de Vida a la cual se encuentra adherido, así como el correspondiente Certificado de Cobertura.*

6.2 Con respecto a la Compañía Aseguradora:

Sobre las Condiciones de Asegurabilidad. El Contratante deberá brindar dentro del mes siguiente al mes en que se concreten las operaciones crediticias, mediante medio electrónico convenido, la siguiente información:

En cuanto a la identificación del Asegurado; nombre, número de cédula de identidad, fecha de nacimiento.

En cuanto a la operación crediticia, número y tipo de operación, fecha de suscripción y vencimiento; moneda, monto, datos que figuran en el documento que contenga el crédito.

7. COMPROBACION DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Corresponde al Asegurado o a su representante:

7.1 denunciar la existencia de la invalidez;

7.2 presentar Historia Clínica completa, constancias médicas y/o testimoniales de su comienzo y causas;

7.3 facilitar cualquier comprobación, incluso exámenes médicos por facultativos designados por la Compañía Aseguradora y con gastos a cargo de ésta, y cualquier otra documentación medica.

7.4 Parte Policial en caso de haber intervenido dicha autoridad.

8. CESE DE LA COBERTURA POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

El cese de la cobertura principal del Seguro Colectivo de Vida Crédito de un asegurado, anulará automáticamente la cobertura por Seguro Suplementario de Incapacidad Total y Permanente y la Compañía quedará liberada de toda obligación con respecto a dicho Asegurado.

9. LIQUIDACIÓN POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

La Compañía Aseguradora, dentro de los noventa (90) días de recibida la denuncia y/o las constancias a que se refiere la Cláusula 7, contados desde la fecha que sea posterior, deberá hacer saber al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento de los beneficios. Si las comprobaciones a que se refiere la Cláusula 7 no resultan concluyentes en cuanto al carácter total y permanente de la invalidez, la Compañía podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor de (3) tres meses, a fin de confirmar el diagnóstico. La Compañía Aseguradora deberá realizar el pago del capital asegurado dentro de los (90) noventa días hábiles siguientes a la aprobación de la documentación detallada en la Cláusula 7 y a haber confirmado que el Asegurado cumplió satisfactoriamente con lo dispuesto en el mismo.

La Compañía Aseguradora deberá aprobar la información detallada en los numerales 7.1, 7.2, 7.3 y 7.4 en 30 días, a partir de la fecha de recibida la totalidad de la misma.

La Compañía pondrá el importe del respectivo capital asegurado a disposición del Contratante, previa justificación por parte de éste último de haber liberado al Deudor Asegurado o a sus derecho-habientes de su obligación.

10. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA INDIVIDUAL

La cobertura individual de cada Asegurado bajo la presente Cobertura Suplementaria caducará si se verifica alguna de las siguientes causas:

10.1 Al alcanzar el Asegurado el tope/límite de edad

10.2 Si la póliza principal se cancela por cualquier motivo;

10.3 En la fecha de aniversario de la póliza después de recibir notificación para cancelar esta Cobertura Suplementaria.

10.4 Cuando se haya abonado el beneficio estipulado en esta Cobertura Suplementaria.

10.5 Cuando se extinga el Contrato de Préstamo entre el Asegurado y el Contratante por cualquier causa.

11. CLÁUSULA ESPECIAL

Ni el Contratante ni la Aseguradora ni éstos frente a los Asegurados, serán responsables por impedimentos que pudieran interponerse por parte de los Organismos de control y regulación en la comercialización de la presente Póliza.

COBERTURA SUPLEMENTARIA

INVALIDEZ TOTAL TEMPORAL POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD

1 – MECANISMO DE LA PÓLIZA

En caso de oposición entre las cláusulas de las CONDICIONES GENERALES y las presentes CONDICIONES SUPLEMENTARIAS, predominarán estas últimas; prevaleciendo las CONDICIONES PARTICULARES sobre todas.

