

<b>Producto: Seguro de Vida</b>	<b>Producto: Seguro de Desempleo o Incapacidad Temporal</b>
<b>Cobertura y Capital Asegurado:</b>	<b>Capital Asegurado Máximo: \$ 9.760</b>
- \$ 27.100 de Fallecimiento por Enfermedad.	<b>Cantidad Máxima de Cuotas: 1</b>
- \$ 271.000 de Fallecimiento Accidental	<b>Periodo de Franquicia para Desempleo: 60 días</b>
- \$ 271.000 de Incapacidad Total y Permanente por Accidente	<b>Periodo de Franquicia para Incapacidad: 30 días</b>
<b>Edad mínima de ingreso: 18 años</b>	<b>Periodo de carencia: 90 días</b>
<b>Edad límite de ingreso: 60 años</b>	<b>Periodo activo y antigüedad laboral mínima: 180 días</b>
<b>Edad límite de permanencia: 64 años y 364 días</b>	<b>Edad mínima de ingreso: 18 años</b>
<b>Beneficiario:</b> De acuerdo a la designación abajo citada. En caso de haber beneficiarios designados, se asignarán a los herederos legales.	<b>Edad límite de ingreso: 60 años</b>
<b>Moneda de cobertura:</b> Pesos uruguayos	<b>Edad límite de permanencia: 64 años y 364 días</b>
<b>Ambito de las coberturas:</b> Durante las 24 horas, los 365 días en cualquier parte del mundo.-	
<b>Periodicidad del pago de primas:</b> Mensual	<b>Moneda de cobertura:</b> Pesos uruguayos
<b>Requisitos de Asegurabilidad:</b> Enfermedades Preexistentes. Se conviene un plazo de carencia de cobertura con primas pagas de 2 años a partir de la vigencia inicial de cada certificado individual.	<b>Periodicidad del pago de primas:</b> Mensual
<b>Vigencia:</b> 1 día del mes siguiente a la aceptación del seguro	<b>Vigencia:</b> 1 día del mes siguiente a la aceptación del seguro
<b>Costo mensual del Seguro: \$215.06</b>	

**RESUMEN DE CONDICIONES GENERALES**  
**SEGURO DE VIDA**

**DEFINICIONES**

**Asegurador:** Seguros Sura S.A., quien asume el riesgo contractualmente pactado.

**Contratante:** Se entiende por Contratante el tomador del seguro

**Asegurado:** Persona o personas a quien el Asegurador brinda cobertura de acuerdo a las Condiciones de esta.

**Beneficiario:** Persona designada por el Asegurado para recibir los beneficios que acuerda la póliza, de acuerdo a las Condiciones de esta.

**PERSONAS ASEGURABLES**

Se consideran asegurables desde la fecha de vigencia inicial del certificado todas aquellas personas físicas que sean tarjetahabientes del Contratante y hayan aceptado las condiciones del seguro.

**INGRESO Y EGRESO DE ASEGURADOS**

La incorporación regirá a partir del día primero del mes siguiente a la fecha en que la cobertura es aceptada. Toda persona asegurada que egrese de la cobertura deberá ser comunicada por escrito al Asegurador. La cobertura cesará a partir de la cero hora del día que siga a la fecha de egreso. Toda persona asegurada que alcance la edad máxima estipulada en las Condiciones Particulares carecerá automáticamente de la cobertura otorgada por esta Póliza a partir de la cero hora del día primero del mes siguiente a la fecha de cumplir la edad máxima acordada.

**RESCISIÓN DE LA COBERTURA INDIVIDUAL**

La cobertura de cada Asegurado quedará rescindida o caducará en los siguientes casos: a) Por su renuncia a continuar con el seguro, b) por cese de la relación con el Contratante, c) por rescisión o caducidad de la póliza. Tanto la renuncia a que se refiere el punto a) como el cese previsto en el punto b) del inciso precedente, serán comunicadas a la Compañía por intermedio del Contratante y el seguro quedará rescindido a partir de la hora cero del día siguiente a la fecha en que la renuncia o el cese sean comunicados al Asegurador.

