

Póliza de Accidentes Personales. Condiciones Generales.

ARTÍCULO 1. LEY DE LAS PARTES CONTRATANTES

Las partes Contratantes se someten a las disposiciones de la Ley 19.678 en lo que respecta al contrato de seguros, y a las de la presente póliza en cuanto complementen o modifiquen en favor del Asegurado y siempre cuando ello sea admisible.

ARTÍCULO 2. COBERTURA

La Compañía Aseguradora pagará a las Personas Aseguradas – el Asegurado y su Familia -- o a sus Beneficiarios, a consecuencia de lesiones producidas por accidente, las cantidades señaladas en las Condiciones Particulares, de acuerdo a la definición de las coberturas que se indican en el Artículo 18 de esta póliza. El Contratante podrá contratar una o más de estas coberturas, las que deberán estar expresamente consignadas en las Condiciones Particulares. La Cobertura para Incapacidad Total y Permanente indicada en el Artículo 18 sólo cubre al Asegurado.

Para los efectos de este seguro se entiende por accidente, todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos, que afecte el organismo del Asegurado provocándole lesiones, que se manifiesten por heridas visibles o contusiones internas, incluyéndose asimismo el ahogamiento y la asfixia, torcedura y desgarramientos producidos por esfuerzos repentinos, como también estados septicémicos e infecciones que sean la consecuencia de heridas externas e involuntarias y hayan penetrado por ellas al organismo o bien se hayan desarrollado por efecto de contusiones.

ARTÍCULO 3. EXCLUSIONES

No se efectuará el pago de las cantidades establecidas de las coberturas indicadas en el Artículo 2 de esta póliza, cuando el fallecimiento o lesiones de las Personas Aseguradas se produzcan directa o indirectamente, total o parcialmente, a consecuencia de:

- A) Efectos de guerra, declarada o no declarada, invasión, acción de un enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas, ya sea con o sin declaración de guerra.
- B) Peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente que se ha tratado de legítima defensa.
- C) Comisión de actos calificados como delito, así como la participación activa en rebelión, revolución, sublevación, asonadas, motín, conmoción civil, subversión y actos terroristas (con o sin participación activa del asegurado).
- D) Automutilación o autolesión.
- E) Suicidio, salvo que la cobertura haya estado en vigor ininterrumpidamente al menos por tres años antes del hecho.
- F) Prestación de servicios militares o policiales de cualquier tipo.
- G) Participación física y personal en carreras, apuestas, competencias y desafíos.
- U) Intoxicación o encontrarse una de las Personas Aseguradas en estado de ebriedad, o bajo los efectos de cualquier narcótico, a menos que hubiese sido administrado por prescripción médica. Estos estados deberán ser calificados por la autoridad competente. Se considera estado de ebriedad que el asegurado tenga una concentración de alcohol en sangre igual o superior a 0,50 gramos de alcohol por cada litro de sangre.
- I) Desempeñarse las Personas Aseguradas como pilotos o miembros de la tripulación en cualquier tipo de avión, a menos que expresa y específicamente se prevea y acepte su cobertura por la Compañía Aseguradora.
- J) Vuelos en líneas aéreas no regulares, a menos que expresa y específicamente se prevea y acepte su cobertura por la Compañía Aseguradora.
- K) Riesgos nucleares o atómicos.
- L) Cualquier tipo de enfermedad incluyendo enfermedades mentales y/o nerviosas.
- M) Embarazo o maternidad, alumbramiento o la pérdida que resulta del mismo aunque sea causado o acelerado por accidente.
- N) Anomalías congénitas y condiciones que surjan o resulten de ellos.
- O) Cualquier daño que resulta en hernia.
- P) Realización de una actividad o deporte riesgoso, entendiendo por tales aquellos que acentúan en forma significativa el riesgo de una lesión y/o fallecimiento, tales como, pero no limitado a: aladeltismo, paracaídas, buceo, boxeo, polo, polocrosse, rugby, rafting, kitesurf y surf, viaje u operación de planeadores o aeroplanos acrobáticos, participación en competencias automotrices, motociclistas (uso de moto, ya sea como pasajero o conductor) o equinas, salvo que sea expresamente aceptado por la Compañía Aseguradora y que el Contratante acepte pagar un determinado recargo de premio (lo que deberá ser detallado en forma expresa en las Condiciones Particulares de la póliza).
- Q) Ejercicio de cualquier deporte en forma profesional, salvo que sea expresamente aceptado por la Compañía Aseguradora y que el Contratante acepte pagar un determinado recargo de premio (lo que deberá ser detallado en forma expresa en las Condiciones Particulares de la póliza).
- R) Países excluidos de las coberturas: Irán, Irak, Afganistán y Corea del Norte. La compañía aseguradora no pagará los siniestros ocasionados en estos países bajo ninguna causa.