2 - PERSONAS ASEGURABLES

Se consideran Personas Asegurables las personas físicas deudores del Contratante, cuya edad no supere el tope/límite de edad figura en las Condiciones Particulares, que cumplan los siguientes requisitos:

2.1 Que, al momento de incorporarse a la presente Cobertura Suplementaria, hayan estado trabajando en forma independiente durante un período no menor al Período Activo Mínimo especificado en las Condiciones Particulares.

2.2 Que, durante el Período Activo Mínimo no hayan estado incapacitadas para trabajar debido a una enfermedad o accidente por un período mayor a 15 días hábiles.

Solo podrá ser asegurada una única persona por cada préstamo, incluso en el caso de co-deudores. Las personas que trabajan en forma dependiente no serán personas asegurables para esta Cobertura Suplementaria.

3 - DEFINICIONES

A los efectos de esta Cobertura Suplementaria aplican las siguientes definiciones:

3.1 *Período de Carencia:* Es el período establecido en las Condiciones Particulares, contado a partir de la vigencia inicial del Contrato, durante el cual el Contratante no tiene derecho al beneficio previsto por esta Cobertura Suplementaria. Como máximo será de 180 días corridos o seis cuotas mensuales de la deuda.

3.2 *Período de Espera/Franquicia Deducible:* Es el período establecido en las Condiciones Particulares, contado a partir del día en que el Asegurado queda en situación de Invalidez Total y Temporal, durante el cual no se devenga indemnización. No se pagará ningún beneficio por los días de Desempleo correspondientes al Período de Espera. Como máximo será de 90 días corridos o tres cuotas mensuales de la deuda.

3.3 *Número Máximo de Cuotas Cubiertas por Evento de Invalidez Total y Temporal:* Es el número máximo de cuotas mensuales de la deuda, especificado en las Condiciones Particulares, que la Compañía Aseguradora pagará en concepto de beneficio por cada evento de Invalidez Total y Temporal que afecte al Asegurado. Como máximo será de 12 cuotas mensuales de la deuda.

3.4 Número Máximo de Cuotas Cubiertas por Contrato: Es el número máximo de cuotas mensuales de la deuda, especificado en las Condiciones Particulares, que la Compañía Aseguradora pagará en concepto de beneficio por uno o más eventos de Invalidez Total y Temporal que afecten al Asegurado durante la vigencia de esta Cobertura Suplementaria. Es decir que, si durante la vigencia de esta Cobertura Suplementaria, el Asegurado sufriera más de una Invalidez Total y Temporal, la duración de cada Invalidez Total y Temporal se acumulará hasta alcanzar, entre todas, el Número Máximo de Cuotas Cubiertas por Contrato, en cuyo caso caducará la presente Cobertura Suplementaria. El Número Máximo de Cuotas Cubiertas por Contrato no será mayor a 24 cuotas mensuales de la deuda, ni podrá superar el plazo del Contrato de Préstamo.

3.5 Período Activo Mínimo: Es el período mínimo de trabajo en forma independiente y continuada, contado hasta la fecha de la primera situación de Invalidez Total y Temporal, que el Asegurado debe haber cumplido para tener derecho a la cobertura que otorga esta Cobertura Suplementaria. Está indicado en las Condiciones Particulares y será como mínimo de 12 meses.

3.6 Período de Rehabilitación Mínimo: Es el período indicado en las Condiciones Particulares que el Asegurado, que ya ha hecho uso de esta Cobertura Suplementaria pero no en la totalidad de la suma asegurada cubierta, y que se ha rehabilitado de su Invalidez Total y Temporal, debe trabajar en forma continuada para poder invocar el seguro si incurre nuevamente en una Invalidez Total y Temporal.

3.7 Suma Asegurada: Es la suma estipulada en las Condiciones Particulares como beneficio de esta Cobertura Suplementaria, establecida en relación con la amortización e intereses del Contrato de Préstamo.

3.8 Invalidez Total y Temporal: Se entiende por Invalidez Total y Temporal el estado de invalidez temporal, no permanente, que sufra el Asegurado por causa de una enfermedad o accidente, que le impida desempeñar por cuenta propia cualquier actividad remunerativa, siempre que tal estado se haya iniciado durante la vigencia de esta Cobertura Suplementaria, y luego de haberse cumplido el Período de Carencia, habiendo continuado ininterrumpidamente hasta la finalización del Período de Espera/Franquicia Deducible, y se produzca antes de que el Asegurado alcance el tope/límite de edad indicado en las Condiciones Particulares.

