

### **SEGURO DE VIDA SOBRE SALDOS DEUDORES**

**Tomador del Seguro:** AGROPLAN S.A. de Ahorro y Préstamo para Fines Determinados.

**Asegurado:** quien ha suscripto el Plan de Ahorro respectivo.

**Riesgo cubierto:** La póliza de Seguro de Vida de Saldos Deudores cubre el riesgo de muerte de los Deudores asegurados incorporados a la misma, si su fallecimiento se produce durante su vigencia y la del respectivo Certificado Individual. El asegurado está cubierto por esta póliza sin restricciones en cuanto a la residencia y viajes que pueda realizar, dentro o fuera del país.

**Beneficiario:** El Tomador es el único beneficiario de este seguro en la medida del saldo de la deuda original adeudado por el Asegurado al momento de su muerte (Art. 156 de la Ley de Seguros).

**Riesgos no cubiertos:** RIO URUGUAY SEGUROS no pagará la indemnización cuando el fallecimiento de un Deudor Asegurado se produjera, además de las exclusiones generales, por alguna de las siguientes causas:

- Suicidio voluntario del Deudor Asegurado, salvo que su certificado individual hubiera estado en vigor ininterrumpidamente durante dos años como mínimo.
- Si es provocada deliberadamente por acto ilícito del Tomador/Acreedor del seguro o en caso de accidente si es provocado por dolo o culpa grave del Deudor Asegurado.
- Empresa o acto criminal o aplicación legítima de la pena de muerte.

**Capitales asegurados:** El capital asegurado para cada asegurado individual será el que resulte del saldo de deuda informado por el Tomador a la Aseguradora en las condiciones pactadas. Cualquier discrepancia sobre el saldo deudor a la fecha del siniestro será dirimida entre la Aseguradora y el Tomador de la Póliza, sin perjudicar al deudor asegurado.

**Cláusula de Enfermedades Preexistentes:** Las enfermedades que el Asegurado ha contraído antes de contratar el seguro y que han sido declaradas y aceptadas por RIO URUGUAY SEGUROS al momento de la celebración del contrato, se cubren luego de la permanencia ininterrumpida del asegurado en la póliza por un periodo de 12 (doce) meses.

#### **Requisitos Médicos y Financieros de suscripción:**

- Para deudas de hasta \$ \_\_\_\_\_ y asegurables de hasta 64 años:

Padece o ha padecido alguna de las enfermedades abajo detalladas:

Cáncer / Tumores	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Infarto de Miocardio	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Accidente Cerebrovascular	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

- Para deudas mayores a \$ \_\_\_\_\_ y asegurables de hasta de 64 años:

Padece o ha padecido alguna de las enfermedades abajo detalladas:

Fuma o es ex fumador	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Cáncer / Tumores	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Infarto de Miocardio	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Accidente Cerebrovascular	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Diabetes	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Reumatismo	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
EPOC	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Consume algún medicamento	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Esta actualmente en tratamiento médico	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

**En caso de haber alguna respuesta positiva suministre detalles (fecha, evolución) sobre la misma:**

-----  
-----  
-----

Suma solicitada: \$ \_\_\_\_\_

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento: \_\_\_\_\_