ARTÍCULO 4. DEFINICIONES

- A) Contratante:** Es la persona que contrata la póliza y es señalada como tal en las Condiciones Particulares de la póliza.
- B) Personas Aseguradas:** Además del propio Asegurado, los miembros de su Familia que se señalan en las Condiciones Particulares de la póliza, siempre que se abone a su nombre el premio correspondiente.
- C) Asegurado:** Es la persona principal cubierta por la póliza y es señalada como tal en las Condiciones Particulares de la póliza.
- D) Familia:** Significa hijos del Asegurado y/o menores que están bajo la tenencia del Asegurado, el cónyuge o concubino del Asegurado en los términos de los artículos 1 y 2 de la ley 18.246 (convivencia interrumpida de al menos cinco años en unión concubinaria).
- E) Hijos del Asegurado y/o menores que están bajo la tenencia del Asegurado:** Significa todos los hijos o menores cuya tenencia haya sido otorgada judicialmente al Asegurado, que tengan entre 6 meses y 18 años de edad, que no estén casados y que residan permanentemente con el Asegurado.
- F) Beneficiario:** En el caso de la COBERTURA A: MUERTE ACCIDENTAL es la persona o personas indicadas en las Condiciones Particulares que reciben el pago de los beneficios de esta póliza si fallece el Asegurado mientras la póliza se encuentre vigente; y en el caso de la COBERTURA B: DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL y la COBERTURA C: INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE es el propio Asegurado.
- G) Fecha Inicial de Vigencia:** Es la fecha a la cero hora desde la cual comienza la cobertura prevista en la póliza y se encuentra indicada en las Condiciones Particulares de la misma.
- H) Fecha de emisión:** Es la fecha en la cual la póliza es emitida y se encuentra señalada en las Condiciones Particulares de la póliza.
- I) Premio:** Es la cantidad que el Contratante se compromete a pagar periódicamente para tener derecho a los beneficios de la póliza.

ARTÍCULO 5. LÍMITE DE COBERTURA Y RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA

Esta póliza se renueva en forma automática, al término de cada período de cobertura de doce (12) meses, mediante el pago del premio especificado por la Compañía Aseguradora, siendo dicho premio calculado a la tasa que estuviera en vigencia al momento de la renovación y hasta que el Asegurado cumpla la edad máxima indicada en las Condiciones Particulares.

Cualquiera de las partes podrá dejar sin efecto esta póliza mediante una notificación escrita a la otra parte, efectuada con un plazo de al menos treinta días corridos de anticipación a la finalización del período del seguro en curso.

ARTÍCULO 6. DESIGNACIÓN Y CAMBIO DE BENEFICIARIO

Se tendrá como Beneficiario de esta póliza al propio Asegurado. En caso de fallecimiento de una de las Personas Aseguradas, se tendrá como Beneficiario a la persona o personas indicadas como tales en las Condiciones Particulares.

Designadas varias personas, sin indicación de cuota parte, se entiende que el beneficio se distribuirá por partes iguales y existiendo varios herederos con derecho al beneficio, el beneficio se distribuirá en los porcentajes en que hereden.

