

## Seguro de Cáncer Femenino.

---

### ARTÍCULO 1. LEY DE LAS PARTES CONTRATANTES

Las partes Contratantes se someten a las disposiciones del Código de Comercio Uruguayo en lo que respecta al Contrato de Seguros, y a las de la presente póliza en cuanto lo complementen o modifiquen en favor del Asegurado, siempre y cuando ello sea admisible.

Esta póliza consta de Condiciones Generales, Condiciones Particulares y la solicitud del seguro.

---

### ARTÍCULO 2. COBERTURA

La Compañía Aseguradora únicamente pagará el Capital Asegurado estipulado en las Condiciones Particulares cuando al Asegurado le sea diagnosticado clínicamente por primera vez, después de finalizado el período de carencia y durante la vigencia del seguro, alguno de los cánceres primarios específicos enumerados a continuación, cuyas coberturas hayan sido expresamente contratadas y consignadas como tales en las Condiciones Particulares, siempre y cuando el Asegurado cumpla con lo dispuesto en el Art. 7:

1. Cáncer del Cervix o Cuello Uterino.
2. Cáncer de Mama.
3. Cáncer del Endometrio Uterino.
4. Cáncer de los ovarios.

---

### ARTÍCULO 3. DEFINICIONES

Para los efectos de la presente póliza se entenderá por:

- A) Contratante:** Es la persona que contrata la póliza y es señalada como tal en las Condiciones Particulares.
- B) Asegurado:** Es la persona cubierta por la póliza y es señalada como tal en las Condiciones Particulares.
- C) Fecha inicial de vigencia:** Es la hora cero del día indicado en las Condiciones Particulares para el comienzo de la cobertura prevista en la póliza.
- D) Fecha de emisión:** Es la fecha en la cual la póliza es emitida y se encuentra señalada en las Condiciones Particulares.
- E) Edad inicial:** Es la edad que a la fecha inicial de vigencia de la póliza tenga el Asegurado.
- F) Edad para seguro:** Es la edad al cumpleaños más próximo a la Fecha de Inicio de Vigencia de la Póliza.
- G) Prima de la póliza:** Es la cantidad que el Contratante se compromete a pagar periódicamente a la Compañía Aseguradora para tener derecho a los beneficios de la póliza.
- H) Cáncer:** Es la presencia de un tumor maligno, caracterizado por el crecimiento y expansión incontrolados y la invasión y destrucción de tejidos en uno de los órganos femeninos específicos (mamas, cerviz, ovarios o útero), el cual no es consecuencia directa de una metástasis o cáncer originado en otro órgano, tejido o parte del cuerpo.  
El tumor original es denominado cáncer primario o tumor primario y es usualmente nombrado por la parte del cuerpo en el cual se origina.  
El diagnóstico del cáncer deberá ser realizado por un médico oncólogo o patólogo, quien deberá confirmar a través de un informe por escrito la evidencia patológica de malignidad después realizar un estudio de arquitectura histocitológica o examinación de tejidos fijos.
- I) Metástasis:** Es la diseminación de un cáncer de una parte del cuerpo a otra. Un tumor formado por células que se diseminaron es denominado "tumor metastático" ó "metástasis". El tumor metastático contiene células que son similares a las del tumor original (primario).
- J) Condición Preexistente:** Significa una condición del Asegurado que implica padecer de un cáncer diagnosticado, cualquiera sea su naturaleza; encontrarse sujeto a un proceso de estudio de diagnóstico de cáncer, cualquiera sea su naturaleza; o estar o haber estado en tratamiento por cáncer, cualquiera sea la naturaleza de este último, a la fecha de contratación de la póliza.

---

### ARTÍCULO 4. EXCLUSIONES

Sin perjuicio de la exclusión de cualquier cáncer que no se ajuste a la definición de cobertura del Artículo Segundo de estas Condiciones Generales, este seguro no cubre, además, lo siguiente:

- A)** Tumores que presenten los cambios de malignidad del carcinoma in situ y tumores que son histológicamente descriptos como pre-malignos, o no invasivos. Incluyendo, a modo de ejemplo, sin limitación: Carcinoma in situ de mama y Displasia cervical CIN-1, CIN-2, y CIN-3.
- B)** El cáncer si el Asegurado tuvo o tiene al momento del diagnóstico, Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA)
- C)** Condiciones Preexistentes, de acuerdo a lo especificado en el Art. 3 Definiciones.-
- D)** Cáncer como consecuencia de riesgos nucleares o atómicos.
- E)** Tratamiento médico y cirugía.