**LIQUIDACIÓN POR FALLECIMIENTO. RECLAMOS.**

Ocurrido el fallecimiento de un Asegurado durante la vigencia de esta póliza y de la cobertura individual respectiva, en conocimiento del hecho, el Contratante hará dentro del plazo máximo de 30 días la correspondiente comunicación a la Compañía en el formulario que ésta proporciona al efecto, el que irá acompañado de la partida de defunción, de una declaración del médico que haya asistido al asegurado o certificado su muerte, si lo hubiere, copia de historia clínica y declaración del testimonio de cualquier actuación sumarial que hubiere instruido con motivo del hecho determinante de la muerte, salvo que razones procesales lo impidieran. La compañía puede solicitar información adicional de ser necesaria. Aprobada esta documentación, la Compañía pondrá el importe del capital asegurado a disposición del beneficiario, comunicando previamente dichas circunstancias al Contratante.

**RIESGOS CUBIERTOS**

- Fallecimiento a consecuencia de enfermedad del asegurado, siempre y cuando esta última no ocurra a consecuencia de una enfermedad preexistente.

- Fallecimiento 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.

- Incapacidad Total y Permanente: La Compañía concederá el beneficio que acuerda esta cláusula al Asegurado cuyo estado de invalidez total y permanente, como consecuencia de accidente, no le permita desempeñar por cuenta propia o en relación de dependencia cualquier actividad remunerativa, siempre que tal estado haya continuado ininterrumpidamente por doce (12) meses como mínimo y se hubiera iniciado durante la vigencia de su seguro. Se excluyen expresamente los casos que afecten al Asegurado en forma parcial o temporal.

**RIESGOS NO CUBIERTOS**

La Compañía no pagará la indemnización cuando el fallecimiento de un Asegurado se produjera, directa o indirectamente, como consecuencia de:

- Participación como conductor o integrante de equipo en competencias de pericia o velocidad, con vehículos mecánicos o de tracción a sangre o en justas hípcas (saltos de vallas o carreras con obstáculos).
- Intervención en la prueba de prototipos de aviones, automóviles u otros vehículos de propulsión mecánica.
- Práctica o utilización de la aviación, salvo como pasajero en servicios de transporte aéreo regular.
- Intervención en otras ascensiones aéreas o en operaciones o viajes submarinos.
- Guerra, guerra civil, u hostilidades bélicas con o sin declaración de guerra.
- Suicidio voluntario, salvo que la cobertura individual haya estado en vigor ininterrumpidamente al menos por dos años antes del hecho, contados desde la emisión de la cobertura respectiva o desde su última rehabilitación. Los aumentos de capital solicitados por el Asegurado, que se hayan concedido en los últimos dos años anteriores al fallecimiento no se considerarán a los efectos de calcular la indemnización prevista por esta cláusula; el Asegurador reintegrará las primas pagadas correspondientes a dichos aumentos.
- Exposición voluntaria a un peligro cierto (a excepción de que sea por salvar vidas humanas).
- Desempeño de las profesiones de acróbata, buzo, jockey y domador de potros o fieras y de tareas con manipuleo de explosivos o con exposición a radiaciones atómicas, salvo pacto en contrario.
- Participación en empresa criminal tipificada por la ley.
- Acontecimientos catastróficos originados por la energía atómica.
- Consumo de drogas, a menos que estas hayan sido indicadas por un médico y no para el tratamiento de drogadicción.
- Ingestión de alcohol o inhalación intencional de solventes.
- Tareas fuera de piso firme, a más de 4 mts de altura
- Deportes extremos
- Tareas que demanden uso de explosivos
- Fuerzas de seguridad

**COBERTURA DE SUICIDIO:** La muerte como consecuencia de suicidio de cualquiera de los asegurados, estará cubierta a partir del 3er año de ingreso del Asegurado en el seguro.

**RESCISIÓN DE ESTA PÓLIZA**

Sin perjuicio de las demás causales de rescisión y caducidad ya previstas, esta póliza podrá ser rescindida tanto por el Contratante como por la Compañía, previo aviso por escrito remitido con anticipación no menor de un mes (treinta – 30 – días) a cualquier vencimiento de primas, salvo estipulación en contrario.