Cuando se designe a los hijos se entiende a los concebidos y los sobrevivientes al tiempo de ocurrir el evento previsto.

Cuando se designe como beneficiarios a los herederos o resulten designados los herederos, se entenderá por tales a los que por ley suceden al Asegurado si no hubiese otorgado testamento; si lo hubiere otorgado, se tendrá por designados a los herederos legales y a los testamentarios en los porcentajes en que hereden. La Compañía Aseguradora podrá solicitar todos los recaudos necesarios a efectos de corroborar la condición de heredero legal o instituido.

La Compañía Aseguradora no será responsable de cualquier demora en el pago del beneficio derivada de la determinación de la identidad de los beneficiarios. Cuando el Asegurado no designe Beneficiario o por cualquier causa la designación resulte ineficaz o quede sin efecto, se entiende que designó a sus herederos.

Pierde todo derecho el Beneficiario que provoca deliberadamente la muerte de una de las Personas Aseguradas con un acto ilícito. Si existiera más de un Beneficiario, la cuotaparte de la prestación de quien cometió el acto no será prestada. Los demás Beneficiarios recibirán su cuotaparte correspondiente.

El Asegurado podrá revocar o cambiar libremente en cualquier momento la designación de Beneficiario comunicando tal circunstancia en forma fehaciente a la Compañía Aseguradora, salvo que la designación sea a título oneroso. La revocación o modificación se tendrá por efectuada una vez recibida por la Compañía Aseguradora.

La Compañía Aseguradora quedará liberada, si actuando diligentemente hubiere pagado la suma asegurada a los Beneficiarios designados con anterioridad a la recepción de cualquier notificación que modificare esa designación. Atento el carácter irrevocable de la designación de Beneficiario a título oneroso, la Compañía Aseguradora en ningún caso asume responsabilidad alguna por la validez del negocio jurídico que dio lugar a la designación ni por las cuestiones que se susciten con motivo de esa designación.

ARTÍCULO 7. DECLARACIONES DEL ASEGURADO

Esta póliza se emite en base a las declaraciones del Contratante y del Asegurado consignadas en sus respectivas solicitudes y en los cuestionarios relativos a su 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 el Asegurado, mediante su firma puesta al pie de los mencionados documentos, aún cuando éstos no fueran escritos por el mismo.

El Contratante y el Asegurado deben proporcionar a la Compañía Aseguradora, antes de la celebración del contrato, no solo la información que figura en los cuestionarios que ésta le suministre, sino además informar todas las circunstancias por ellos conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo.

Toda declaración falsa o toda reticencia parcial o total de circunstancias o información conocidas por el Contratante o por el Asegurado, 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.

Transcurridos tres años desde la celebración del contrato, la Compañía Aseguradora no podrá invocar reticencia, excepto cuando ésta fuere dolosa.

ARTÍCULO 8. PAGO DE PREMIOS Y EFECTOS DEL INCUMPLIMIENTO EN EL PAGO

A) El pago del premio se hará por el medio convenido entre las partes y dentro de los plazos estipulados al efecto en las Condiciones Particulares de esta póliza.

B) Si el Asegurado no pagara el premio en el plazo convenido, a partir de la cero (0) hora del día en que venza ese plazo empezará a correr un período de treinta (30) días corridos durante el cual el Asegurado podrá pagar el premio adeudado sin recargo de intereses (Período de Gracia).

C) Durante el Período de Gracia la póliza continuará en vigor, manteniéndose la cobertura.

D) Vencido el Período de Gracia sin que el premio adeudado haya sido abonado a la Compañía Aseguradora, el contrato se resolverá de pleno derecho y finalizará la cobertura conforme lo previsto en el numeral 1 del artículo 14.

ARTÍCULO 9. MONEDA O UNIDAD DE CONTRATO

El Capital Asegurado y el monto de los premios correspondientes a esta póliza, se expresarán en la moneda indicada en las Condiciones Particulares.