- F) Enfermedades causadas por SIDA o HIV positivo, incluyendo infecciones oportunistas tales como Sarcoma de Kaposi.
- G) Exámenes médicos de rutina.
- H) Cualquier enfermedad que no sea cáncer de mama, cervix, ovario o útero.
- I) Cualquier accidente.
- J) Cualquier cáncer diagnosticado antes que la póliza entre en vigencia o durante el período de carencia.
- K) Hiperqueratosis, cáncer de piel escamoso y basocelular, y melanomas de menos de 1,5 mm de grosor Breslow, ó, menor al nivel 3 de Clark, a menos que exista evidencia de metástasis.

---

## ARTÍCULO 5. PERÍODO DE CARENCIA

Existirá un período de carencia de 90 días corridos contados desde la fecha de vigencia de este seguro. La Compañía Aseguradora únicamente abonará el capital asegurado cuando el diagnóstico del cáncer se produzca después de transcurrido dicho periodo de carencia.

No se aplicará período de carencia en las renovaciones de este seguro.

---

## ARTÍCULO 6. PERÍODO DE SUPERVIVENCIA

La Compañía Aseguradora únicamente abonará el capital asegurado contratado si el Asegurado sobrevive como mínimo 30 días contados a partir del diagnóstico escrito de la enfermedad cubierta bajo esta póliza, efectuado por un oncólogo o patólogo de acuerdo a lo dispuesto en el Art. 3 de Definiciones.

Esto sin perjuicio de que el siniestro será indemnizable sólo si es aceptado por la Compañía Aseguradora.

---

## ARTÍCULO 7. VIGENCIA

El plazo de vigencia de esta póliza será de doce (12) meses contados a partir de la fecha indicada en las Condiciones Particulares como Fecha inicial de vigencia.

---

## ARTÍCULO 8. DECLARACIONES DEL ASEGURADO

Esta póliza se emite según la declaración del Contratante y/o del Asegurado consignada en la respectiva solicitud, en el cuestionario relativo a la salud y en el informe del médico examinador (cuando lo hubiere), los cuales son la causa determinante del contrato. Dichas declaraciones se entienden dadas y certificadas como verdaderas y completas por el Contratante y/o el Asegurado, mediante su firma puesta al pie de los mencionados documentos, aún cuando éstos no fueran escritos por el mismo.

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

La Compañía Aseguradora podrá invocar como reticencia o falsa declaración la omisión de hechos o circunstancias cuya pregunta conste expresa y claramente en la solicitud o en la declaración de salud para el presente seguro. La Compañía Aseguradora debe impugnar el contrato dentro de los 3 (tres) meses de haber conocido la reticencia o falsedad.

Cuando la reticencia no dolosa es alegada en el plazo mencionado en el párrafo anterior, la Compañía Aseguradora, a su exclusivo juicio, puede anular el contrato restituyendo la prima percibida con deducción de los gastos, o reajustarla con la conformidad del Asegurado al verdadero estado del riesgo.

Si la reticencia fuese dolosa o de mala fe, la Compañía Aseguradora tiene derecho a las primas de los períodos transcurridos y del período en cuyo transcurso invoque la reticencia o falsa declaración.

En todos los casos, si el siniestro ocurre durante el plazo para impugnar (tres años), la Compañía Aseguradora no adeuda prestación alguna.

Cuando el contrato se efectúe por cuenta ajena, se juzgará la reticencia por el conocimiento y la conducta del Contratante y del Asegurado.

La Compañía Aseguradora renuncia expresamente a invocar cualquier reticencia - excepción hecha si fuese dolosa - como motivo de nulidad derivada de dichas declaraciones del Contratante y/o el Asegurado después de los tres años de vigencia inicial del primer contrato suscrito con la Compañía. Si la póliza hubiere sido rehabilitada, el plazo de indisputabilidad de tres años se computará a partir de la fecha de la última rehabilitación.

---

## ARTÍCULO 9. LÍMITE DE COBERTURA Y RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA

Esta póliza será renovada automáticamente, al término de cada período de cobertura de doce (12) meses, mediante el pago por adelantado de la prima especificada por la Compañía Aseguradora, siendo dicha prima calculada a la tasa vigente al momento de la renovación y hasta la edad máxima del Asegurado indicada en las Condiciones Particulares.