4 - RIESGO CUBIERTO

En virtud de la presente Cobertura Suplementaria, la Compañía Aseguradora pagará al Contratante las cuotas mensuales correspondientes a los Contratos de Préstamo de los Asegurados, por el lapso en que dichos Asegurados se encuentren en situación de Invalidez Total y Temporal, no percibiendo ingresos de ninguna otra naturaleza (ingresos por rentas o por el desempeño de actividad en forma dependiente o independiente, etc.) y sin efectuar los pagos debidos al Contratante bajo el Contrato de Préstamo.

5 - EXCLUSIONES

La Compañía Aseguradora no pagará la indemnización prevista en esta Cobertura Suplementaria cuando la Invalidez Total y Temporal se produce por alguna de las siguientes causas:

5.1 Intento de Suicidio del asegurado, lesiones inferidas al asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento, ya sea estando en su pleno juicio o enajenado mentalmente;

5.2 Acto ilícito del Contratante, excepto que el pago de la prima este a cargo del Asegurado;

5.3 Accidente provocado por dolo o culpa grave del Asegurado;

5.4 Participación en riñas, salvo legítima defensa;

5.5 Empresa o acto criminal, acto de guerra civil o internacional, guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, huelga o tumulto popular cuando el asegurado hubiera participado como elemento activo;

5.6 Abuso del alcohol, drogas o psicofármacos, salvo que estos últimos hubiesen sido prescritos por un profesional médico y hubiesen sido consumidos de acuerdo con su prescripción;

5.7 Intervenciones médicas o quirúrgicas ilícitas; cirugía plástica para condiciones preexistentes; cirugía estética para fines de embellecimiento, excepto aquella que sea necesaria como consecuencia de un accidente sufrido por el Asegurado durante la vigencia de la cobertura individual;

5.8 Práctica o uso de la navegación aérea, salvo como pasajero en líneas regulares;

5.9 Participación en viajes o prácticas deportivas submarinas o subacuáticas o escalamiento de montaña.

5.10 Competiciones en pruebas de pericia y/o velocidad con vehículos mecánicos o de tracción a sangre o en justas hípicas, o cualquier otra prueba análoga

5.11 Intervención en pruebas de prototipos de aviones, automóviles y otros vehículos de propulsión mecánica

5.12 Desempeño paralelo de las profesiones de acróbata, buzo, jockey y domador de potros o fieras y/o la práctica de deportes o actividades peligrosas como alpinismo, andinismo, ascensiones aéreas, aladeltismo, esquí acuático o de montaña, motonáutica u otras actividades análogas y manipulación de explosivos y/o armas o con exposición a radiaciones atómicas;

5.13 De una infección que sea consecuencia directa o indirecta del virus HIV (Virus de Inmunodeficiencia Humana);

5.14 Acontecimientos catastróficos originados por reacciones nucleares;

5.15 Por maternidad; parto; o aborto y sus consecuencias;

5.16 Por hernias y lumbagos;

5.17 Por anomalías congénitas, tanto sea causada en forma directa como indirectamente por estas anomalías;

5.18 Cura de reposo o adelgazamiento para fines de embellecimiento estético;

5.19 Alteraciones mentales;

5.20 Tratamiento de adicciones (alcohol, tabaco, drogas);

5.21 Tratamiento odontológico;

Asimismo, la Compañía Aseguradora no pagará el beneficio de esta Cobertura Suplementaria si la Invalidez Total y Temporal del Asegurado tiene su origen en una enfermedad o accidente anterior a la vigencia de esta Cobertura Suplementaria.

6 - RIESGOS NO CUBIERTOS

El Asegurado no estará cubierto bajo la presente Cobertura Suplementaria de verificarse las siguientes circunstancias:

6.1 No encontrarse al día en el pago de las cuotas del Contrato de Préstamo al momento de producirse su Invalidez Total y Temporal.