En caso de desear nombrar beneficiarios a la póliza, por favor, complete la siguiente declaración:

**Beneficiarios asignados a la Póliza**

Nombre	Documento de Identidad	Parentesco
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Documento de Identidad \_\_\_\_\_

Firma del Asegurado

**SEGURO DE DESEMPLEO O INCAPACIDAD TEMPORAL**

**DEFINICIONES**

**Asegurado:** Podrá incorporarse a esta póliza toda persona que sea mayor de dieciocho (18) años inclusive y hasta los sesenta y cinco (65) años cumplidos que está expuesta al riesgo Asegurado y a cuyo favor se extiende el seguro. Asegurado es la persona designada como tal en las Condiciones Particulares de la póliza, que cumple con los requisitos que la misma exige y que se ve expuestas al riesgo de desempleo involuntario o Incapacidad Temporal.

**Contratante:** Es la persona natural o jurídica que suscribe el seguro con la Compañía Aseguradora y que figura como tal en las Condiciones Particulares.

**Beneficiario:** El beneficiario corresponde a la persona natural o jurídica individualizada en las Condiciones Particulares de la póliza.

**Franquicia:** Es el periodo de tiempo que el asegurado debe permanecer en situación de Desempleo Involuntario o Incapacidad temporal para poder reclamar la indemnización.

**Carencia:** Es el periodo de tiempo desde el inicio de vigencia de la cobertura, durante el cual el Asegurado no tiene derecho alguno a indemnización. El periodo de carencia será el indicado en las condiciones particulares.

**Evento:** La ocurrencia de una situación de Desempleo Involuntario o Incapacidad Temporal indemnizable bajo este seguro y no interrumpido por un Periodo Activo Mínimo.

**Periodo Activo Mínimo:** Lapso de tiempo que será determinado en las Condiciones Particulares de la póliza, durante el cual el Asegurado que ya ha sido indemnizado en razón del seguro y que ya ha obtenido nuevamente empleo, debe mantenerse en este para poder invocar el seguro si incurre nuevamente en desempleo involuntario. En caso de Incapacidad Temporal, este periodo corresponderá al determinado en las Condiciones Particulares y que debe transcurrir entre la fecha de expiración de la última licencia médica y el nuevo evento.

**Antigüedad laboral:** Es el período mínimo que el Asegurado debe haber permanecido como trabajador, ininterrumpidamente hasta el momento del siniestro, para tener derecho a la indemnización otorgada por el presente seguro.

En caso de Incapacidad Temporal, este período corresponderá al determinado en las Condiciones Particulares y que deberá mantenerse en condición de trabajador independiente o vendedor comisionista para tener derecho a la cobertura.

**Deducible:** Corresponde al número de cuotas, estipulado en las Condiciones Particulares, que debe pagar el Asegurado; posterior a la ocurrencia del evento de desempleo o incapacidad temporal

**Período Cubierto:** Es el lapso de tiempo de aplicación de la cobertura según lo especificado en las Condiciones Particulares de la Póliza, para un solo evento de desempleo o incapacidad que afecte al Asegurado durante la vigencia de la póliza.

**Trabajador Independiente:** Persona que ejerce una actividad u oficio en forma independiente y obtiene de dicho ejercicio la totalidad o, a lo menos el importe mayoritario de sus ingresos.

**Vendedor Comisionista:** Aquella persona que ejerce la actividad de ventas con ingresos variables de acuerdo a sus resultados, siempre que no mantenga un contrato de trabajo.

**Incapacidad Temporal:** Es todo evento a consecuencia de enfermedad o accidente por el cual al Asegurado se le haya otorgado una licencia médica por un período mínimo establecido en las Condiciones Particulares o de al menos 30 días corridos de duración, a falta de estipulación explícita.

**Desempleo Involuntario:** Es la desvinculación laboral que se produce por circunstancias no imputables al actuar del Asegurado y que implique la privación total de ingresos por conceptos laborales.

#### MATERIA ASEGURADA

El pago de una cuota mensual que pueden corresponder a una deuda, una cuota o porcentaje de la misma, a una cuenta de servicio, cuya cantidad y monto deberá determinarse en las Condiciones Particulares de la póliza.

#### RIESGOS CUBIERTOS

De acuerdo a las Condiciones señaladas en las Condiciones Particulares, la Compañía indemnizará al beneficiario con el pago de los montos contratados si ocurre alguno de los siguientes eventos, según sea la circunstancia del asegurado:

##### A) DESEMPLEO INVOLUNTARIO DEL ASEGURADO Esta póliza cubre solamente los casos de desempleo involuntario del trabajador en relación de dependencia.

