SEGUROS

sura

CONDICIONES GENERALES
ACCIDENTES PERSONALES

¡BIENVENIDO A SEGUROS SURA!

¡Nos encanta que nos elijas!
Nuestro objetivo es asegurar tu bienestar y por eso nos esforzamos en brindarte soluciones claras y sencillas.

En este documento vas a encontrar toda la información que necesitas saber sobre tu seguro, con el detalle de qué es lo que cubre y qué no.

¡ANTES DE EMPEZAR, TE HACEMOS ALGUNAS ACLARACIONES PARA QUE NO TENGAS NINGUNA DUDA!

La Póliza de Seguros es el documento donde se deja constancia de los derechos que tenés como Asegurado, cuándo y cómo pagar, qué hacer en caso de siniestro, entre otras.

Una Póliza tiene los siguientes documentos asociados:

i. La solicitud del seguro: es el documento que contiene su pedido de asegurarse con nosotros.
ii. Las Condiciones Generales (este documento).
iii. Las Condiciones Particulares: es el documento que contiene específicamente sus datos, los datos de su vehículo y las secciones de las Condiciones Generales que aplican para usted.
iv. Endosos: son modificaciones a la póliza como, por ejemplo, cambio de cobertura, cambio en el sistema de pagos.

Todos esos documentos son complementarios y deben leerse en forma conjunta. Si hay alguna contradicción entre las Condiciones Generales y las Condiciones Particulares, rigen las Condiciones Particulares.

Las exclusiones son aquellas situaciones en las que no estaría cubierto por esta póliza y, por lo tanto, es muy importante que las lea detenidamente.

¿QUÉ VAS A ENCONTRAR EN ESTE DOCUMENTO?

- **SECCIÓN 1** — **COBERTURAS DE TU SEGURO**
- **SECCIÓN 2** — **CONDICIONES GENERALES APLICABLES A TODA LA PÓLIZA**
- **SECCIÓN 3** — **EXCLUSIONES GENERALES APLICABLES A TODA LA PÓLIZA**
- **SECCIÓN 4** — **DEFINICIONES**

SECCIÓN 1
COBERTURAS DE TU SEGURO

El asegurador pagará al asegurado o beneficiario los capitales correspondientes según el tipo de accidente de que se trate, en atención a las coberturas contratadas con sujeción a la Ley 19.678, si el asegurado sufre durante el período de seguro un accidente.
La presente póliza garantiza los riesgos y capitales asegurados en todas partes del mundo.
Esta cobertura es de USD 50.000

Cobertura A: Muerte por Accidente

Si a consecuencia del accidente cubierto por la póliza fallece el asegurado dentro de los 365 días a partir de la fecha del accidente, el asegurador pagará el capital asegurado al beneficiario o beneficiarios designados por el asegurado.
El beneficiario deberá presentar los siguientes documentos:

- Certificado del médico que haya asistido al asegurado en el que se detallan las circunstancias y causas del fallecimiento;
- Partida de defunción;
- Documento que acredite la personalidad y en su caso la condición de beneficiario o heredero del asegurado. Una vez recibidos los anteriores documentos, el asegurador en un plazo máximo de 60 días hábiles deberá pagar o consignar el capital asegurado. El capital asegurado será satisfecho a los Beneficiarios de acuerdo con lo establecido en el Articulo 8.- Si el asegurado falleciera como consecuencia del accidente, la compañía aseguradora deducirá de la suma a pagar bajo esta cobertura, el importe total que hubiere ya pagado al asegurado por el mismo accidente bajo las coberturas definidas en las alternativas B y C en el caso de haber sido contratadas.rtes, ni para
computar la franquicia.
El viaje se entiende terminado cada vez que se verifique mutación o sustitución de la mayor parte de las mercaderías que forman el cargamento.

Cobertura B: Invalidez permanente y total.

Se entiende por invalidez total y permanente, a los efectos de esta cobertura, el accidente que lleva a que el asegurado quede impedido totalmente a consecuencia de una lesión corporal, de desempeñarse en cualquier trabajo remunerado o lucrativo para el cual el asegurado está calificado razonablemente por razón de educación, entrenamiento o experiencia. Si al momento del accidente el asegurado se encuentra sin empleo, esta incapacidad significaría la inhabilidad total o permanente de efectuar todos los deberes y actividades usuales y normales que una persona de la misma edad y sexo.

Para constatar la invalidez total y permanente se requiere:

- Probar su existencia dentro de 180 días de registrado el accidente;
- Acreditar que la incapacidad continúa después de doce meses de constatada la invalidez total y permanente.