ARTÍCULO 10. MODIFICACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO

El cambio de profesión o de actividad del Asegurado debe ser comunicado a la Compañía Aseguradora en un plazo de 15 días corridos luego de hacerse efectivo el mismo.

Los cambios de profesión o de actividad dan derecho a la Compañía Aseguradora a rescindir este contrato cuando agravan el riesgo de modo tal que, de existir a la época de la celebración del contrato, la Compañía Aseguradora no hubiera celebrado el contrato de acuerdo con los usos y costumbres comerciales. Si, por el contrario, la Compañía Aseguradora hubiera celebrado el contrato, pero por un premio mayor, el Capital Asegurado se reducirá en proporción al premio pagado.

La Compañía Aseguradora dispondrá de un plazo de 15 días corridos contados desde que fue notificada del cambio de profesión o actividad, para notificar al Asegurado si procederá a la rescisión de la cobertura individual o a reducir el Capital Asegurado en proporción al premio pagado. Vencido ese plazo de 15 días corridos sin que la Compañía Aseguradora notifique al Asegurado su decisión, el contrato se mantendrá en las condiciones pactadas inicialmente.

ARTÍCULO 11. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO O BENEFICIARIO EN CASO DE ACCIDENTE

Cuando se produzca un accidente, éste se deberá poner en conocimiento de la Compañía Aseguradora dentro del plazo de diez (10) días corridos contado desde la fecha del siniestro o desde que se tomó conocimiento del mismo, para lo cual se deberá llenar además un formulario proporcionado por la Compañía Aseguradora.

Dentro de los quince (15) días corridos contados desde la fecha del siniestro o desde que se tomó conocimiento del mismo, el Asegurado o el Beneficiario, según el caso, informará por escrito a la Compañía Aseguradora toda la información necesaria para verificar el siniestro, determinar su extensión y cuantía, así como todas las circunstancias por las que considera que está comprendido en la cobertura del seguro. Asimismo, permitirá y facilitará a la Compañía Aseguradora todas las medidas o indagaciones necesarias a esos fines. En el mismo tiempo entregará a la Compañía Aseguradora la documentación necesaria para verificar el siniestro conforme lo previsto en el artículo 12 siguiente.

El incumplimiento de los deberes de denunciar el siniestro y de aportar información y documentación en los plazos previstos en los dos párrafos anteriores determinará la pérdida del derecho del Asegurado o Beneficiario, según el caso, a la indemnización prevista en esta póliza, quedando liberada de responsabilidad la Compañía Aseguradora, salvo causa extraña no imputable al Asegurado o Beneficiario.

La Compañía Aseguradora tendrá un plazo de treinta (30) días corridos contados desde la recepción de la denuncia del siniestro para comunicar al Asegurado o al Beneficiario, según el caso, la aceptación o el rechazo del siniestro. Vencido este plazo sin que la Compañía Aseguradora haya notificado el rechazo del siniestro, se lo tendrá por aceptado (aceptación tácita). Este plazo de treinta (30) días corridos se suspenderá en los casos en que la Compañía Aseguradora, por razones ajenas a su alcance y voluntad, no cuente con los elementos suficientes para determinar la cobertura del siniestro.

ARTÍCULO 12. DOCUMENTACIÓN

En caso de siniestro el Asegurado o Beneficiario, según el caso, presentarán a la Compañía Aseguradora los siguientes antecedentes en el plazo indicado en el artículo 11 anterior:

A) Partida de defunción del Asegurado.

B) En caso de fallecimiento de Personas Aseguradas que califiquen como Familia: (i) partidas de estado civil para demostrar la calidad de hijo o cónyuge, y/o (ii) el testimonio de la sentencia judicial que otorgó la tenencia del menor al Asegurado, y/o (iii) testimonio de la sentencia que declara la unión concubinaria o cualquier otro medio probatorio razonablemente exigido por la Compañía Aseguradora para acreditar la relación de concubinato.

