

**SEGURO PRÉSTAMOS AL CONSUMO EN
PESOS URUGUAYOS
CONDICIONES GENERALES,
PARTICULARES Y ESPECIALES**



ZURICH SANTANDER • SEGUROS URUGUAY

SEGURO COLECTIVO SALDO DEUDOR PRÉSTAMOS

CONDICIONES GENERALES, ESPECIALES Y PARTICULARES

CONDICIONES GENERALES Y ESPECIALES

Artículo 1: LEY DE LAS PARTES CONTRATANTES

Las partes contratantes se someten a las disposiciones de la Ley 19.678 como a las del presente contrato de seguros.

Esta póliza consta de Condiciones Generales y de Condiciones Particulares. En caso de no coincidir las Condiciones Generales con las Particulares, se estará a lo que dispongan éstas últimas.

Artículo 2: COBERTURA

En virtud de este plan de Seguro, el Asegurador aseguradora pagará el capital asegurado al beneficiario, inmediatamente después de acreditarse a su entera satisfacción el fallecimiento del asegurado, previa deducción de cualquier obligación a favor del Asegurador.

A los efectos de este seguro, se entiende por capital asegurado, el monto identificado en las condiciones particulares de esta póliza, al momento que se determine también en las mismas.

Artículo 3: DEFINICIONES

A los efectos de la presente póliza, se entenderá por:

ASEGURADO: La persona física cliente del tomador de la póliza y que en virtud de dicha relación sea titular de cuentas, tarjetas de débito y/o crédito, y que haya transferido al Asegurador los riesgos conforme a la presente póliza, y en cuyo beneficio se pagarán las indemnizaciones.

ASEGURADOR: Zúrich Santander Seguros Uruguay S.A., entidad autorizada por el Banco Central del Uruguay, y que asume los riesgos que el Asegurado en esta póliza transfiere a éste, conforme al presente contrato.

D.P.S.: Declaración Personal de Salud – Formulario que a solicitud de la Aseguradora o del Tomador, deberá completar el asegurado, que configura un elemento esencial para evaluar el estado de salud del asegurado. Se deberán contestar todas las preguntas contenidas en el mismo, declarando su estado de salud, patologías preexistentes, hábitos y otros que puedan afectar la aceptación del costo y la cobertura del seguro.

INFORMACIONES COMPLEMENTARIAS: A todos los efectos contractuales, se entenderá por informaciones complementarias, aquellas necesarias para que el Asegurador pueda pronunciarse sobre el derecho del Beneficiario a percibir la indemnización y establecer su monto.

PREMIO: Es el precio del seguro a cargo del Asegurado.

SUMA ASEGURADA: El monto máximo que, conforme a cada cobertura, el Asegurador está expuesto a pagar al Asegurado, y que se dejará estipulado para cada cobertura, en las Condiciones Particulares y en el Certificado de Incorporación.

TOMADOR DE LA PÓLIZA: es la persona jurídica que celebra el presente contrato de seguro con el asegurador y que posee un vínculo previo con las personas asegurables distinto al de la celebración del presente seguro.

Artículo 4: EXCLUSIONES

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

- 1° Como consecuencia de enfermedades y/o lesiones graves preexistentes al momento de la incorporación del asegurado a esta póliza. Se entenderán por preexistentes aquellas diagnosticadas al Asegurado, con anterioridad a su incorporación al seguro, y que fueren causa directa del fallecimiento de este.**
- 2° Por suicidio.**
- 3° Por participación del asegurado en guerra internacional, sea que Uruguay tenga o no intervención en ella; en guerra civil, dentro o fuera de Uruguay; o en motín o conmoción contra el orden público, o en actos de terrorismo dentro o fuera del país, siempre que el asegurado tenga participación activa en dicho motín, conmoción o acto terrorista.**
- 4° Por participación como conductor o integrante de equipos en competencia de pericia o velocidad, con vehículos mecánicos o de tracción a sangre.**
- 5° Por todo riesgo derivado de reacciones o accidentes nucleares, químicos, epidemias o peste.**
- 6° Por riesgos catastróficos, entendiéndose por tales, entre otros, terremotos, inundaciones, aluviones, maremotos, erupciones de volcanes.**
- 7° Por intervención en pruebas de prototipos de aviones, automóviles u otros vehículos a propulsión mecánica.**
- 8° Por realizar pruebas de buceo, acrobacia, jockey o doma de potros o fieras, montañismo, esquí acuático o de montaña, motonáutica u otras actividades análogas, manipuleo de explosivos y/o armas.**
- 9° Por exposición a radiaciones atómicas. Manipulación de explosivos y/o armas.**
- 10° Por consumo de alcohol, así como por abuso de drogas, estupefacientes, narcóticos o estimulantes. Se entiende consumo de alcohol, toda concentración mayor a lo permitido por la Ley de tránsito, en caso de ocurrir el siniestro, conduciendo un vehículo.**
- 11° Por acto ilícito provocado deliberadamente por el contratante o beneficiario.**
- 12° Por participación en empresa criminal.**
- 13° Por viajes acuáticos, subacuáticos o aéreos de cualquier naturaleza, excepto como pasajero de líneas regulares sujetas a itinerario fijo.**

Artículo 5: EXCEPCIONES A PERSONAS ASEGURABLES

Los incapaces absolutos y los menores de 18 años de edad no son asegurables para el caso de muerte.

En Condiciones Particulares, se indicará la edad máxima de ingreso y la edad máxima de cobertura para la presente póliza. El Tomador excluirá a todos aquellos que no cumplan con los requisitos de asegurabilidad antes detallados. En caso de un siniestro de un asegurado que no haya cumplido con los presentes requisitos de asegurabilidad, el Asegurador solo se obliga a devolver el valor de las primas recibidas sin intereses y con deducción de los gastos incurridos.