En el caso de acreditar que la invalidez total y permanente continúa después de un periodo de 12 meses, la Compañía pagará la Suma Asegurada establecida en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Cobertura C: Desmembramiento

Si como consecuencia del Accidente sufrido por el Asegurado y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del mismo, la lesión produjera Alguna de las pérdidas orgánicas enseguida citadas, la Compañía pagará los siguientes porcentajes de la Suma Asegurada establecida en las Condiciones Particulares de esta Póliza para esta Sección:

Ambas manos o ambos pies o la vista en ambos ojos - 100%
Una mano y un pie - 100%
Una mano o un pie y la vista de un ojo - 100%
Pérdida total de los dos ojos - 100%

a) Cabeza

Sordera total e incurable de los dos oídos - 50%
Pérdida total de un ojo o reducción de la mitad de la visión binocular normal - 40%
Sordera total o incurable de un oído - 15%
Ablación de la mandíbula inferior - 50%

b) Miembros superiores

Pérdida total de un brazo - 50%
Pérdida total de una mano - 50%
Fractura no consolidada de un brazo (seudoartrosis total) - 45%
Anquilosis del hombro en posición no funcional - 30%
Anquilosis del hombro en posición funcional - 25%
Anquilosis del codo en posición no funcional - 25%
Anquilosis del codo en posición funcional - 20%
Anquilosis de la muñeca en posición no funcional - 20%
Anquilosis de la muñeca en posición funcional - 15%
Pérdida total del pulgar - 18%
Pérdida total de índice - 14%
Pérdida total del dedo medio - 9%
Pérdida total del anular o el meñique - 8%

c) Miembros inferiores

Pérdida total de una pierna - 55%
Pérdida total de un pie - 40%
Fractura no consolidada de un muslo (seudoartrosis total) - 35%
Fractura no consolidada de una pierna (seudoartrosis total) - 30%
Fractura no consolidada de una rótula - 30%
Fractura no consolidada de un pie (seudoartrosis total) -20%
Anquilosis de la cadera en posición no funcional - 40%
Anquilosis de la cadera en posición funcional - 20%
Anquilosis de la rodilla en posición no funcional - 30%
Anquilosis de la rodilla en posición funcional - 15%
Anquilosis del empeine (garganta de pie) en posición no funcional - 15%
Anquilosis del empeine (garganta de pie) en posición funcional - 8%
Acortamiento de un miembro inferior de por lo menos cinco centímetros - 5%
Acortamiento de un miembro inferior de por lo menos tres centímetros - 8%
Pérdida total del dedo gordo de un pie - 8%
Pérdida total de otro dedo del pie - 4%

La pérdida total permanente funcional de un miembro será considerada como pérdida del mismo.
Se entiende por pérdida total la que está referida a un miembro, su eliminación del organismo al cual pertenece en forma definitiva y en su total integración anatómica y funcional.
Se entiende por pérdida parcial la eliminación de parte del miembro al cual pertenece en forma definitiva.
Se entiende por pérdida funcional total la ausencia definitiva y total de toda capacidad de función fisiológica del o de los miembros afectados, pudiendo o no estar implicado el aspecto anatómico del miembro comprometido.
El asegurador indemnizará el desmembramiento ocurrido dentro del año, a contar desde la fecha del accidente.
Si el desmembramiento se produjera pasado el año, será necesario aportar certificado médico acreditativo de que dicho desmembramiento es consecuencia directa del accidente.
La Pérdida Parcial de los miembros, será indemnizable en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional, pero si la pérdida es derivada de seudo artrosis, la indemnización no podrá exceder del 70% de la que corresponde por la pérdida total del miembro afectado.
La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo si se ha producido por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponda por la pérdida del dedo entero si se trata del pulgar y a la tercera parte de cada falange si se trata de otros dedos.
Si después de fijado el desmembramiento sobreviniere la muerte del asegurado a consecuencia del mismo u otro siniestro amparado por la póliza, las cantidades satisfechas por el asegurador se considerarán a cuenta del capital asegurado para el caso de muerte, que será pagado de acuerdo con lo establecido en la Sección 4: Definiciones.

En caso de invalidez total y permanente sobrevenida del asegurado como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza, que deje lesiones residuales corregibles mediante prótesis, el asegurador pagará el importe que alcance la primera prótesis ortopédica que se practique al asegurado sin exceder el 10 % del capital asegurado para el caso de invalidez.
En caso de ocurrir más de un siniestro durante la vigencia de la póliza, los porcentajes a indemnizar se calcularán en base al monto asegurado y no al saldo de éste, después de haber efectuado otros pagos.
Sin embargo, el total de indemnizaciones provenientes del desmembramiento por uno o más accidentes ocurridos durante el período de cobertura de esta póliza, no podrá en ningún caso exceder el 100% del monto asegurado para esta alternativa.

Cobertura D: Invalidez temporal.

En el supuesto de invalidez temporal a consecuencia de un accidente cuando esta cobertura no hubiere sido pactada en las condiciones particulares, el asegurador satisfará al asegurado la indemnización diaria pactada de acuerdo con las siguientes normas:

a) la indemnización diaria se devengará a partir del séptimo día de configurada la invalidez y por todo el tiempo pactado en las condiciones particulares y hasta el máximo de 365 días a contar del siguiente en que se configure la invalidez.

b) Si asegurado pudiere dedicarse a ejercer en parte su profesión u ocupación habitual por ser su invalidez parcial, el asegurador reducirá a la mitad la indemnización diaria mencionada en el párrafo anterior. Se entiende por invalidez temporal que emane del accidente aquélla por la cual el asegurado se ve impedido para atender completa o parcialmente su profesión u ocupación habitual durante un tiempo determinado.

Cobertura E: Cobertura adicional del cónyuge.

En el caso de la cobertura adicional de cónyuge, cuando esta cobertura hubiere sido pactada en las condiciones particulares, de acuerdo con las condiciones de esta cobertura, se obliga a pagar la suma estipulada para el caso de fallecimiento del cónyuge del asegurado principal al beneficiario instituido, en su oficina central de la ciudad de Montevideo después de recibidas las pruebas del fallecimiento, contando con un plazo de 60 días para el pago.