C) Informes, declaraciones, certificados, exámenes médicos o documentos, destinados a probar la coexistencia de todas las circunstancias necesarias para establecer la responsabilidad de la Compañía Aseguradora

Asimismo, se proporcionará a la Compañía Aseguradora cualquier información que solicite para verificar el fallecimiento y las circunstancias que rodean al mismo y se le permitirá realizar indagaciones que sean necesarias a tal fin, siempre que sean razonables.

ARTÍCULO 13. PAGO DEL CAPITAL ASEGURADO

La Compañía Aseguradora abonará el Capital Asegurado correspondiente al Asegurado o al (a los) Beneficiario(s), según el caso, en una sola suma dentro de los 60 (sesenta) días corridos contados a partir de que comunicó al Asegurado o al (a los) Beneficiario(s) la aceptación del siniestro o a partir de que venció el plazo previsto para realizar esta comunicación sin que se haya efectuado (aceptación tácita).

ARTÍCULO 14. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

La cobertura individual por cada Persona Asegurada bajo esta póliza termina cuando:

- 1. Por rescisión o caducidad de la póliza.**
- 2. El Asegurado cumpla la edad límite de permanencia, de acuerdo a lo especificado en las Condiciones Particulares de la póliza.**
- 3. El cónyuge o concubino cumpla la edad límite de permanencia, de acuerdo a lo especificado en las Condiciones Particulares de la póliza.**
- 4. El cónyuge o concubino cesa de ser el cónyuge o concubino del Asegurado.**
- 5. El Hijo(a) o la Persona que está bajo la tenencia cumple dieciocho (18) años.**
- 6. El Hijo(a) o la Persona que está bajo la tenencia se casa o deja de residir permanentemente con el Asegurado.**
- 7. En el caso de la Cobertura para Incapacidad Total y Permanente, cuando el Asegurado cumpla sesenta y cinco (65) años de edad o cuando el Asegurado acceda a la jubilación por cualquier causal.**

ARTÍCULO 15. REHABILITACIÓN DE LA PÓLIZA

En caso que la póliza se haya rescindido en forma anticipada por incumplimiento en el pago del premio conforme el literal c) del artículo 8, el Contratante o el Asegurado 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.

ARTÍCULO 16. TRIBUTOS

Los tributos de cualquier índole que pudieran crearse en lo sucesivo o los aumentos eventuales de los existentes, estarán a cargo del Contratante, Asegurado, Beneficiarios o de la Compañía Aseguradora, según disponga la normativa.

ARTÍCULO 17. 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 18. DEFINICIÓN DE LA COBERTURA

El Contratante podrá optar por una de las siguientes combinaciones de cobertura, las que deberán expresamente consignarse en las Condiciones Particulares: Cobertura de Muerte Accidental (Cobertura A); Cobertura de Muerte Accidental y Desmembramiento Accidental (Cobertura AB); Cobertura de Muerte Accidental, Desmembramiento Accidental e Incapacidad Total y Permanente (Cobertura ABC).

COBERTURA A: MUERTE ACCIDENTAL

En virtud de esta cobertura, la Compañía Aseguradora pagará a los Beneficiarios el Capital Asegurado especificado en las Condiciones Particulares si el fallecimiento de una de las Personas Aseguradas se produjo durante la vigencia de esta cobertura, como consecuencia directa e inmediata de un accidente.

Se entenderá como fallecimiento inmediato aquel que ocurra a más tardar dentro de los ciento ochenta (180) días corridos siguientes de ocurrido el accidente.

Si el Asegurado falleciera como consecuencia de algún accidente, la Compañía Aseguradora deducirá del Capital Asegurado a pagar bajo esta cobertura, el importe total que hubiere ya pagado al Asegurado por el mismo accidente bajo las Coberturas B y C, en caso de haber sido contratadas.