Artículo 6: LÍMITES GEOGRÁFICOS DE COBERTURA

La cobertura se extiende a la estancia, tránsito o permanencia del asegurado en el Uruguay, así como al tránsito o permanencia del asegurado en el extranjero, salvo en países que no mantengan relaciones diplomáticas con el Uruguay, considerándose como tales aquellos que informe el Ministerio de Relaciones Exteriores de nuestro país.

Artículo 7: VIGENCIA

La responsabilidad que el asegurador asume por el presente contrato sólo comienza en la fecha de vigencia señalada en las condiciones particulares de la presente póliza y previo pago de la prima.

La presente póliza permanecerá vigente para aquellos asegurados por los cuales se abonen las primas correspondientes. La prolongación de la cobertura será hasta una edad máxima de permanencia que no podrá en ningún caso superar lo establecido en las Condiciones Particulares.

Artículo 8: FINALIZACIÓN DE LA COBERTURA INDIVIDUAL

La cobertura individual de cada Asegurado finalizará en los siguientes casos:

- a) Al quedar extinguida la relación contractual entre el Tomador y el Asegurado.
- b) Al rescindir o caducar la póliza por las razones o causales establecidas en la presente póliza.
- c) Por renuncia a continuar con el seguro.
- d) Por falta de pago del premio.

Artículo 9: RESCISIÓN UNILATERAL

El Tomador y el Asegurado tienen el derecho a rescindir el Contrato sin expresar causa, cuando lo consideren conveniente. La comunicación respectiva se hará siempre por escrito de forma fehaciente, y se deberá comunicar con una antelación de un mes.

El Asegurador tiene el derecho a rescindir el Contrato, con justa causa y deberá notificarlo fehacientemente por escrito, y la rescisión se hará efectiva al mes de comunicada. La rescisión del Contrato por parte del Asegurador implica la devolución al Asegurado de la parte del premio proporcional al periodo de vigencia que reste para la finalización del mismo.

Artículo 10: DECLARACIONES

La veracidad de las declaraciones hechas por el asegurado en la solicitud del seguro, en sus documentos accesorios y/o complementarios y en el reconocimiento médico, cuando éste corresponda, constituye condición de validez de este contrato de seguro.

Cualquier reticencia, declaración falsa o inexacta relativa al estado de salud, ocupación, actividades y/o deportes riesgosos del asegurado, aún hecha de buena fe, que pudiera influir en la apreciación del riesgo o de cualquier circunstancia que, conocida por el asegurador, pudiera retraerle de la celebración del contrato o producir alguna modificación sustancial en sus condiciones, faculta al asegurador para demandar la nulidad del contrato.

Transcurridos los tres años desde la celebración del contrato, el Asegurador aseguradora no podrá invocar reticencia del asegurado, si ésta fuera de buena fe. En caso de existir mala fe del asegurado, el Asegurador aseguradora podrá invocar la reticencia del asegurado en cualquier momento.

Artículo 11: PREMIO

El premio se indicará en las Condiciones Particulares. Asimismo, se indicará en dichas Condiciones su periodicidad y los vencimientos.

El atraso por parte del Tomador en más de 30 días corridos en el pago de los premios determinará la caducidad automática de los seguros respecto de los asegurados cuyos premios no se hubieren pagado. Por lo tanto, no se indemnizarán los siniestros que ocurran después de los 30 días corridos de gracia.

El Asegurador podrá disponer de un mayor plazo de gracia, en cuyo caso se indicará en las condiciones particulares.

Tanto el capital asegurado como el monto del premio se expresarán en la misma unidad de valor en que esté expresado el crédito o saldo.

Artículo 12: IMPUESTOS, TASAS Y CONTRIBUCIONES

Los impuestos, tasas y contribuciones de cualquier índole y jurisdicción que se crearen en lo sucesivo o los aumentos eventuales de los existentes, estarán a cargo del Tomador, de los Asegurados, de sus beneficiarios o de sus herederos, según el caso, salvo cuando la ley los declare expresamente a cargo exclusivo del Asegurador.

Artículo 13: REHABILITACIÓN

En caso de caducar el certificado individual por falta de pago del premio, el asegurado podrá, en cualquier momento, solicitar su rehabilitación.

Para resolver sobre esta petición, el asegurador podrá exigir del asegurado que acredite, satisfactoriamente, que reúne las condiciones de salud, y otras necesarias para ser readmitido como asegurado, y que se paguen los gastos que origina la rehabilitación.

Artículo 14: INFORMACIÓN REQUERIDA POR EL ASEGURADOR DE SEGUROS

El Tomador se compromete a enviar al Asegurador aseguradora, con la periodicidad del pago del premio, un medio magnético que incluya –como mínimo- la siguiente información de los asegurados:

- Nombre del Deudor Asegurado
- Cédula de Identidad
- Fecha de Nacimiento
- Número del Préstamo
- Fecha de Otorgamiento
- Saldo del Préstamo
- Moneda del Saldo
- Prima retenida por concepto de seguro

Artículo 15: COPIA DE PÓLIZA:

El Contratante o el Asegurado tienen derecho a que se les entregue copia de las declaraciones que formularon para la solicitud del seguro y para la celebración del contrato y copia no negociable de la póliza.