6.2 Producirse la Invalidez Total y Temporal durante el Período de Carencia especificado en las Condiciones Particulares hasta que se haya cumplido dicho período.

7 – OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE

7.1 Con respecto a la futura persona a asegurar:

El Contratante deberá informar al Asegurado suficientemente, clara y verazmente, acerca de la disponibilidad de los distintos documentos que conforman la cobertura, en su sitio web.

A tales efectos, el Contratante colocará en letra visible y destacada, al dorso de todos los estados de cuenta que envíe a los Asegurados, la siguiente mención: *Estimado Cliente: Le informamos que se encuentra a su disposición en nuestra página web (dirección del sitio web correspondiente) el texto completo de las Condiciones Generales y Suplementarias de la Póliza de Seguro de Vida a la cual se encuentra adherido, así como el correspondiente Certificado de Cobertura.*

7.2 Con respecto a la Compañía Aseguradora:

Sobre las Condiciones de Asegurabilidad. El Contratante deberá brindar dentro del mes siguiente al mes en que se concreten las operaciones crediticias, mediante medio electrónico convenido, la siguiente información:

En cuanto a la identificación del Asegurado; nombre, número de cédula de identidad, fecha de nacimiento. En cuanto a la operación crediticia, número y tipo de operación, fecha de suscripción y vencimiento; moneda, monto, datos que figuran en el documento que contenga el crédito.

8 - DECLARACIONES, SINIESTRO E INDEMNIZACION

8.1. Producida la Invalidez Total y Temporal del Asegurado, ésta deberá ser notificada a la Compañía Aseguradora. La denuncia se formulará por escrito, en los formularios que a tal fin suministre la Aseguradora, dentro de los treinta (30) días corridos posteriores a la fecha en que se haya iniciado. Si la Compañía Aseguradora no es notificada dentro de dicho plazo, caduca el derecho al beneficio bajo la presente Cobertura Suplementaria.

8.2. El Contratante deberá comunicar a la Compañía Aseguradora el acaecimiento de la situación de Invalidez Total y Temporal del Asegurado, presentando el Formulario de Denuncia de Siniestros acompañado con la siguiente documentación:

8.2.1 Copia del resumen de movimientos del Contrato de Préstamo tomado por el Asegurado.

8.2.2 Copia del Contrato de Préstamo firmado por el Asegurado.

8.3. Para que proceda el pago del beneficio bajo esta Cobertura Suplementaria el Asegurado deberá:

8.3.1 Proporcionar todos los antecedentes médicos y los exámenes que acrediten el comienzo y las causas de la Invalidez Total y Temporal.

8.3.2 Autorizar a la Compañía Aseguradora para requerir de sus médicos tratantes todos los antecedentes que ellos posean.

8.3.3 Facilitar cualquier comprobación por parte de la Compañía Aseguradora y someterse a los exámenes y pruebas que la Compañía Aseguradora solicite a efectos de verificar la efectividad de la Invalidez Total y Temporal y determinar la fecha en que ésta se produjo. Podrán ser requeridos exámenes médicos realizados por facultativos designados por la Compañía Aseguradora y con gastos a cargo de ésta.

8.4. Dentro de los quince (15) días hábiles de recibida la denuncia del siniestro conforme el punto 8.2. y/o la totalidad de las constancias a que refiere el punto 8.3., contados desde la fecha que sea posterior, la Compañía Aseguradora deberá comunicar la aceptación o el rechazo del pago beneficio bajo la presente Cobertura Suplementaria. Si, a juicio de la Compañía Aseguradora, las comprobaciones realizadas no fueran concluyentes en cuanto al carácter total y temporal de la invalidez del Asegurado, la Compañía Aseguradora podrá ampliar dicho plazo, por una sola vez y por un término no mayor a otros veinte (20) días hábiles.

8.5. La Compañía Aseguradora hará efectiva la indemnización pagando el monto de las cuotas mensuales aplicables, de modo que la indemnización represente exactamente lo que el Contratante hubiera recibido directamente del Asegurado si éste hubiera pagado puntualmente las cuotas del Contrato de Préstamo, pero con deducción de las primas devengadas durante el transcurso del siniestro, las que se darán así por pagadas.

