

Extracto de Condiciones del Seguro de Vida de Saldo Deudor

Scotiabank Uruguay S.A.

DISPOSICIONES FUNDAMENTALES DE LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA DEL SEGURO DE VIDA CREDITO

ASEGURADOS: Se considerarán asegurados a todos los Socios Titulares principales de tarjetas vigentes, mayores de 18 años de edad, a través del BANCO (en adelante "Asegurados") que mantengan un saldo financiado con el BANCO en Pesos uruguayos o Dólares estadounidenses. Se entenderá por titular principal el originante de la relación con la tarjeta de crédito, quedando en consecuencia excluidos de dicho concepto los titulares de tarjetas derivadas.

DEFINICION DE LA COBERTURA: En los términos de la presente póliza, el capital asegurado señalado en las Condiciones Particulares será pagado por la compañía aseguradora a la Empresa Contratante (en adelante, la Contratante), de acuerdo a lo dispuesto en el Artículo "liquidación por fallecimiento" del presente extracto o en el Artículo "Liquidación por Incapacidad total y permanente", después del fallecimiento del asegurado u ocurrida la incapacidad total y permanente, si este ocurre durante la vigencia y bajo las Condiciones Generales y Condiciones Particulares de la póliza. El plazo de este contrato será de un año y será renovable por períodos iguales en cada Fecha de Aniversario, entendiéndose por tal el mismo día del mes de cada año siguiente al inicio de la vigencia de esta póliza. La prima se devengará hasta la fecha de vencimiento de la póliza o hasta la fecha del siniestro del asegurado, si esto ocurre antes.

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

CAPITAL ASEGURADO: Será el monto equivalente al saldo de la cuenta de la Tarjeta de Crédito, definido como:

- El saldo del Cierre de cuenta Tarjeta de Crédito inmediato anterior al ocurrido el siniestro;
- Menos los pagos realizados;
- Más los intereses de financiación, impuestos y comisiones (cuando el pago sea menor al saldo);
- Más las cuotas por consumos pendientes a vencer en el caso de los planes en cuotas (siempre y cuando la primera cuota haya ingresado en estados de cuenta anteriores al mes de ocurrido el siniestro). Para el caso de que el pago del saldo mencionado en a), haya sido pago contado, las cuotas pendientes a vencer, en el caso de que existieran, no se considerarán saldo financiado a los efectos del seguro;
- Más las cuotas impagas de los adelantos financieros (préstamos) en cuotas dentro de las tarjetas comunes;

No se cubren los saldos inferiores al equivalente a 6 UI.

CAPITAL MAXIMO ASEGURADO INDIVIDUAL: U\$S 15.000.- o su equivalente en pesos

BENEFICIARIOS: Se elimina el ARTÍCULO 6. El beneficiario de la póliza es el Scotiabank Uruguay S.A.

EXCLUSIONES A LA COBERTURA DE VIDA

- Por todo riesgo derivado de reacciones o accidentes nucleares, químicos, biológicos, bacteriológicos, epidemias o pestes.

EXCLUSIONES DE COBERTURA COMUNES A LA COBERTURA DE VIDA Y A LA COBERTURA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE Y ENFERMEDAD:

- Suicidio dentro de los primeros 3 años de vigencia ininterrumpida de la cobertura individual, automutilación, o autolesión.
- Pena de muerte o por participación en cualquier acto delictivo.
- Por abuso de alcohol, drogas, estupefacientes, narcóticos o estimulantes.

EXCLUSIONES A LA COBERTURA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD:

- Guerra, guerra civil, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra.
- Cualquier acto de insurrección, huelga, motín, conmoción civil o asalto.
- Desórdenes mentales o nerviosos.
- Embarazo, parto o aborto.
- Riesgos asociados con actividades militares. Estos riesgos incluyen, pero no están limitado a: Practica de tiro; maniobras de guerra; entrenamiento; o paracaidismo.
- Realización de una actividad o deporte riesgoso.
- Servicio, viaje o vuelo en cualquier tipo de avión excepto como viajero pagando pasaje en un avión de línea aérea comercial incorporada para el servicio de pasajeros, operando por un porteador común, sobre una ruta aérea definitivamente establecida.
- A pesar de las estipulaciones de esta póliza y cualquier contrato complementario, endosos o enmiendas adjuntas a la póliza, no se pagarán beneficios bajo esta póliza o cualquier contrato complementario, endoso o enmienda adjunta en el caso de muerte, invalidez y/o gastos médicos en que un Asegurado (o un dependiente cubierto) incurra a causa de una infección oportunista o un neoplasma maligno si, a la fecha de ocurrencia de dicha muerte, invalidez o gasto médico en que se haya incurrido, el sujeto presente el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida, y/o el Virus de Inmunodeficiencia Humana.
 - Para los fines de esta exclusión, el término "Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida" tendrá los significados asignados por la Organización Mundial de Salud. En la Oficina Central de la Compañía en el país de emisión de la póliza se mantiene una copia de esta definición.
 - La infección oportunista incluirá, pero no estará limitado a, pneumonía pneumocystis carni, organismos de enteritis crónica, infecciones por virus y/u hongos diseminados.
 - El neoplasma maligno incluirá, pero no estará limitado a, sarcoma de Kaposi, linfoma del sistema nervioso central y/u otras enfermedades malignas reconocidas actualmente o que se reconozcan en el futuro como causas inmediatas de muerte en presencia de inmuno deficiencia adquirida.
 - El Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida incluirá encefalopatía (demencia) por H.I.V. (Virus de Inmuno Deficiencia Humana), y Síndrome de Debilitamiento por H.I.V. (Virus de Inmuno Deficiencia Humana).
- Durante el periodo de tiempo de cobertura de cada asegurado (12 PRIMEROS MESES), no se pagaran siniestros de la misma que hubieren sido causados por una enfermedad o condición física por la cual la persona asegurada haya recibido evaluación, tratamiento o consulta de parte de un médico, incluyendo un diagnóstico o receta, por la cual el asegurado haya ingerido medicamentos o drogas, en el periodo anterior a la fecha de entrada en vigencia la cobertura del asegurado indicado en las condiciones particulares.