Artículo 16: DENUNCIA DE SINIESTRO:

El Tomador deberá dar aviso al Asegurador, en forma inmediata de cualquier evento y dentro de los 5 días corridos siguientes de conocida por él la ocurrencia de un siniestro, indicar todas las circunstancias constitutivas del hecho y todos los detalles que sirvan para esclarecerlo. En esta denuncia deberá establecerse especialmente:

- a) número de la póliza;
- b) lugar donde ocurrió el hecho;
- c) circunstancias del hecho y causas presumibles del mismo;
- d) autoridad policial que hubiere intervenido si corresponde.

El plazo se computará desde el conocimiento del Contratante y/o el Beneficiario. Sin embargo, se presume que ellos conocen la existencia del hecho el mismo día en que ocurre, salvo prueba en contrario producida por ellos.

El mencionado plazo no correrá en supuestos de imposibilidad del Contratante o del Beneficiario de denunciar el hecho por caso fortuito o fuerza mayor, en cuyo caso se otorga un plazo adicional de 24 horas corridas de cesado el caso fortuito o la fuerza mayor, para producir la denuncia. Si los plazos antes establecidos caen en día inhábil, el vencimiento se prorrogará hasta el primer día hábil siguiente.

El incumplimiento de esta Cláusula hará caducar el derecho indemnizatorio.

Artículo 17: PRUEBA DE FALLECIMIENTO

El fallecimiento del asegurado se acreditará con el respectivo testimonio de partida de defunción otorgado por el Registro Civil, sin perjuicio de otros antecedentes que pueda solicitar el asegurador.

En caso de muerte presunta, ésta deberá acreditarse de conformidad a la ley.

Artículo 18: ACEPTACIÓN O RECHAZO DEL SINIESTRO.

El Asegurador deberá pronunciarse sobre si rechaza o acepta el siniestro dentro de los treinta días corridos contados a partir de la denuncia del hecho generador, **plazo que se suspenderá ante el incumplimiento del Beneficiario de su deber de informar.**

Deber de Informar: El beneficiario contará con 15 días corridos para aportar la información complementaria que le haya solicitado el Asegurador.

El silencio del asegurador al final del plazo indicado en primer término será interpretado como aceptación del derecho del asegurado a percibir la indemnización por el siniestro denunciado, sin perjuicio de la suspensión de dicho plazo, en caso de incumplimiento del Deber de Informar.

Artículo 19: PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN POR SINIESTRO.

El Asegurador hará efectivo el pago de la indemnización del siniestro en el plazo de (60) sesenta días corridos a contar desde la fecha de la aceptación del siniestro o vencido el plazo previsto en el artículo 18, siempre que se cumplan todas las condiciones que acuerda esta póliza y el Asegurado haya dado cumplimiento a todos los requisitos exigidos para tener derecho a percibir la indemnización del siniestro dentro de dicho plazo.

Artículo 20: AGRAVACIÓN DEL RIESGO.

Se considerarán como Agravaciones del Riesgo las circunstancias que, de haber existido al momento de la celebración del contrato, lo hubieran impedido o modificado sus condiciones.

En tales casos, el Asegurado debe dar aviso escrito al Asegurador antes de proceder a efectuar la modificación proyectada. En caso contrario, la cobertura quedará automáticamente suspendida.

Si la modificación proviene de fuerza mayor, caso fortuito o hecho de personas ajenas al Asegurado, el aviso deberá formularse inmediatamente de conocidas dichas circunstancias por parte del Asegurado o personas de su dependencia. **El incumplimiento de esta carga hará caducar el derecho indemnizatorio del Asegurado, en la medida en que la modificación hubiera provocado el siniestro o aumentado sus efectos.**

Frente al aviso, el Asegurador podrá adoptar, según lo estime del caso, alguna de las siguientes opciones:

- a) Rescindir el contrato de seguro, devolviendo al Asegurado la parte de prima correspondiente al período del tiempo comprendido entre la fecha en que acuerde la rescisión del contrato y la fecha de vencimiento de la póliza;
- b) Modificar las condiciones del contrato, adecuando las condiciones al nuevo estado del riesgo.

Artículo 21: PRESCRIPCIÓN

Las acciones que puedan ejercerse, derivadas de este contrato de seguros entre las partes vinculadas por el mismo prescribirán al término de cinco (5) años contados desde que se comunica al asegurado la aceptación o el rechazo del siniestro en forma expresa o al verificarse la aprobación tácita del siniestro.

Sin embargo, este plazo nunca será mayor a los cinco años contados a partir de la muerte del Asegurado.

Artículo 22: DOMICILIO Y NOTIFICACIONES

Para todos los efectos legales del presente contrato de seguro, las partes señalan como domicilio el denunciado en Condiciones Particulares o en la solicitud de Seguro, el que sea más reciente. Las comunicaciones que efectúe el Asegurador al Asegurado se considerarán válidas siempre que se realicen por escrito o por medios electrónicos, considerándose válido el domicilio electrónico constituido por el Asegurado en la solicitud de seguro. El asegurado debe comunicar al Asegurador si, una vez vigente el contrato de seguros, tiene intención de fijar domicilio o residir fuera del país.

Artículo 23: RESPONSABILIDAD DEL TOMADOR

El Tomador será el único responsable por cualquier obligación derivada de compromisos asumidos o afirmaciones efectuadas respecto del asegurado, en exceso de lo que resulta de las condiciones Generales y Particulares de la presente póliza.

Queda entendido y expresamente aclarado que, en los contratos amparados por estos seguros, la empresa contratante se obliga a incorporar en los mismos una cláusula por la cual los herederos del Asegurado serán liberados de la obligación cubierta por la póliza contratada, luego de constatado el fallecimiento del asegurado y abonado el Capital por el Asegurador.

Artículo 24: TRIBUNALES COMPETENTES.