El Asegurado y la Compañía Aseguradora tienen derecho a no renovar la póliza a su correspondiente vencimiento anual comunicando esta voluntad por escrito a la otra parte con un preaviso de por lo menos 10 (diez) días hábiles.

---

## ARTÍCULO 10. PAGO DE PRIMAS

Esta póliza es emitida en consideración al pago por adelantado de la prima especificada en las Condiciones Particulares.

**A) Pago de Primas:** El pago de las primas se hará en la oficina principal de la Compañía Aseguradora o en los lugares que ésta designe, dentro de los plazos estipulados al efecto en las Condiciones Particulares de esta póliza.

**B) Plazo de gracia:** La Compañía Aseguradora concede un plazo de gracia de 30 ( treinta días) contados a partir de la fecha de vencimiento de la prima impaga, para el pago de las primas siguientes a la primera prima que corresponda abonar, cualquiera sea la forma de pago convenida. Si durante el transcurso de dicho plazo de gracia le fuere diagnosticado al Asegurado alguno de los cánceres cubiertos, la Compañía Aseguradora deducirá de la indemnización a liquidar la prima vencida y no abonada.

---

## ARTÍCULO 11. MONEDA O UNIDAD DEL CONTRATO

Se deja expresa constancia que es voluntad de las partes efectuar los pagos emergentes de las obligaciones pactadas en el presente contrato, en la moneda prevista que figura en las Condiciones Particulares.

Si la moneda prevista no fuese la de curso legal en la República Oriental del Uruguay y como consecuencia de cualquier disposición en materia de cambios emanada del Banco Central del Uruguay u otro organismo competente, fuera imposible la obtención de las divisas en el mercado, o si a la Compañía Aseguradora no le estuviere permitido mantener sus reservas o inversiones en la divisa pactada, o si por cualquier otra circunstancia, los pagos no se efectuasen en la moneda pactada, los mismos, en forma alternativa podrán realizarse de la siguiente forma:

1. Utilizando como pauta de conversión la cotización de un título público emitido por el Gobierno Nacional Uruguayo que cotice en la moneda del contrato en la Bolsa de Valores de Montevideo o, en su defecto, en alguno de los mercados internacionales de mayor volumen de movimientos. La elección del título público y del mercado será facultad del Contratante o del Asegurado, según corresponda, y deberá contar con la aprobación de la Compañía Aseguradora. Los pagos se efectuarán mediante la entrega de los títulos públicos utilizados como pauta de conversión.

2. Si no existieran títulos públicos emitidos por el Gobierno Nacional Uruguayo que cotizaran en la moneda del contrato, se efectuarán los pagos en moneda de curso legal en la República Oriental del Uruguay, de acuerdo con su cotización en la moneda del contrato del día hábil inmediato anterior al del pago, tipo comprador en el Mercado de Nueva York. Si allí no cotizara, se tomará la cotización en alguno de los mercados internacionales de mayor volumen de movimientos, a elección del Contratante o del Asegurado, según corresponda, con la aprobación de la Compañía Aseguradora.

---

## ARTÍCULO 12. AVISO DE SINIESTRO

El Asegurado, o la persona a quien éste autorice, deberá dar aviso por escrito a la Compañía Aseguradora de la ocurrencia del siniestro dentro de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha del diagnóstico del cáncer cubierto.

Asimismo, el Asegurado o su autorizado, según corresponda, deberá proporcionar a la Compañía Aseguradora, dentro de los 60 (sesenta) días siguientes a la fecha de notificación del siniestro a la Compañía Aseguradora, todos los antecedentes médicos y exámenes que obren en su poder; autorizar a la Compañía Aseguradora para requerir de sus médicos tratantes todos los antecedentes que ellos posean, y dar las facilidades y someterse a los exámenes que la Compañía Aseguradora solicite para efectos de determinar y verificar la efectividad de la enfermedad. El costo de éstos estará a cargo de la Compañía Aseguradora.

Asimismo, en caso de fallecimiento posterior al período de supervivencia, la Compañía tendrá el derecho y la oportunidad de exigir la autopsia o la exhumación del cadáver, debiendo los beneficiarios prestar su conformidad y su concurso para la obtención de las correspondientes autorizaciones.