Objeto y extensión del seguro: esta cláusula comprende al cónyuge del asegurado principal incorporado al seguro de accidentes personales, y los cubre única y exclusivamente contra el riesgo de muerte por accidente, invalidez total y parcial permanente por accidente.

Cónyuge asegurable: es asegurable el cónyuge legal del asegurado principal que se encuentre a su cargo y conviva bajo el mismo techo. Podrá aceptarse en calidad de cónyuge a la persona que conviva con el asegurado principal sin vínculo legal en lasmismas condiciones que un cónyuge legal.

Suma asegurada: el seguro adicional para el cónyuge es el establecido en las condiciones particulares, la suma asegurada nunca podrá ser superior al 100 % del capital asegurado sobre la vida del asegurado principal.

Iniciación y vigencia: la incorporación del cónyuge al seguro deberá realizarse en el momento de la contratación de la cobertura por el asegurado principal. La vigencia de la cobertura comenzará a partir de las cero horas del día en que se emita la póliza.

Primas y su pago: la prima correspondiente al asegurado principal se aplicará también al seguro adicional del cónyuge y su pago se hará conjuntamente con el correspondiente al del asegurado principal.

Beneficiario: el beneficiario de este seguro adicional será el asegurado principal, y en caso de muerte simultánea, el seguro adicional se liquidará a los herederos legales del asegurado principal. Informaciones que deben suministrarse a la compañía: el asegurado principal de estado civil casado proporcionará en los formularios suministrados al efecto, el nombre y el apellido su cónyuge, la fecha nacimiento etc., e informará a la compañía de cualquier circunstancia que afecte el vínculo matrimonial.

- ✓ Precisión del seguro adicional: la cobertura adicional de cónyuge quedará rescindida en los siguientes casos:
- ✓ al prescribir la póliza del asegurado principal por cualquier causa;
  cuando sobrevenga cualquier causa en cuya virtud el vínculo matrimonial resulte afectado (divorcio, separación, etc.) ;
- ✓ el fallecimiento del asegurado principal.

Cobertura F: Beneficio Adicional de Renta Diaria por Hospitalización.

Si un accidente ocurrido dentro de la vigencia de esta póliza y cubierto por la misma diera lugar a la Internación de la Persona Asegurada en un Hospital por un período mayor a tres días desde la fecha de admisión en el Hospital hasta el alta médica, la compañía abonará a dicha persona Asegurada una suma semanal, cuyo importe se indica en las Condiciones Particulares, por cada 24 horas completas de internación hasta un máximo de 90 días. Si el período de internación fuese inferior a una semana, se abonará una séptima parte de la suma indicada en las Condiciones Particulares como beneficio semanal por Hospitalización por cada día de internación.

Cobertura G: Beneficio por Convalecencia.

Ante el alta médica posterior a un período de internación continua mayor a 7 días contados a partir de la admisión en un hospital a consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza, la Compañía abonará una suma adicional por convalecencia, con relación a cada accidente cubierto bajo esta póliza.
El importe a abonar por este concepto es el indicado en las Condiciones Particulares.

Cobertura H: Fractura

Si como consecuencia del Accidente sufrido por el Asegurado se produce una fractura de hueso, la Compañía pagará los siguientes porcentajes de la Suma Asegurada:
Porcentaje para indemnizar del valor especificado en las condiciones particulares de la póliza a causa de los huesos fracturados:

	Fractura que requiere intervención quirúrgica	Fractura que NO requiere intervención quirúrgica
Hueso fracturado	% a indemnizar	
Fémur, cadera o pelvis	100%	50%
Columna vertebral, esternón o tres o más costillas	80%	40%
Tibia o peroné	60%	30%
Las siguientes partes del cráneo: temporal, parietal, occipital frontal, etmoides o esfenoides	50%	25%
Húmero, radio, cúbito, omoplato o clavícula	40%	20%
Astrágalo o Rótula	20%	10%

En caso de sufrir varias fracturas, sean del mismo porcentaje a indemnizar o de otro porcentaje, la Compañía indemnizará una única fractura, que será la de mayor porcentaje a indemnizar.
En ningún caso la indemnización superará el 100% del valor asegurado que aparece en las condiciones particulares de cada póliza.

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS DE ESTA COBERTURA

La Compañía no pagará las indemnizaciones acordadas cuando la fractura sea consecuencia directa, indirecta total o parcial de los uno de siguientes hechos:

1) Lesiones o muerte causadas con arma de fuego, cortante, punzante o contundente.
2) Suicidio, intento de suicidio o cualquier lesión que te causes a ti mismo intencionalmente, estando o no en uso de tus facultades mentales.
3) Intoxicaciones, lumbalgias, espasmos musculares y hernias de cualquier clase.
4) El uso de vehículos o artefactos aéreos en calidad de piloto, estudiante de pilotaje, mecánico de aviación o miembro de la tripulación. Incluso si tienes régimen especial de seguridad social.
5) Actos de guerra interior o exterior, revolución, rebelión, sedición, asonada, o actos violentos motivados por conmoción social o por aplicación de la ley marcial, prestación del servicio militar, naval, aéreo o de policía.
6) Fisión o fusión nuclear o radioactividad.