TERMINACION ANTICIPADA DE LA COBERTURA INDIVIDUAL: La cobertura de esta póliza terminará anticipadamente respecto de un asegurado, en el instante en que deje de pertenecer, formar parte o tener el vínculo contractual con la entidad contratante, en virtud del cual se le tuvo como integrante del grupo de asegurados.

TERMINACION DE LA COBERTURA INDIVIDUAL: El seguro individual de cada Deudor Asegurado quedará rescindido o caducará en los siguientes casos:

- a) Por extinción de la deuda;
- b) Cuando el Deudor Asegurado se halle en mora por más de tres (3) cuotas mensuales. Su reingreso al seguro, no se requerirán nuevas pruebas de asegurabilidad para su reintegro.
- c) Cuando el deudor asegurado se atrase en sus pagos, el Contratante podrá suspender el descuento del seguro de vida en el resumen de cuenta correspondiente. Independientemente de lo anterior, terminará la cobertura individual cuando el deudor se halle en mora por más de 3 cuotas mensuales. No se requerirán nuevas pruebas de asegurabilidad para su reingresoEliminado
- d) Transferencias de los créditos a otro acreedor, salvo que la Compañía acepte la misma.
- e) En caso de que el deudor deje de ser titular de la tarjeta de crédito otorgado por el contratante.

LIQUIDACION POR FALLECIMIENTO: Al fallecimiento del asegurado, el Contratante podrá exigir el pago del capital asegurado presentando los siguientes antecedentes:

- a) Testimonio de la partida de defunción del asegurado.
- b) Estado de deuda a la fecha del fallecimiento.
- c) Informes, declaraciones, certificados o cualquier otra documentación razonable que la Compañía considere necesaria, en especial los relativos al fallecimiento del asegurado, destinados a probar la coexistencia de todas las circunstancias necesarias para establecer la responsabilidad del asegurador.
- d) Adicionalmente a los recaudos exigidos en las Condiciones Generales de la póliza, el BANCO deberá presentar el detalle de la deuda del asegurado confeccionado por el BANCO a la fecha del fallecimiento que contenga capital asegurado a la fecha del siniestro y descuento del importe del seguro.

LIQUIDACIÓN POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE: En caso de incapacidad total y permanente del Asegurado, corresponderá:

- a) Que se denuncie a la Compañía Aseguradora la existencia de la invalidez;
- b) Presentar a la Compañía Aseguradora constancia médica y/o testimoniales de su comienzo y causas;
- c) Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta dos exámenes médicos por facultativos designados por la Compañía Aseguradora y con gastos a cargo de ésta.
- d) Adicionalmente a los recaudos exigidos en las Condiciones Generales de la póliza, el BANCO deberá presentar el detalle de la deuda del asegurado confeccionado por el BANCO a la fecha del fallecimiento que contenga capital asegurado a la fecha del siniestro y descuento del importe del seguro.

AUTORIZACIÓN: Por la presente autorizo a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros, empleador u otra institución o persona que tenga conocimiento o registros de mi persona o mi salud, para que pueda dar cualquier información solicitada por la Compañía Aseguradora.

Me notifico y acepto todos los términos expresados líneas arriba y tomo conocimiento además que mis derecho-habientes quedarán liberados de la obligación contraída por el asegurado con el Banco (amparada en la presente póliza), una vez aportadas y aprobadas las pruebas del fallecimiento o incapacidad total y permanente del titular de la tarjeta de crédito por la aseguradora.

EN CASO DE CONTRADICCIÓN O NO COINCIDENCIA DE LAS CONDICIONES GENERALES Y EL EXTRACTO, ESTE ÚLTIMO PREVALECERÁN SOBRE LAS CONDICIONES GENERALES.

Firma: _____ C.I. _____

Declaro haber recibido COPIA del presente instrumento.

Firma: _____ Fecha: ____ / ____ / _____