Para efectos del pago de la indemnización correspondiente, se consideraran única y exclusivamente como causales de desempleo involuntario las siguientes:

1. Para el caso de los empleados, las causales de término de relación laboral serán, exclusivamente, las siguientes:

1.1. Necesidades de la empresa. En caso de quiebra del empleador se considerará que la causal de término de la relación laboral es la necesidad de la empresa.

1.2. Mutuo acuerdo entre las partes. Para que el Desempleo sea considerado como involuntario, será necesario que el Asegurado tenga derecho al pago de indemnización por años de servicio.

1.3. Caso Fortuito o Fuerza Mayor.

2. En el caso de los empleados vinculados laboralmente y bajo régimen de subordinación y dependencia a la Administración Pública centralizada o descentralizada, sometidos al Estatuto Administrativo, el Desempleo será cubierto por la presente póliza, única y exclusivamente, si se produce por alguna de las siguientes causales:

2.1. Funcionarios de Planta:

Supresión del empleo del estatuto administrativo.

Término del período legal del estatuto administrativo.

2.2 Personal a contratar:

No renovación del contrato una vez finalizado el plazo.

Queda establecido y convenido que la indemnización corresponderá a lo que se estipule en las condiciones particulares de la póliza de acuerdo a lo señalado en el artículo segundo precedente, siempre que el Asegurado acredite haber entrado en desempleo involuntario o mantenerse en tal situación, por los montos y límites que se especificaran en las condiciones particulares de la póliza.

Sin embargo, reintegrado el Asegurado al servicio laboral, con contrato de trabajo, cesará inmediatamente el pago de indemnizaciones con cargo a este seguro.

##### B) INCAPACIDAD TEMPORAL A CONSECUENCIA DE ENFERMEDAD Y/O ACCIDENTE. Esta cobertura cubre solamente a los siguientes tipos de personas:

- Asegurado que tenga la calidad de trabajador independiente, de conformidad a la definición señalada anteriormente.
- Vendedores Comisionistas, siempre que no desempeñen una actividad remunerada, con vínculo de subordinación y dependencia bajo contrato de trabajo indefinido.

#### EXCLUSIONES

Esta póliza no indemnizará eventos provenientes de acciones provocadas voluntariamente por parte del Asegurado.

Para la cobertura de Desempleo:

a) No se efectuará el pago de las cantidades establecidas en las Condiciones Particulares de la póliza, cuando la situación de desempleo del Asegurado se produzca por una causa distinta de las señaladas en el Artículo 4 de estas Condiciones Generales.

b) Cuando el empleador del Asegurado no tenga oficina registrada o no este afecto a las leyes sociales y previsionales determinadas por la legislación laboral nacional.

c) Cuando entre el empleador y el Asegurado haya existido o exista parentesco por consanguinidad o afinidad en toda la línea directa, o en la colateral hasta el segundo grado inclusive.

d) Quedan además excluidos entre otros los siguientes casos:

- término de la relación laboral por decisión unilateral del trabajador;
- despido con justa causa;
- muerte del trabajador;
- por terminación de la obra contratada; Culminación de la relación laboral por extinción del contrato;
- por expiración del término establecido en el contrato;
- despido de trabajadores por reducción de personal mayor al 30%;
- renunciaciones y jubilaciones anticipadas;
- despido de trabajadores mayores a 65 años;
- liquidación o cierre de la empresa donde laboraba el trabajador;
- contratos Especiales a plazo fijo, de una duración menor a 6 meses;
- cuando no exista documentación formal que permita acreditar la existencia de un vínculo laboral único con un ex empleador y/o la culminación del mismo.