7) Valvulopatías, Triglicéridos altos (tratados con medicamentos), Bronquitis crónica, SIDA o VIH positivo, Pancreatitis, Cirrosis hepática, Ceguera, Enfermedades de la sangre, Sindrome Down, Infarto del miocardio, Derrames, Cáncer, Insuficiencia Renal, Enfermedad de la glándula tiroides, Retardo mental, Sordera total o parcial, Enfermedad coronaria, Arritmias, Hipertensión Arterial, Colesterol (tratado con medicamentos), Isquemia o trombosis, Leucemia, Esclerosis múltiple, Úlcera péptica, Síndrome de Wolff-Parkinson-White, Aneurismas, Trastornos psiquiatricos, Epilepsia, Lupus, Artritis reumatoidea, Colitis, Parálisis, Artrosis, Osteoartrosis, Trasplantes (excepto el de córnea), Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), Tumores malignos, Diabetes, Hepatitis B o C, Deformidades corporales, Pérdida anatómica funcional, Reemplazos articulares, HPV, Alcoholismo, Anemia Hemolítica, Alzheimer u otras enfermedades neurodegenerativas diagnosticadas, Arterias obstruidas, Colagenopatias, Cuadraplejia y Paraplejia, Consumo abusivo de drogas, Enfermedades huérfanas, Enfermedades mentales (esquizofrenia, bipolaridad, depresión, autismo), Enfermedades epidémicas, Enfermedades del desarrollo, Hemofilia, Insuficiencia cardiaca o hepática (crónicas), Quemaduras graves, Miastenia Gravis, Neurofibromatosis, Obesidad Mórbida, Paraplejia / Cuadriplejia, Porfirias, Lesiones originadas después de un accidente.
8) Ataques cardiacos, epilépticos, eventos cerebrovasculares, enfermedades vasculares, estados de demencia, deficiencia mental o perturbaciones del conocimiento, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo.
9) Fracturas por causas patológicas o por estrés.
10) Cirugía plástica o cosmética

EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

Salvo estipulación especifica en las condiciones particulares, las edades de ingreso y permanencia son:

- Edad mínima de ingreso: 18 años
- Edad máxima de ingreso: 85 años
- Edad máxima de permanencia: hasta 90 años

El hecho de que el Asegurado siga pagando la prima después de que el seguro termine por cualquiera de las causas mencionadas, no lo reactiva automáticamente y en estos casos la obligación de la Compañía se limita a devolver el dinero entregado fuera del tiempo establecido.

Cobertura H: Quemadura

Si como consecuencia del Accidente sufrido por el Asegurado se produce una quemadura de segundo o tercer grado, la Compañía pagará los siguientes porcentajes de la Suma Asegurada:
Porcentaje para indemnizar del valor especificado en las condiciones particulares de la póliza teniendo como base el porcentaje de la superficie corporal estimada por los especialistas “siguiendo la regla de los nueves”.

% a indemnizar	% del cuerpo quemado
100%	27% o más
65%	18% - 26%
35%	9% - 17%
20%	4.5 - 8%

En ningún caso la indemnización superará el 100% del valor asegurado que aparece en las condiciones particulares de cada póliza.

SECCIÓN 2
CONDICIONES GENERALES APLICABLES A TODA POLIZA

1. VALUACIÓN POR PERITO

Si no hubiere acuerdo entre las partes de la existencia, persistencia, carácter y grado de la invalidez total o parcial, serán determinadas por dos médicos designados (uno por cada parte), los que deberán elegir en un plazo de ocho días desde su designación, a un tercer facultativo para el caso de divergencia.
Los médicos designados por las partes deberán presentar su informe dentro de los treinta días a partir de recibidos los resultados de análisis, y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro de un plazo de 15 días.
La junta médica podrá someter al asegurado a los exámenes médicos que considere necesarios.

La declaración de incapacidad o invalidez del asegurado por algún organismo previsional o legal sólo tendrá para la junta médica un valor meramente informativo.
El dictamen emitido por la junta médica será determinante y obligatorio para las partes.

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

Si el dictamen de la junta médica es favorable al asegurado, la compañía aseguradora comenzará a pagar la indemnización a los 60 días contados del referido dictamen. La compañía aseguradora dentro de un plazo no superior a treinta días contados desde la fecha del referido dictamen deberá devolver al asegurado las primas de esta cobertura pagadas después de la fecha del accidente.

Una vez que la incapacidad se determina por la compañía aseguradora o por la junta médica, la Compañía tendrá derecho a requerir evidencia de la incapacidad total y permanente continua, en cualquier momento durante los primeros dos años de iniciados los pagos bajo esta presente cobertura. Luego de este período la prueba de evidencia será solamente una vez al año. Además, la compañía tendrá derecho, durante el período de pago, a que un médico de su elección examine al asegurado por intervalos razonables durante los primeros dos años, y después de dicho período no más de una vez por año, dentro de los primeros 90 días del aniversario de aprobación inicial de la invalidez.

El costo de estas evaluaciones será de cargo exclusivo de la compañía.