Queda entendido y convenido que toda cuestión judicial que pueda surgir entre el Asegurado y el Asegurador o entre éste y aquél, en razón de este contrato de seguro, de su ejecución o de sus consecuencias, deberá sustanciarse ante la sede judicial de Montevideo, República Oriental del Uruguay.

CONDICIONES ESPECIALES

Artículo 25: BENEFICIARIO - El beneficiario de esta póliza, en caso de siniestro de algún asegurado, será Banco Santander S.A. o su cesionario legal o convencional, a cualquier título.

Artículo 26: FACTURACION Y COBRO DE LA PRIMA - La facturación se efectuará mensualmente, inmediatamente después de la recepción de la información referida en el artículo 14. En caso de producirse un atraso en el suministro de información, se efectuará una facturación a cuenta por un importe igual al del mes precedente, sujeta a reliquidación.

Las primas correspondientes al mes informado deberán pagarse por el Tomador dentro de los 5 días hábiles siguientes a la fecha de facturación.

El Tomador se compromete a efectuar el pago de las primas desde la vigencia del seguro, aún en el caso de que el deudor asegurado no las efectúe oportunamente, a fin de que el asegurador asuma el riesgo en todo momento.

El atraso por parte del Tomador en más de 30 días corridos en el pago de las primas determinará la caducidad automática de los seguros respecto de los asegurados cuyas primas no se hubieren pagado. Por lo tanto, **no se indemnizarán los siniestros que ocurran después de los 30 días corridos de gracia.**

Artículo 27: REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

A - General

- a. Edad máxima de ingreso de nuevos asegurados: 69 años inclusive
- b. Edad máxima de cobertura: 80 años inclusive
- c. Se solicitarán requisitos de asegurabilidad (examen médico y declaración jurada de salud) de acuerdo con la edad y saldo de deuda del solicitante.

El contratante excluirá a todos aquellos que no cumplan con los requisitos de asegurabilidad antes detallados. En caso de un siniestro de un asegurado que no haya cumplido con los presentes requisitos de asegurabilidad, la compañía solo se obliga a devolver el valor de las primas recibidas sin intereses y con deducción de los gastos incurridos.

B – Plazos máximos referidos al proceso de incorporación de asegurados a la póliza

- d. Validez de la D.P.S. – Se considerará como documento válido para realizar la evaluación de un deudor asegurable la D.P.S. que sea recibida en la compañía de seguros dentro de los 30 días hábiles siguientes a la fecha que fue completada.
- e. Periodo máximo de validez para la condición de asegurable aceptado. – Todo deudor cuya D.P.S. haya sido evaluada y aprobada por la compañía de seguros tendrá un plazo máximo de 180 días contados a partir de la aprobación para figurar en los listados de pagos de primas.

CONDICIONES GENERALES, ESPECIALES Y PARTICULARES

CONDICIONES PARTICULARES

1. **TOMADOR** – Banco Santander S.A.
2. **ASEGURADOR** - Zurich Santander Seguros Uruguay S.A.
3. **PLAN DE SEGURO** – Crédito al Consumo en Pesos Uruguayos
4. **ASEGURADOS** - Se consideran asegurados las personas físicas deudores del Tomador que éste incluya en los listados respectivos.
5. **CAPITAL ASEGURADO** - Corresponde al saldo del préstamo impago a la fecha de fallecimiento.
6. **COBERTURAS ADICIONALES CONTRATADAS:**
 - Invalidez Total y Permanente por Enfermedad o Accidente
 - Pérdida de Ingresos Invalidez Total
 - Temporaria por Enfermedad o Accidente
7. **PREMIO DE SEGURO** – El premio mensual del seguro será 3,9 % sobre el saldo de deuda. Dicha prima incluirá el costo de las coberturas adicionales que se incorporen.
7. **VIGENCIA** – Desde el 1 de marzo de 2010. Las partes acuerdan que la presente cláusula tendrá un plazo de cobertura anual, siendo su renovación automática al cabo de este período.

**COBERTURA ADICIONAL:
INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE**

Artículo 1: RIESGOS CUBIERTOS

El Asegurador concederá el beneficio que acuerda esta cláusula al Deudor Asegurado cuyo estado de invalidez total y permanente, como consecuencia de enfermedad o accidente, no le permita desempeñar por cuenta propia o en relación de dependencia cualquier actividad remunerativa, siempre que tal estado haya continuado ininterrumpidamente por ciento ochenta (180) días como mínimo y se hubiera iniciado durante la vigencia de su cobertura y antes de cumplir ochenta **(80)** años de edad. **Se excluyen expresamente los casos que afecten al Asegurado en forma parcial o temporal.**

En las denuncias de invalidez, el Asegurador procederá a su reconocimiento de acuerdo con las constancias médicas y demás elementos mencionados en el punto 4°, siempre que sean razonablemente demostrativos del estado de invalidez total y permanente.

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

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

Artículo 2: BENEFICIO

El Asegurador, comprobada la invalidez, abonará al Beneficiario una indemnización igual al capital asegurado por la cobertura principal. **El beneficio acordado por invalidez es “sustitutivo” del capital asegurado que debiera liquidarse en caso de muerte del Asegurado, de modo que, con el pago del beneficio que otorga la presente cláusula, se da por finalizada la cobertura respectiva.**

El Beneficiario de la presente Cláusula será Banco Santander S.A. o su cesionario legal o convencional, a cualquier título.