COBERTURA B: DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL

En virtud de esta cobertura y cuando el accidente no ocasione la pérdida de la vida de una de las Personas Aseguradas, sino que produzca cualquiera de las pérdidas que a continuación se indican, siempre que las consecuencias de las lesiones se manifiesten dentro de los ciento ochenta (180) días corridos siguientes de ocurrido el accidente, la Compañía Aseguradora indemnizará al Asegurado los siguientes porcentajes del Capital Asegurado indicado en las Condiciones Particulares de la póliza:

100% en caso de pérdida total de los dos ojos, o de ambos miembros superiores (brazos), o de las dos manos, o de ambos miembros inferiores (piernas), o de los dos pies, o de un miembro inferior (pierna) con una mano o un brazo;

50% por la pérdida total de uno de los miembros superiores (brazos), o uno de los miembros inferiores (pierna), o de una mano;

50% por la sordera completa de ambos oídos;

50% por la ceguera total de un ojo en caso que el Asegurado ya hubiere tenido ceguera total del otro antes de contratar este seguro;

40% por la pérdida total de un pie;

35% por la ceguera total de un ojo;

25% por la sordera completa de un oído en caso que el Asegurado ya hubiera tenido sordera completa del otro, antes de contratar este seguro;

20% por la pérdida total de un pulgar;

15% por la pérdida total del índice derecho o izquierdo;

13% por la sordera completa de un oído;

5% por la pérdida total de cualquiera de los demás dedos de la mano; 3% por la pérdida total de un dedo del pie;

La pérdida total de cada falange se calculará en forma proporcional a la pérdida total del dedo completo correspondiente. La indemnización por la pérdida total o parcial de varios dedos, se determinará sumando el porcentaje asignado a cada uno de los dedos y falanges perdidos. La pérdida funcional total de cualquier miembro, se considerará como pérdida efectiva del mismo.

En el caso de ocurrir más de un siniestro durante la vigencia de la póliza, los porcentajes a indemnizar se calcularán en base al Capital Asegurado y no al saldo de éste, después de haber efectuado otros pagos. Sin embargo, el total de indemnizaciones provenientes de desmembramientos por uno o más accidentes ocurridos durante el período de cobertura de esta póliza, no podrá, en ningún caso, exceder del 100% del Capital Asegurado para esta alternativa B. Para los efectos de la correcta interpretación de la terminología empleada en esta Alternativa B, se establece el significado de los siguientes términos:

Pérdida total: Se entiende por "pérdida total" referida a un miembro y órgano, su eliminación del organismo al cual pertenece, en forma definitiva y en su total integración anatómica y funcional.

Pérdida parcial: Se entiende por "pérdida parcial" la eliminación de parte de un órgano o miembro al cual pertenece en forma definitiva.

Pérdida Funcional Total: Se entiende por "pérdida funcional total" la ausencia definitiva y total de toda capacidad de función o fisiología del o de los órgano(s) afectados, pudiendo o no estar implicado el aspecto anatómico del miembro comprometido.

Miembro: Se entiende por "miembro", cualquier extremidad articulada con el tronco, destinada a efectuar los movimientos de la locomoción y presión, tales como brazos y piernas.

COBERTURA C: INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

En virtud de esta cobertura, el Asegurado que sufra lesiones producto de un accidente que determinen su incapacidad total y permanente dentro de los 180 días corridos contados desde la fecha del accidente, deberá probar ante la Compañía Aseguradora que

se encuentra en dicho estado de incapacidad total y permanente.

Para los efectos de esta cobertura, se entiende por incapacidad total y permanente, cuando el Asegurado, si está en condición de empleo, está impedido totalmente, a consecuencia de una lesión corporal, de desempeñarse en cualquier trabajo remunerado o lucrativo para el cual el Asegurado está calificado razonablemente por razón de educación, entrenamiento o experiencia. Si al momento de la pérdida, el Asegurado se encuentra en estado de desempleo, incapacidad total y permanente significará la inhabilidad total y permanente de efectuar todos los deberes y actividades usuales y normales de una persona de la misma edad y sexo.

La Compañía Aseguradora determinará si se ha producido la incapacidad total y permanente de un Asegurado, conforme a las pruebas presentadas y los exámenes requeridos en su caso.