2. DESIGNACIÓN Y CAMBIO DE BENEFICIARIOS

En caso de fallecimiento del Asegurado se tendrá como Beneficiario a la persona o personas, cuyos nombres figuren con tal carácter en las Condiciones Particulares. El contratante podrá instituir como Beneficiario a cualquier persona.
Designadas varias personas sin indicación de cuota parte se entiende que el beneficio se distribuirá por partes iguales.
Cuando se designe a los hijos se entiende a los concebidos y los sobrevivientes al tiempo de ocurrir el evento previsto.
Cuando se designe a los herederos, se entenderá por tales a los que surjan del certificado de resultancias de autos y en las proporciones allí establecidas.
En caso de dudas sobre la identidad de los herederos o sobre la proporción de las sumas a distribuir, la Compañía Aseguradora podrá solicitar que se determine judicialmente a quienes debe pagarse y en que proporciones debe hacerlo.

La Compañía aseguradora no será responsable de cualquier demora en el pago del beneficio derivada de la determinación de la identidad de los beneficiarios.

Si se hubiere otorgado testamento, se tendrá por designados a los herederos instituidos en el mismo.
Si los herederos instituidos en el testamento fueran los herederos legales y no se hubiere fijado proporción alguna, el beneficio se distribuirá conforme a las cuotas hereditarias.
Cuando el Asegurado no designe Beneficiario o por cualquier causa la designación resulte ineficaz, o quede sin efecto, se entiende que designó a sus herederos.
En los casos de seguros sobre la vida de terceros no habiendo Beneficiario designado o si, habiendo éste hubiera fallecido antes que el Contratante o simultáneamente con él, el seguro será pagadero al Contratante o, en su caso, a los herederos legales de este último.

Pierde todo derecho el Beneficiario que provoca deliberadamente la muerte del Asegurado con un acto ilícito.
El Asegurado podrá cambiar en cualquier momento el beneficiario, salvo que la designación sea a título oneroso o irrevocable. Para que el cambio de Beneficiario surta efecto frente a la Compañía Aseguradora, es indispensable que ésta sea fehacientemente notificada dirigiendo a sus oficinas la comunicación escrita respectiva (telegrama colacionado o notificación con intervención notarial).

En caso de imposibilidad de abonar el seguro por duda sobre la designación o cambio de Beneficiario, o duda en cuanto a los herederos legales, la Compañía Aseguradora consignará judicialmente importe en la forma que corresponda según la situación que se presentare dejando así librada a resolución judicial la determinación de la persona o personas beneficiarias.
La Compañía Aseguradora quedará liberada, si actuando diligentemente hubiere pagado la suma asegurada o los Beneficiarios designados con anterioridad a la recepción de cualquier notificación que modificare esa designación.
Atento el carácter irrevocable de la designación de Beneficiario a título oneroso, la Compañía Aseguradora en ningún caso asume responsabilidad alguna por la validez del negocio jurídico que dio lugar a la designación ni por las cuestiones que se sucinten con motivo de esa designación.

3. PLAZOS

Este seguro se estipula por el período previsto en las condiciones particulares y a su vencimiento se prorrogará por períodos no superiores a un año.
No obstante, cualquiera de las partes podrá oponerse a la prórroga mediante notificación escrita a través de un telegrama colacionado a la otra, efectuada con antelación no inferior a 30 días corridos a la conclusión del período de seguro en curso.
En todo caso se extinguirá al término de la anualidad dentro del cual el asegurado cumple la edad establecida en las condiciones particulares de la póliza.

4. CANCELACIÓN DEL CONTRATO

La póliza podrá cancelarse:

a) por decisión fundada del asegurador derivada de la falta de pago de las primas del seguro y de la agravación del riesgo, mediante notificación a través de telegrama colacionado al asegurado con una antelación de al menos treinta días a su último domicilio denunciado, en cuyo caso el asegurador le devolverá parte proporcional de la prima por el período del seguro no vencido.
En el caso en que ocurra un siniestro, y usted hubiera omitido denunciar el agravamiento del riesgo cubierto, SURA quedará liberada de su prestación, si el siniestro fue provocado por hecho o circunstancias agravantes del riesgo que no fueron denunciadas.

En caso de haber comunicado el agravamiento del riesgo, luego de transcurridos quince días corridos de esta comunicación, sin que se acordara modificar el contrato de seguro o sin que SURA manifestara su voluntad de rescindirlo, el contrato se mantendrá en las condiciones pactadas inicialmente.

b) Por decisión del asegurado después de la primera anualidad de su seguro, mediante notificación al asegurador, con una antelación de al menos treinta días, en cuyo caso (siempre que no haya surgido ninguna reclamación durante el período del seguro a la fecha), el asegurador le devolverá la prima correspondiente menos la deducción de la prima de las tarifas vigentes por períodos cortos por el lapso durante el cual la póliza ha estado vigente. Los plazos anteriormente establecidos se computarán por días calendario corrido.

5. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

Con excepción de lo especificado para las coberturas de fracturas o quemaduras, a cobertura individual por cada persona asegurada bajo esta póliza termina cuando:

1) El asegurado cumpla 70 años de edad; o en su caso, haya cumplido el límite establecido en las condiciones particulares de la póliza.
2) el cónyuge cumpla 70 años de edad; o en su caso, haya cumplido el límite establecido en las condiciones particulares de la póliza.
3) el cónyuge cesa de ser cónyuge del asegurado;
4) el hijo o la persona que está bajo la tenencia cumple 18 años;
5) el hijo o la persona que está bajo la tenencia se casa o cesa de depender principalmente del asegurado.
6) Cuando SURA pague una indemnización de acuerdo con las condiciones de cada caso.