Artículo 3: RIESGOS NO CUBIERTOS

El Asegurador no pagará la indemnización cuando la invalidez total y permanente de un Asegurado se produjera como consecuencia de cualquiera de las exclusiones previstas en el artículo 4 de las Condiciones Generales de esta póliza, así como por **Tentativa de Suicidio o Culpa Grave del Asegurado.**

Artículo 4: INFORMACIÓN QUE DEBE SUMINISTRARSE AL ASEGURADOR -COMPROBACION DE LA INVALIDEZ

Corresponde al Contratante, Asegurado o a su representante:

- a) Comunicar al Asegurador el accidente o la enfermedad y la existencia de la invalidez dentro de los cinco (5) días de conocerla bajo pena de perder el derecho a ser indemnizado, salvo que acredite caso fortuito o fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia;
- b) Presentar al Asegurador las constancias médicas y/o testimoniales de su comienzo y causas que acrediten el grado de invalidez, como así también las constancias y pruebas que le diera origen;
- c) Facilitar cualquier comprobación y aclaración que el Asegurador le requiera, incluso hasta dos exámenes médicos por facultativos designados por el Asegurador y con gastos a cargo de ésta.

Artículo 5: PLAZO DE PRUEBA

El Asegurador dentro de los treinta (30) días de recibida la denuncia y/o las constancias y/o pruebas a que se refiere el punto anterior contados desde la fecha que sea posterior, debe hacer saber al Contratante y al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento de los beneficios. Si las comprobaciones a que se refiere el punto anterior no resultaren concluyentes en cuanto al carácter total y permanente de la invalidez, el Asegurador podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor de tres (3) meses, a fin de confirmar el diagnóstico.

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

Artículo 6: VALUACION POR PERITOS

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

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

Si una de las partes omitiera designar médico dentro del octavo día de requerido por la otra, o si el tercer facultativo no fuera electo en el plazo establecido en el párrafo anterior, la parte más diligente previa intimación a la otra, procederá a su designación.

Los honorarios y gastos de los médicos de las partes estarán a su respectivo cargo y los del tercer médico serán pagados por la parte cuyas pretensiones se alejen más del dictamen definitivo.

**COBERTURA DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE
CONDICIONES PARTICULARES**

1. **TOMADOR** - Banco Santander S.A.
2. **ASEGURADOR** - Zurich Santander Seguros Uruguay S.A.
3. **PLAN DE SEGURO** – Crédito al Consumo en Pesos Uruguayos – Cláusula adicional Invalidez Total y Permanente por Enfermedad o Accidente
4. **ASEGURADOS** - Se consideran asegurados las personas físicas deudores del Tomador que éste incluya en los listados respectivos.
5. **CAPITAL ASEGURADO** – Corresponde al saldo del préstamo impago a la fecha de fallecimiento. La compañía, comprobada la invalidez, abonará al Beneficiario una indemnización igual al capital asegurado por la cobertura principal. El beneficio acordado por invalidez es “sustitutivo” del capital asegurado que debiera liquidarse en caso de muerte del Asegurado, de modo que, el pago del beneficio que otorga la presente cláusula se da por finalizada la cobertura respectiva. El beneficiario de la presente cláusula será “Banco Santander S.A.” o su cesionario legal o convencional, a cualquier título.
6. **LIBERACIÓN DEL ASEGURADO** – El Tomador no podrá reclamar al Asegurado la deuda cubierta por la presente cláusula, luego de constatado la invalidez total y permanente del asegurado y abonado el Capital por el Asegurador.
7. **VIGENCIA** - Desde el 1 de marzo de 2010. Las partes acuerdan que la presente cláusula tendrá un plazo de cobertura anual, siendo su renovación automática al cabo de este período.

COBERTURA ADICIONAL: PERDIDA DE INGRESOS

El Asegurador cubre al deudor asegurado en caso de **desempleo involuntario** para los trabajadores en relación de dependencia y la contingencia de **incapacidad total y temporaria** para los trabajadores independientes. Las coberturas son excluyentes. En caso de constatarse ambas actividades prevalecerá la relación de dependencia.

CLAUSULA DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO

Artículo 1. RIESGO CUBIERTO

El evento cubierto por esta cláusula es el desempleo involuntario de personas aptas para el trabajo que se desempeñen en relación de dependencia laboral con una antigüedad mayor al plazo que se establezca en las condiciones particulares a la vigencia de su certificado individual para esta cláusula en forma ininterrumpida, para uno o varios empleadores, **con una carencia inicial de noventa (90) días corridos desde la vigencia de su certificado y se haya producido antes que el asegurado cumpla los sesenta y seis (66) años de edad.**

La fecha de ocurrencia del evento cubierto se considerará aquella que corresponda con la fecha del despido o la fecha a partir de la cual el empleado tiene derecho al cobro del beneficio de seguro de desempleo o cualquier otro beneficio similar, que acuerden las leyes de seguridad social vigentes, lo que ocurra primero.

Asimismo, ocurrido el evento cubierto, el mismo se considerará configurado una vez que el asegurado haya finalizado la percepción del seguro de desempleo o cualquier otro beneficio similar que acuerden las leyes de seguridad social vigentes y a dicho momento, permanezca aún sin empleo.

Se deja expresamente aclarado que en el caso que el asegurado tenga más de un empleo, a fin de que opere esta cobertura, deberá haberse interrumpido su actividad laboral en todos los empleos por desempleo involuntario.

Artículo 2. PERSONAS NO ASEGURABLES

Se considerarán personas no asegurables aquellos empleados que estén comprendidos en la siguiente situación laboral: vencimiento del tiempo convenido, realización de la obra, tarea asignada o servicio objeto del contrato; o conclusión de un contrato de trabajo eventual.