Para la cobertura de Incapacidad Temporal:

No se efectuará el pago de las cantidades establecidas en las Condiciones Particulares de la póliza cuando la situación de incapacidad que aqueje al Asegurado sea producto de alguna de las siguientes causales:

a) Reposo o licencia a causa de embarazo o cualquier enfermedad producida con motivo del embarazo.

b) Las Incapacidades de origen nervioso (incluyendo depresión) y enfermedades a la espalda.

c) Participación del Asegurado en actos temerarios o deportes notoriamente peligrosos o riesgosos en las cuales se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.

d) Situaciones o Enfermedades preexistentes, entendiéndose por tales cualesquiera enfermedad, patología, incapacidad, lesión, dolencia, padecimiento, tendinitis o cualquier problema de salud en general que afecte al Asegurado y que haya sido conocida o diagnosticada, con anterioridad a la fecha de incorporación a la póliza. Para los efectos de la aplicación de esta exclusión, al momento de la contratación la Compañía deberá consultar al Asegurado acerca de todas aquellas situaciones o enfermedades preexistentes que pueden importar una limitación o exclusión de cobertura. En las Condiciones Particulares, cuando proceda, se establecerán las restricciones y limitaciones de la cobertura en virtud de la declaración de salud efectuada por el asegurable o la exclusión de las enfermedades preexistentes declaradas.

e) Actos delictivos de acuerdo a la ley penal en los que participa directa o indirectamente el Asegurado.

f) Viajes en cualquier medio de transporte aéreo.

g) Peleas o riñas, salvo que el Asegurado pueda establecer judicialmente que actuó en defensa propia.

h) Duelos, suicidios, tentativas de suicidios.

i) La intervención del Asegurado en motines o tumultos tengan o no el carácter de guerra civil, sea que la intervención fuere personal o como miembro de una institución de carácter civil o militar.

j) Hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan.

k) Ataques cardíacos, vértigos, convulsiones, desmayos, trastornos mentales o parálisis.

l) Intervenciones quirúrgicas o de cualquier medida médica, siempre que no se hayan hecho necesarias a raíz de un accidente sujeto a indemnización.

#### OBLIGACION DE PRUEBA DEL SINIESTRO

El asegurado deberá acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado, y declarar fielmente y sin reticencia, sus circunstancias y consecuencias.

#### SINIESTROS E INDEMNIZACIONES

Producido un siniestro, el Asegurado deberá comunicarlo por escrito a la Compañía plazo máximo dentro de las 48 horas. El cumplimiento extemporáneo de esta obligación hará perder el derecho a la indemnización establecida en la presente póliza, salvo en caso de fuerza mayor.

Los documentos que se deban presentar para la liquidación del siniestro se individualizarán en las Condiciones Particulares de la póliza. Sin perjuicio de lo anterior, la Aseguradora se reserva el derecho de solicitar cualquier otro que estime necesario para realizar esta liquidación.

#### TÉRMINO DE LA COBERTURA

El seguro con respecto a cualquier Asegurado terminará inmediatamente al suceder el primero de estos hechos:

a) El fallecimiento del Asegurado.

b) La cancelación de la tarjeta a la cual es cargada la prima del seguro.

c) Falta de pago de la prima mensual, lo que no absuelve al Asegurado de la obligación de cancelar la deuda por el período transcurrido.

e) Pérdida de la condición de Asegurado, de conformidad con los términos previstos en la presente póliza.

f) Si el Asegurado o cualquier otra persona que obre por cuenta de éste, obstaculiza el ejercicio de los derechos de la Compañía, estipulados en la presente póliza.

g) Al cumplir el Asegurado el límite máximo de edad para estar Asegurado (65 años cumplidos).

Ningún beneficio será reconocido bajo la presente póliza después de la conclusión del seguro.

Las Condiciones Generales de Póliza están disponibles en: [www.passcard.com.uy](http://www.passcard.com.uy)

**Convertibilidad de cobertura colectiva a Individual.-** Siendo la presente cobertura de carácter colectivo el asegurado autoriza para que la misma pase a ser cobertura individual dentro del plazo de 13 meses, siempre que no se alteren las condiciones de la póliza y que ello no se traduzca en ningún perjuicio para el asegurado.-Dicha transferencia operará una vez que el asegurador comunicara al asegurado de dicha decisión.-

Esta póliza adquiere fuerza legal desde las doce (12) horas del día fijado como comienzo de su vigencia.

Declaro mi expresa adhesión y contratación respecto de la póliza colectiva de SEGURO DE VIDA Y DESEMPLEO emitida por Seguros Sura S.A. cuyo contratante es PASSCARD.

Declaro, asimismo, haber sido debidamente informado acerca del alcance de las coberturas, y que se me ha entregado en este acto toda la información del seguro al que adhiero y contrato.