El hecho de que el Asegurado siga pagando la prima después de que el seguro termine por cualquiera de las causas mencionadas, no lo reactiva automáticamente y en estos casos la obligación de SURA se limita a devolver el dinero entregado fuera del tiempo establecido.

6. REHABILITACIÓN DE LA PÓLIZA

En caso de que a la póliza se le haya puesto término anticipado, el contratante podrá solicitar personalmente su rehabilitación.
Para resolver sobre esta petición, la aseguradora podrá exigir al asegurado que acredite a satisfacción de la compañía que reúne las condiciones de salud y otras necesarias para ser readmitido como tal.

7. RETICENCIAS

Dará lugar a la pérdida del derecho de indemnización los siguientes supuestos:
a) en caso de reticencia o exactitud relevante al completar el cuestionario o solicitud de seguro, si medió dolo o culpa grave;
b) en caso de agravación o modificación del riesgo relevante, entendiéndose por éste a un cambio en el estado físico o mental del asegurado, la actividad laboral, deportiva o de recreación que pudiera aumentar la exposición al riesgo del asegurado de no haberse comunicado al asegurador, actuando con mala fe;
c) cuando el asegurado no haya abonado la prima dentro los plazos establecidos al momento de la contratación del seguro;
d) cuando el siniestro haya sido causado por dolo o mala fe del asegurado.

8. PAGO DE PRIMAS

La responsabilidad del asegurador quedará condicionada a que: el asegurado pague la prima (o cualquier cuota convenida con el asegurador) en la fecha y hora que dicho pago resulte exigible y pagadero en las oficinas del asegurador en Montevideo, o cualquier otro lugar autorizado por él por escrito.
En caso de un diferendo acerca del cumplimiento o incumplimiento del pago de la prima, conforme a la presente condición, el asegurado deberá presentar pruebas de que dicho pago se efectuó en la fecha y hora debida.
Si el asegurado acepta el pago de la prima en cuotas mensuales consecutivas, la primera de dichas cuotas será exigible y pagadera en forma inmediata y las demás mensualmente cada 30 días desde la fecha de entrada en vigor de la póliza.
La mera tenencia de la póliza no otorga derecho alguno al asegurado, quien deberá demostrar el pago de la totalidad de la prima o de las cuotas vencidas del asegurador mediante la presentación de un recibo extendido por éste.
Se establece la condición resolutoria del presente contrato en caso de que el asegurado no pague la prima en el tiempo y forma establecidas en la solicitud de la presente póliza.

9. MONEDA O UNIDAD DE CONTRATO

El capital asegurado y el monto de las primas correspondientes a esta póliza se expresarán en la moneda indicada en las condiciones particulares. En virtud de contratarse una póliza en moneda extranjera el contratante se compromete al pago de la prima en dicha moneda; a su vez la compañía aseguradora abonará las indemnizaciones que pudieren corresponder en igual moneda, si cualquier norma legal o reglamentaria impidiere cumplir las obligaciones emergentes de esta póliza en moneda extranjera, tanto las primas como las eventuales indemnizaciones deberán ser satisfechas en la moneda nacional conforme al tipo de cambio financiero vendedor cotizado por el Banco de la República Oriental del Uruguay al cierre del día inmediato anterior al de la fecha de pago de cada obligación.

10. GASTOS

Los gastos de asistencia médico-farmacéutica, cuando esta cobertura hubiere sido pactada en las condiciones particulares serán de cuenta del asegurador limitadamente en su cuantía al capital establecido en las condiciones particulares, si lo exigiera la índole de las lesiones, a condición de que se efectúe en hospital o clínica situada en territorio uruguayo o del extranjero y durante el plazo máximo de un año.

11. SINIESTRO

En caso de siniestro amparado por esta póliza, el asegurado o beneficiario según los casos deberá ponerlo en conocimiento del asegurador dentro de los quince días corridos siguientes al siniestro, el tomador, asegurado o beneficiario informará por escrito al asegurador toda la información que posea sobre las causas y circunstancias del mismo, a los efectos de verificar el siniestro, determinar su e xtensión y cuantía. En el mismo plazo deberá aportar toda la documentación necesaria para determinar la cuantía de la pérdida o los daños, y una declaración de los seguros existentes.
Las indemnizaciones a que dé lugar el siniestro serán satisfechas dentro del plazo máximo de 60 días, de haber recibido el asegurador toda la documentación justificativa de la existencia de siniestro y del importe a que dé lugar la indemnización.
La compañía aseguradora se reserva el derecho de solicitar a las autoridades competentes a su costo que se efectúe la autopsia en caso de muerte de una persona asegurada.
Si el beneficiario se negare a permitir la autopsia o la retardase en forma tal que deja de ser útil al fin perseguido, perderá el derecho de indemnización asegurado por este contrato.

12. COMUNICACIONES

Las comunicaciones del Asegurado o Beneficiario se realizarán en el domicilio social de la Compañía, y las que tenga que efectuar el Asegurador se realizarán en el domicilio del Asegurado que conste en la póliza. Las comunicaciones efectuadas por un Corredor de Seguros en nombre del Asegurado causarán los mismos efectos que si las realizara el propio Asegurado.