Artículo 3. BENEFICIO

Configurado el siniestro, el Asegurador pondrá a disposición del Tomador el importe de las cuotas de amortización e interés o un porcentaje de éstas, que figura en las Condiciones Particulares que se devenguen a partir de dicho momento, hasta alcanzar el máximo de pagos indicado en las Condiciones Particulares.

Las fechas de vencimiento de las cuotas que abonará el Asegurador al Tomador por esta cláusula serán las estipuladas previamente en el contrato en vigor que regula el crédito.

En la fecha que cese el desempleo que afectaba al Deudor Asegurado, esta cláusula se rehabilitará automáticamente desde dicha fecha, reduciendo la cobertura a la diferencia entre

la Cantidad Máxima de cuotas cubiertas según tipo de préstamo y la cantidad de cuotas efectivamente abonadas.

Las indemnizaciones previstas por esta cláusula son adicionales e independientes de los demás beneficios previstos en la póliza.

Artículo 4. RIESGOS NO CUBIERTOS

El Asegurador no pagará la indemnización prevista en esta Cláusula cuando el desempleo involuntario se produjera por alguna de las siguientes causas:

a) Cuando el desempleo involuntario ocurra dentro de los primeros noventa días corridos siguientes contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de su Certificado Individual; este período de carencia deberá cumplirse cada vez que se ingrese al seguro, independientemente que lo hubiese cumplido en un ingreso anterior. Para considerar la ocurrencia del desempleo involuntario se estará a lo dispuesto en el segundo párrafo del artículo 1.

b) Programas anunciados por el Empleador del Asegurado, previo a la fecha de inicio de vigencia de su Certificado Individual, para reducir el personal o iniciar despidos que de una manera específica o general incluyan la categoría de trabajo del Asegurado;

c) Cuando el Asegurado no tenga relación de dependencia alguna, explote una empresa unipersonal o resulte socio o accionista en una empresa comercial; así como funcionario que tenga un cargo de elección pública;

d) Jubilación, pensión o retiro del Asegurado;

e) Renuncia o pérdida voluntaria de su empleo del Asegurado;

f) Pérdida del empleo del Asegurado notificada por el Empleador previo a la fecha de inicio de vigencia de su Certificado Individual;

g) Terminación de un contrato de trabajo de obra o a tiempo determinado;

h) Despido justificado del Asegurado.

Artículo 5. DENUNCIA DEL EVENTO

Cuando se produzca el evento cubierto, el Deudor Asegurado deberá comunicarlo al Asegurador dentro del plazo máximo de cinco (5) días corridos a partir de la recepción del instrumento que dispone el despido, de la emisión del instrumento que resuelva el contrato por denuncia del trabajador fundada en justa causa (despido indirecto o tácito), o de remitido el instrumento denunciando el contrato de trabajo por temporada no reiniciado o interrumpido por causas ajenas al trabajador.

El Deudor Asegurado efectuará la notificación escrita al Asegurador en la cual incluirá un detalle de los empleadores para los que trabajó antes de la vigencia de esta cobertura. Deberá adjuntarse a dicha notificación todos los documentos que acrediten la pérdida del empleo, y en particular:

1. Certificación o copia de los recibos de sueldo;
2. Documentos de los cuales surja la denuncia del contrato o relación de trabajo, consistentes en comunicaciones telegráficas y postales fehacientes, certificados emitidos por el empleador, copias certificadas de actuaciones administrativas labradas ante la autoridad laboral o testimonios de actuaciones judiciales;
3. Copia de la liquidación por indemnizaciones y salarios pagados en el momento del despido.

Asimismo, el Asegurado deberá notificar al Asegurador, dentro de los cinco (5) días de producido la cesación del estado de desempleo involuntario.

En caso que el asegurado no cuente con la documentación anteriormente detallada, podrá solicitar, con la justificación correspondiente, una ampliación del plazo.

Una vez presentada toda la documentación por parte del Deudor Asegurado, en los siguientes treinta días corridos, el Asegurador deberá hacer saber al Tomador y al Deudor Asegurado, la aceptación o rechazo del siniestro. En caso de silencio dentro de dicho plazo, significará el reconocimiento del beneficio reclamado.

Artículo 6. COMPROBACION DEL EVENTO

En todas las denuncias de pérdida del empleo el Asegurador podrá efectuar las verificaciones que acrediten la producción del evento y su persistencia, y en particular la compulsas de actuaciones administrativas y judiciales, y la solicitud de información complementaria a los empleadores. El Deudor Asegurado autorizará expresamente a sus empleadores - a pedido del Asegurador - a proporcionar toda la información que ésta solicite, la que se compromete a velar por su confidencialidad.

Artículo 7. TERMINACION DEL BENEFICIO

El beneficio estipulado en la presente cláusula cesará en las siguientes circunstancias:

1. Al abonarse el beneficio por la cantidad máxima de meses establecida en las Condiciones Particulares.
2. Al obtener un nuevo empleo.
3. En caso de que el Asegurado perciba cualquiera de las prestaciones por vejez o invalidez que otorgan los sistemas previsionales o se encuentre en condiciones de acceder a éstas.