El cumplimiento extemporáneo de las obligaciones establecidas en este Artículo hará perder el derecho al beneficio establecido en las presentes Condiciones Generales, salvo en caso de impedimento por fuerza mayor. En este último caso, el plazo de presentación se extenderá por el tiempo que dure el impedimento.

---

## ARTÍCULO 13. VALUACIÓN POR PERITOS

En caso de divergencia entre las partes respecto de la verificación del hecho cubierto bajo esta póliza, la misma será sometida a la decisión de peritos designados por las partes.

Cada una de las partes designará un médico de su confianza, dentro de los 8 (ocho) días siguientes a aquel en que una de las partes planteó la divergencia.

Los médicos designados por las partes deberán presentar un informe escrito dentro de los 30 (treinta) días siguientes a su designación. En caso de divergencia entre el contenido de los informes de ambos médicos, dichos profesionales elegirán un tercer médico. El tercer médico designado deberá producir un informe por escrito en un plazo de 15 (quince) días contados desde su designación. El informe del tercer médico será decisivo.

Si una de las partes omitiera designar su médico, el médico designado por la otra parte procederá a la designación de otro médico.

Cada parte asumirá los honorarios y gastos del médico designado. En caso de designación de un tercer médico, los honorarios de éste serán abonados por la parte cuya posición sea desestimada por el dictamen de dicho profesional.

---

## ARTÍCULO 14. CUMPLIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DEL ASEGURADOR

La Compañía Aseguradora deberá realizar el pago del capital asegurado consignado en las Condiciones Particulares dentro de los 30 (treinta) días hábiles siguientes a la recepción de toda la documentación e información exigida al Asegurado conforme lo establecido en el segundo párrafo del Artículo 13.

En representación del Asegurado, podrá percibir el importe citado la persona que haya sido autorizada a tal fin por el mismo en su solicitud.

En caso de fallecimiento del Asegurado, la indemnización prevista en esta póliza, será abonada a los herederos legales del mismo.

---

## ARTÍCULO 15. TÉRMINO DEL CONTRATO

Esta póliza quedará sin efecto por las siguientes causas:

**A)** El pago por parte de la Compañía Aseguradora del Capital Asegurado previsto en las Condiciones Particulares como consecuencia de la ocurrencia de un siniestro cubierto por esta póliza.

**B)** Cuando el Asegurado cumpla 65 años de edad para seguro.

**C)** Cuando al Asegurado se le diagnostique un cáncer distinto a aquellos cuya cobertura ha sido expresamente contratada en virtud de esta póliza. En estos casos la Compañía Aseguradora devolverá al Asegurado las primas cobradas durante el año vigente. En caso de que la prima se hubiera pagado vencido el plazo de gracia previsto en el literal b) del Art.11 la prima será devuelta sin intereses en moneda corriente y al valor que tenga la moneda establecida en las Condiciones Particulares como moneda de pago, al día del pago de la prima.

**D)** Si al vencimiento del plazo de gracia no ha sido pagada la prima vencida, sin necesidad de aviso, notificación o requerimiento alguno, quedando la Compañía Aseguradora libre de toda obligación y responsabilidad derivada de este contrato de seguro.

---

## ARTÍCULO 16. REHABILITACIÓN DE LA PÓLIZA

En caso de término del contrato en virtud de la cláusula 16 literal d), el Contratante podrá solicitar personalmente su rehabilitación. Para resolver sobre esta petición, la Compañía Aseguradora podrá exigir del Asegurado que acredite, a satisfacción de la Compañía Aseguradora, que reúne las condiciones de salud y otras necesarias para ser readmitido como tal.

El período de carencia reiniciará automáticamente a partir de la fecha de rehabilitación-.

---

## ARTÍCULO 17. IMPUESTOS, TASAS Y CONTRIBUCIONES

Los impuestos, tasas y contribuciones de cualquier índole y jurisdicción que pudieran crearse en lo sucesivo o los aumentos eventuales de los existentes, estarán a cargo del Contratante, del Asegurado, o de los herederos, según el caso.

---

## ARTÍCULO 18. DOMICILIO

Para los efectos del presente contrato, las partes señalan como domicilio especial el que se menciona en las Condiciones Particulares de esta póliza.

---

## ARTÍCULO 19. **JURISDICCIÓN**

Las partes acuerdan someterse a la jurisdicción de los tribunales competentes de la ciudad de Montevideo, República Oriental del Uruguay, en caso de cualquier conflicto que se suscite en relación con la interpretación, cumplimiento o aplicación de la presente póliza