13. JURISDICCIÓN

El presente Contrato de Seguro queda sometido a la jurisdicción uruguaya y, dentro de ella, será Juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del mismo el del domicilio del Asegurado, a cuyo efecto éste designará un domicilio en Uruguay, en caso de que el suyo fuese en el extranjero.

14. OTRAS OBLIGACIONES, DEBERES Y FACULTADES DEL ASEGURADO

El Asegurado o Beneficiario, tienen las obligaciones y deberes siguientes:

a) Comunicar al Asegurador la celebración de cualquier otro Seguro de Accidentes que se refiera a la misma persona.

b) Comunicar al Asegurador, el estado físico, las actividades laborales o profesionales, las actividades deportivas y recreativas, y todas aquellas circunstancias que según el cuestionario presentado por el Asegurador antes de la conclusión del Contrato, agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidos por éste en el momento de la perfección del Contrato no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas. Si la agravación no es imputable al Asegurado y el Asegurador no acepta su cobertura, éste queda obligado a devolver la parte de prima correspondiente al período del seguro no transcurrido. Si la agravación del riesgo es imputable al Asegurado, y la misma proviene del cambio da la profesión o actividad del Asegurado y de haber existido ese cambio al tiempo de la celebración, el Asegurador hubiera concluido el contrato por una prima mayor, la suma asegurada se reducirá en proporción a la prima pagada. En el caso de que la nueva profesión o actividad del Asegurado al tiempo de la celebración, el Asegurador no hubiera concluido el contrato, el Asegurador podrá rescindir el contrato, mediante notificación a través de Telegrama Colacionado al Asegurado con una antelación al menos de 30 días, a su último domicilio denunciado en cuyo caso el Asegurador le devolverá parte proporcional de la prima por el período del seguro no vencido. Comunicar al Asegurador, el cambio de profesión del Asegurado que figura en el cuestionario. Si el cambio de profesión supone una agravación de riesgo será de aplicación lo establecido en el apartado b) anterior.

c) En caso de siniestro comunicar al Asegurador inmediatamente de haberlo conocido y darle las circunstancias del mismo.

d) Aminorar las consecuencias del siniestro, empleando los medios a su alcance para conservar la vida del Asegurado y su propio restablecimiento. El incumplimiento de esta obligación con la manifiesta intención de perjudicar o engañar al Asegurador, liberará a éste de toda prestación derivada del siniestro. El plazo que dispondrá el asegurado para realizar las comunicaciones establecidas en los literales b) será de 15 días corridos, contados desde el día de conocimiento de las circunstancias establecidas en el mencionado literal.

15. DIVERGENCIAS

El Asegurado podrá reclamar a la Entidad Aseguradora, en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la Póliza, que se subsanen las divergencias existentes entre ésta y la Solicitud de Seguro o de las cláusulas acordadas.

16. PRESCRIPCIÓN

Las acciones derivadas de la póliza prescriben a los cinco años, computándose este desde que el beneficiario conoce la existencia del beneficio, pero nunca excederá los cinco años contados desde el fallecimiento de la persona cuya vida se asegura.

SECCIÓN 3
EXCLUSIONES GENERALES APLICABLES A TODA POLIZA

Quedan excluidos del seguro:
a) los accidentes provocados intencionalmente por el asegurado o el beneficiario, el suicidio y sus tentativas, o heridas causadas a sí mismo en cualquier circunstancia.

b) La muerte producida a personas menores de 14 años.

c) Accidentes causados por:
- Consecuencia de terremotos, maremotos, erupciones volcánicas;
- Comisión de actos calificados como delitos penales, así como consecuencia de guerras, invasiones, hostilidades, haya o no declaración de guerra, rebeliones; revoluciones; insurrección, usurpación de poder, terrorismo;
- Directa o indirectamente por reacción e irradiación nuclear o contaminación radioactiva, el uso de armas o materiales y sustancias atómicas, biológicas, por ejemplo, bacteriológicas o químicas; ataques o intromisiones deliberadas en predios e instalaciones (por ejemplo centrales nucleares, plantas de reciclaje nuclear, plantas de almacenamiento, fábricas o partes de estas que conduzcan a la liberación de radiactividad...).

d) Los accidentes sufridos por el asegurado en situación de enajenación mental o por estar embriagado o bajo los efectos de una droga o estupefacientes. A estos efectos se considerará que hay embriaguez cuando el grado alcohólico supere el máximo reglamentario autorizado el asegurado sea sancionado o condenado por esta causa.

e) Por embarazo o maternidad, alumbramiento o la pérdida que resulta del mismo que sea causado o acelerado por el accidente.

f) Los accidentes que resulten de la práctica profesional de cualquier deporte;

g) Los accidentes ocurridos participando el asegurado en carreras o competiciones de cualquier tipo, excepto las carreras a pie, a nado o en regatas dentro de las dos millas marinas de la costa.

h) Los accidentes ocurridos viajando en avión o cualquier otro aparato de navegación aérea, al menos que viaje con pasaje en aviones debidamente autorizados para el transporte de pasajeros. En este último caso, quedan excluidos de la cobertura los accidentes viajando como miembro de la tripulación o con el fin de realizar trabajos desde los mismos, tales como fotografías aéreas, fumigación u otros semejantes.

i) Los accidentes ocurridos durante escaladas a montañas que necesitan la utilización de cuerdas o guías, o en descensos submarinos o cuevas terrestres de más de 50 metros de profundidad.

j) Hechos que no tengan consideración de accidente según lo estipulado en el Art.2 Lit.8.

k) Toda consecuencia derivada del infarto miocárdico o enfermedades de cualquier tipo.

l) Por peleas o riñas salvo aquellos casos en que se establezca judicialmente que se ha tratado de legítima defensa.

m) Por anomalías congénitas y condiciones que surjan o resulten de ellas.

n) Por cualquier daño que resulte de la hernia.