8.6. El monto total de la indemnización será pagado mediante un pago único siempre que el monto de las cuotas del Contrato de Préstamo sea menor al Monto de Cuota Máximo para pago único especificado en las

Condiciones Particulares y que el monto total de la indemnización no sea mayor al Monto de Indemnización Máximo para pago único especificado en dichas Condiciones Particulares. El monto total de la indemnización mediante pago único será el menor entre el saldo adeudado por el Asegurado y el monto de las cuotas multiplicado por el Número máximo de cuotas cubiertas por Contrato de Préstamo.

8.7. Cuando no se cumplan las condiciones requeridas para el pago de la indemnización mediante un pago único, la indemnización consistirá en pagos mensuales.

8.8. El pago único de la indemnización o el primer pago mensual de la misma se efectuará por la Compañía Aseguradora dentro de un plazo de hasta 15 días hábiles contados a partir del vencimiento del plazo establecido en el numeral 8.4.

8.9 Ni el Contratante ni la Aseguradora ni éstos frente a los Asegurados, serán responsables por impedimentos que pudieran interponerse por parte de los Organismos de control y regulación en la comercialización de la presente Póliza.

9 - CONTINUIDAD DE LA INVALIDEZ

El beneficio que prevé la presente Cobertura Suplementaria solo continúa mientras subsista la Invalidez Total y Temporal del Asegurado. La Compañía Aseguradora podrá exigir, en cualquier momento, pero no más de una vez cada tres (3) meses, las pruebas que estime necesarias respecto de la persistencia de la invalidez, incluso un examen médico por uno de sus facultativos con gastos a su cargo. Si estas pruebas no pudieran realizarse dentro de los treinta (30) días corridos de haber sido formalmente solicitadas por causas imputables al Asegurado, o si se comprobara que el Asegurado dejó de estar en situación de Invalidez Total y Temporal, la Compañía Aseguradora suspenderá, desde ese momento, el pago del beneficio.

10 - MEDIDAS PRECAUTORIAS

Si por culpa o negligencia, el Contratante no informara a la Compañía Aseguradora, dentro de los 15 días corridos posteriores, la cesación de la Invalidez Total y Temporal y/o la percepción de ingresos por cualquier título y/o dificultare la verificación del estado de Invalidez Total y Temporal del Asegurado, la Compañía Aseguradora tendrá derecho a exigir el pago de un punitivo del 10% de la suma abonada sin causa justa por la Compañía Aseguradora, además de la inmediata devolución de la misma.

11 - TERMINACIÓN DE LA COBERTURA INDIVIDUAL

La cobertura individual de cada Asegurado bajo la presente Cobertura Suplementaria caducará si se verifica alguna de las siguientes causas:

11.1 Fallecimiento o Invalidez Total y Permanente del Asegurado.

11.2 Caducidad o rescisión de la Póliza, salvo que se hubiera convenido previamente entre la Compañía Aseguradora y el Contratante continuar con la cobertura de los deudores ya asegurados, hasta la extinción de sus respectivas deudas.

11.3 Cuando el Asegurado alcance el tope/límite de edad que se especifica en las Condiciones Particulares.

11.4 Cuando el Asegurado se jubile.

11.5 Cuando se haya pagado el Número Máximo de Cuotas Cubiertas por Contrato.

11.6 Cuando se extinga el Contrato de Préstamo entre el Asegurado y el Contratante, por cualquier causa.

11.7 Adicionalmente a las causales de terminación de la cobertura individual, el pago del beneficio por un evento de Invalidez Total y Temporal terminará cuando se verifique alguna de las siguientes causas:

11.7.1 Cuando el Asegurado se reintegre a su actividad laboral independiente, o comience a percibir ingresos por una actividad lucrativa cualquiera, se entenderá que ha cesado la causa que dio lugar al inicio de la cobertura pactada con efecto retroactivo al momento de su efectiva producción.

11.7.2 Cuando se haya pagado el Número Máximo de Cuotas Cubiertas por Evento de Invalidez Total y Temporal.