**COBERTURA DE PÉRDIDA DE INGRESOS
CONDICIONES PARTICULARES**

1. **TOMADOR** - Banco Santander S.A.
1. **ASEGURADOR** - Zurich Santander Seguros Uruguay S.A.
2. **ASEGURADOR** - Zurich Santander Seguros Uruguay S.A.
4. **PLAN DE SEGURO** – Crédito al Consumo en Pesos Uruguayos – Cláusula adicional Pérdida de Ingresos
5. **ASEGURADOS – Cláusula de Desempleo Involuntario.** Se consideran asegurados las personas físicas deudores del Tomador que éste incluya en los listados respectivos y que tengan un empleo en relación de dependencia al momento del siniestro. **Cláusula de Invalidez Total y Temporal.** Se consideran asegurados las personas físicas deudores del Tomador que éste incluya en los listados respectivos y que desarrollen una actividad independiente al momento del siniestro. Un mismo asegurado no puede estar incluido en las dos cláusulas. En caso de que desarrolle ambas actividades, prevalece la relación de dependencia.
6. **BENEFICIO** – El beneficio máximo a abonar por esta cobertura corresponde a seis **(6)** pagos por el 100 % de la cuota del préstamo asegurado, independientemente de la cantidad de siniestros que registre el asegurado durante la vigencia de su certificado.
7. **VIGENCIA** - Desde el 01 de marzo de 2010. Las partes acuerdan que la presente cláusula tendrá un plazo de cobertura anual, siendo su renovación automática al cabo de este período.
La presente cláusula permanecerá vigente mientras sea pagada la prima estipulada y sólo durante el período que ella cubra. Sin embargo, cualesquiera de las partes contratantes podrán poner término anticipado a la presente cláusula en cualquier momento, previo aviso a la otra parte, notificándola por escrito, mediante carta certificada, de su decisión con una anticipación, no menor a 60 días.
8. **OTROS** – Antigüedad Requerida: 6 meses (Aplicable para la cláusula de desempleo involuntario).

**COBERTURA ADICIONAL:
INVALIDEZ TOTAL Y TEMPORARIA POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE**

Artículo 1. RIESGO CUBIERTO

El Asegurador concederá el beneficio que acuerda esta cláusula al Asegurado Trabajador Independiente cuyo estado de invalidez total y temporal, como consecuencia de enfermedad o accidente, no le permita desempeñar cualquier actividad remunerativa, siempre que tal estado haya continuado ininterrumpidamente por treinta (30) días como mínimo, y se hubiera iniciado durante la vigencia de la presente cláusula para el Certificado Individual y antes de cumplir sesenta y seis (66) años de edad.

En las denuncias de invalidez, el Asegurador procederá a su reconocimiento de acuerdo con las constancias médicas y demás elementos mencionados en el artículo 4.

Artículo 2. BENEFICIO

El Asegurador comprobada la invalidez, pondrá a disposición del Acreedor/Tomador el importe de las cuotas de amortización e interés o un porcentaje de éstas, que figura en las Condiciones Particulares devengadas a partir de la fecha de configurada la invalidez hasta alcanzar el máximo de pagos indicado en las Condiciones Particulares. El Asegurador reintegrará al Deudor Asegurado los pagos que éste haya efectuado, posteriores a la fecha de ocurrencia de la incapacidad, siempre y cuando la misma se haya configurada en un todo de acuerdo con el artículo 1.

Las fechas de vencimiento de las cuotas que abonará el Asegurador al Acreedor/Tomador por esta cláusula serán las estipuladas previamente en el contrato en vigor que regula el crédito, el cual debió haber sido suscripto entre el Acreedor/Tomador y el Deudor Asegurado por lo menos noventa (90) días antes de comenzar la invalidez total de este último, salvo que la invalidez se produzca como consecuencia de un accidente.

En la fecha que la invalidez total que afectaba al Deudor Asegurado cese, esta cláusula se rehabilitará automáticamente desde dicha fecha, reduciendo la cobertura a la diferencia entre la Cantidad Máxima de cuotas cubiertas según tipo de préstamo y la cantidad de cuotas efectivamente abonadas.

Las indemnizaciones previstas por esta cláusula son adicionales e independientes de los demás beneficios previstos en la póliza.

Artículo 3. RIESGOS NO CUBIERTOS

El Asegurador no pagará la indemnización prevista en esta cláusula cuando la invalidez total y temporaria se produjera por alguna de las siguientes causas:

- a. **Como consecuencia de enfermedades y/o lesiones graves preexistentes al momento de la incorporación del asegurado a esta póliza. Se entenderán por preexistentes aquellas enfermedades diagnosticadas al Asegurado, con anterioridad a su incorporación al seguro, y que fueren causa directa del fallecimiento de este.**
- b. **Tentativa de suicidio del Asegurado;**
- c. **Si es provocada deliberadamente por acto ilícito del Asegurado del presente seguro, o en caso de accidente si es provocado por dolo o culpa grave del Asegurado;**
- d. **Por duelo o riña, salvo que se tratase de legítima defensa; empresa o acto criminal;**

- e. **Acto de guerra civil o internacional, guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, huelga, o tumulto popular, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo;**
- f. **Abuso del alcohol, drogas, estupefacientes, narcóticos o estimulantes;**
- g. **Someterse a intervenciones médicas o quirúrgicas ilícitas;**
- h. **Por la práctica o el uso de la navegación aérea, salvo como pasajero en líneas regulares, o por otras ascensiones aéreas o aladeltismo;**
- i. **Por la participación en viajes o prácticas deportivas submarinas o subacuáticas o escalamiento de montaña;**
- j. **Competir en pruebas de pericia y/o velocidad con vehículos mecánicos o de tracción a sangre o en justas hípicas, o cualquier otra prueba análoga;**
- k. **Intervenir en pruebas de prototipos de aviones, automóviles y otros vehículos de propulsión mecánica;**
- l. **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, esquí-acuático o de montaña, motonáutica u otras actividades análogas y manipuleo de explosivos y/o armas o con exposición a radiaciones atómicas;**
- m. **De una infección que sea consecuencia directa o indirecta del virus HIV " Human Inmune Virus" (Virus de Inmuno Deficiencia Humana) o de una infección oportunista y/o neoplasma maligno (tumor) y/o cualquier condición de enfermedad, si al momento de producirse el Asegurado tiene el síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) o es sero-positivo al HIV (Virus de Inmuno Deficiencia humana).**