Quedan excluidos también de la cobertura de esta póliza, salvo que se abone la sobreprima correspondiente y se haga constar expresamente en las condiciones particulares:

- los accidentes producidos a consecuencia de práctica de fútbol, boxeo o lucha sin arma con carácter de aficionado; la participación en cacerías a caballo o caza mayor; pesca o exploración submarina por aficionados sin utilización de aparatos de oxígeno; la práctica de esquí acuático; los viajes en embarcaciones deportivas a vela o motor piloteadas por personas legalmente habilitadas para ello;

- los accidentes producidos a consecuencia de la conducción de motocicletas de cualquier cilindrada; demostraciones de salto de obstáculos a caballo; deportes de invierno y esquí; práctica de rafting como aficionado.

- los accidentes producidos a consecuencia de: práctica de hockey sobre hielo y patinaje sobre hielo; práctica de carreras a caballo con obstáculo; práctica de polo.

En el caso de que no se pagase la sobreprima correspondiente, ocurrido un accidente de los señalados en los criterios anteriores, el capital asegurado por muerte o invalidez permanente se reducirá al 75% si el accidente se produjo por alguna de las causas:

- se reducirá en un 50% si accidente se produjo por alguna de las causas

- y se reducirá el 25% si el accidente se produjo por alguna de las causas

- de esta última cláusula.

No obstante, la garantía de asistencia médico-farmacéutica, en caso de haber sido contratada, quedará cubierta al 10 %.

SECCIÓN 4
DEFINICIONES

En este contrato se entiende por:
• **Accidente:** Toda lesión corporal que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta, sufrida por la Persona Asegurada, independientemente de su voluntad, por la acción repentina y violenta de o con un agente externo.
• **Admisión:** Significa el ingreso como paciente registrado a un Hospital, por un período de por lo menos 24 horas, por indicación de un médico.
• **Asegurado:** la persona física indicada como tal en las condiciones particulares, y que abona la prima según lo previsto por este contrato.
• **Asegurador:** la empresa Seguros Sura S.A. que contrata y asume el riesgo dentro de lo previsto por este contrato.
• **Beneficiarios:** la persona física o jurídica titular del derecho a la indemnización especificado en las c ondiciones particulares para el caso de fallecimiento del asegurado, estando vigente la póliza.
• **Capitales:** son las sumas pactadas que el asegurado o beneficiario, en caso de muerte o lesión provocado por un accidente cubierto, tendrán derecho a percibir del asegurador en relación con las coberturas contratadas.
• **Especialista:** Profesional especializado en una determinada rama de la medicina, con comprobante legal de tal especialidad, que no sea Usted, el Titular del seguro, su cónyuge ni miembros de la familia de ambos, tanto sea ascendientes como descendientes sin límite de grado, ni parientes colaterales de ambos, hasta el 3º grado de consanguinidad o afinidad inclusive.

- que mantenga equipamiento permanente para el cuidado de pacientes residentes, durante las 24 horas los 365 días del año.

- que esté equipado permanentemente con quirófano para cirugía mayor y equipamientos para el diagnóstico, tratamiento y cuidado de personas enfermas y/o heridas y esté bajo la supervisión permanente de médico/s practicante/s diplomado/s.

- que provea continuamente, las 24 horas, los 365 días del año servicio de enfermería supervisado por enfermeras diplomadas con título oficial o equivalente.

- que no sea, salvo incidentalmente, un instituto mental, una sala de primeros auxilios, un hospicio, un establecimiento para enfermedades terminales, un lugar exclusivamente destinado para convalecencias, ni un geriátrico.

• **Internación:** Significa una Admisión o serie de Admisiones en un Hospital por una misma causa, excepto cuando la Admisión por esa misma causa hubiese ocurrido luego de 12 meses de la última Internación. Esta última Admisión constituirá una Internación diferente.
• **Médico:** Persona diplomada en medicina y habilitada legalmente para ejercer la profesión, que no sea Usted, el Tomador del Seguro, su Cónyuge, ni miembros de la familia de ambos, tanto sea ascendientes como descendientes sin límite de grado, ni parientes colaterales de ambos, hasta el 3º grado de consanguinidad o afinidad inclusive.
• **Ocupación:** Significa el empleo o trabajo remunerado que realiza la Persona Asegurada en forma habitual, y para lo cual ha sido capacitada o entrenada.
• **Período del seguro:** es el plazo de la presente póliza según se especifica en las condiciones particulares.
• **Póliza:** es el documento que contiene todas las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte de la póliza: las condiciones generales, las particulares, las especiales, si las hubiere, y los endosos que se emitan a la misma para complementarla o modificarla, así como la solicitud del asegurado.
• **Prima:** es el precio del seguro que se paga mensualmente para tener el beneficio del mismo.
El recibo de pago contendrá, además, los recargos, tasas e impuestos de legal aplicación.