A los fines de esta exclusión, el término "síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida" tendrá el significado asignado al mismo por la Organización Mundial de la Salud, según fue dado en su publicidad anual. El síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida incluirá HIV (Virus de Inmuno Deficiencia Humana), encefalopatía (demencia), HIV síndrome Devastador y ARC "Aids related Condition" (condición relacionada con el SIDA). Las infecciones oportunistas incluirán entre otras a la neumonía pneumosistis carinii, organismo del virus de enteritis crónica y/o infección diseminada de hongos. El neoplasma maligno incluir, entre otros, al Sarcoma de Kaposi, al linfoma del sistema nervioso central y/u otras tumoraciones o neoformaciones malignas conocidas en la actualidad o que se conozcan, como causa de enfermedad en presencia del síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida;

- n. **Acontecimientos catastróficos originados por reacciones nucleares;**
- o. **Por maternidad o parto;**
- p. **Por hernias o lumbagos;**
- q. **Por anomalías congénitas tanto sea causada en forma directa como indirectamente por estas anomalías;**

Artículo 4. COMPROBACION DE LA INVALIDEZ

Corresponde al Asegurado o a su representante:

- a. Denunciar la existencia de la invalidez;
- b. Presentar las constancias médicas y/o testimoniales de su comienzo y causas;
- c. Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta dos (2) exámenes médicos por facultativos designados por el Asegurador y con gastos a cargo de éste.

Artículo 5. PLAZO DE PRUEBA

El Asegurador dentro de los treinta (30) días de recibida la denuncia y/o las constancias a que se refiere el punto anterior, contados desde la fecha que sea posterior, deber hacer saber al Asegurado y al Tomador la aceptación o rechazo del otorgamiento del beneficio. Si las comprobaciones a que se refiere el punto 4 no resultaran concluyentes en cuanto al carácter total y temporario de la invalidez, el Asegurador podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor de tres (3) meses, a fin de confirmar el diagnóstico.

La no contestación, por parte del Asegurador dentro del plazo establecido, significará automáticamente el reconocimiento del beneficio reclamado.

Artículo 6. CONTINUIDAD DE LA INVALIDEZ

No obstante haberse reconocido como total la invalidez del Deudor Asegurado, al acordarse el beneficio correspondiente, éste solo continuará mientras subsista ese estado y el Asegurador 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 de haberlas pedido en forma, o si el Deudor Asegurado dificultara su verificación, o si la invalidez hubiera dejado de ser total, el Asegurador suspenderá desde ese momento el pago de cuotas. Si el deudor Asegurado fuera dado de alta de la invalidez total y temporaria que lo afectaba, esta cláusula se rehabilitará reduciendo la duración de la cobertura a la diferencia entre la cantidad máxima de pagos establecida en las Condiciones Particulares y la cantidad de pagos efectuados por esta cláusula en las invalideces anteriores.

Artículo 7. VALUACION POR PERITOS

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

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

Si una de las partes omitiera designar médico dentro del octavo día de requerido por la otra, o si el tercer facultativo no fuera electo en el plazo establecido en el párrafo anterior, la parte más diligente previa intimación a la otra, procederá a su designación.

Los honorarios y gastos de los médicos de las partes estarán a su respectivo cargo y los del tercer médico serán pagados por la parte cuyas pretensiones se alejen más del dictamen definitivo. En caso de equidistancia los honorarios y gastos del tercer médico serán pagados en partes iguales por cada una de las partes.

Artículo 8. TERMINACION DEL BENEFICIO

Iniciado el pago del beneficio, el mismo termina en las siguientes circunstancias:

- a. **Al abonarse el beneficio por el plazo máximo de pago indicado en las Condiciones Particulares.**
- b. **Al recuperarse el asegurado de su invalidez.**

**COBERTURA DE INVALIDEZ TOTAL Y TEMPORARIA POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE
CONDICIONES PARTICULARES**

1. **TOMADOR** - Banco Santander S.A.
2. **ASEGURADOR** - Zurich Santander Seguros Uruguay S.A.
3. **PLAN DE SEGURO** – Crédito al Consumo en Pesos Uruguayos – Cláusula adicional Invalidez Total y Temporaria por Enfermedad o Accidente
4. **ASEGURADOS** - Se consideran asegurados las personas físicas deudores del Tomador que éste incluya en los listados respectivos.
5. **CAPITAL ASEGURADO** – Corresponde al saldo del préstamo impago a la fecha de fallecimiento. La compañía, comprobada la invalidez, abonará al Beneficiario una indemnización igual al capital asegurado por la cobertura principal. El beneficio acordado por invalidez es “sustitutivo” del capital asegurado que debiera liquidarse en caso de muerte del Asegurado, de modo que, el pago del beneficio que otorga la presente cláusula se da por finalizada la cobertura respectiva. El beneficiario de la presente cláusula será “Banco Santander S.A.” o su cesionario legal o convencional, a cualquier título.
6. **LIBERACIÓN DEL ASEGURADO** – El Tomador no podrá reclamar al Asegurado la deuda cubierta por la presente cláusula, luego de constatado la invalidez total y permanente del asegurado y abonado el Capital por el Asegurador.
7. **VIGENCIA** - Desde el 1 de marzo de 2010. Las partes acuerdan que la presente cláusula tendrá un plazo de cobertura anual, siendo su renovación automática al cabo de este período.