La Cobertura para Incapacidad Total y Permanente sólo cubre al Asegurado.

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

ARTÍCULO 20. COMUNICACIONES

Las partes aceptan como válidas las notificaciones que se efectúen por telegrama colacionado o correo electrónico o mensaje de texto a la dirección, email o celular de cada parte, respectivamente, que fueron informados por el Asegurado a la Compañía Aseguradora a los efectos de recibir notificaciones.

ARTÍCULO 21. PRESCRIPCIÓN

Las acciones derivadas del presente contrato relativas a la COBERTURA A: MUERTE ACCIDENTAL del Artículo 18 prescriben en el plazo de cinco años contados desde el fallecimiento del Asegurado.

Las acciones derivadas del presente contrato relativas a la COBERTURA B: DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL y la COBERTURA C: INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE del Artículo 18 prescriben en el plazo de dos años. Este plazo de prescripción comenzará a correr desde que se comunica al Asegurado la aceptación o el rechazo del siniestro en forma expresa o al cumplirse el plazo indicado en el Artículo 11 de este contrato que determina la aceptación tácita.

Cobertura Adicional de Reembolso de Gastos Médicos por Accidente. Condiciones Generales.

ARTÍCULO 1. RIESGO CUBIERTO

La Compañía Aseguradora reembolsará al Asegurado los gastos de asistencia médica y farmacéutica en que haya incurrido el Asegurado a causa de un Accidente ocurrido durante la vigencia de esta Cobertura Adicional, en la medida que estos gastos hayan sido incurridos dentro de los treinta (30) días corridos del Accidente y mediando prescripción médica. **No se cubrirán los gastos derivados de Accidentes ocurridos durante el Período de Carencia especificado en las Condiciones Particulares, el que se cuenta desde la fecha de inicio de vigencia de la Cobertura Adicional.**

El reembolso por parte de la Compañía Aseguradora tendrá como límite máximo el monto máximo indicado en las Condiciones Particulares.

A los efectos de esta Cobertura Adicional se entiende por Accidente todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos, que afecte el organismo del Asegurado provocándole lesiones, que se manifiesten por heridas visibles o contusiones internas, incluyéndose asimismo el ahogamiento y la asfixia, torcedura y desgarramientos producidos por esfuerzos repentinos, como también estados septicémicos e infecciones que sean la consecuencia de heridas externas e involuntarias y hayan penetrado por ellas al organismo o bien se hayan desarrollado por efecto de contusiones.

La presente Cobertura Adicional se regirá por estas Condiciones Generales y por las Condiciones Generales y Condiciones Particulares de la Póliza de Accidentes Personales a la que accede (la "Póliza") en tanto no sean modificadas por lo aquí indicado.

ARTÍCULO 2. DOCUMENTACIÓN RESPALDANTE DE LOS GASTOS

Será condición necesaria para obtener el beneficio de reembolso otorgado por esta Cobertura Adicional, la presentación por parte del Asegurado de las facturas originales probatorias de los gastos efectuados, conjuntamente con la prescripción por parte del médico tratante. Tal documentación deberá ser presentada a la Compañía Aseguradora dentro de un plazo de diez (10) días corridos posteriores a la fecha en que tales gastos hayan sido incurridos.

Cualquier demora de dicha información, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia, hará perder al Asegurado el derecho a los beneficios que le corresponderían por los días anteriores a la fecha de recepción de esa información por la Compañía Aseguradora.

En caso que el Asegurado tuviese beneficios de alguna institución de salud estatal o privada, deberá hacer uso de ellos previamente. En ese caso, no será exigible la presentación de facturas originales si en vez de ellas se presentaran los documentos probatorios de los beneficios ya recibidos y del real gasto incurrido por el Asegurado. En estos casos sólo serán reembolsados los gastos que realmente sean de cargo del Asegurado.

Se deberán suministrar a la Compañía Aseguradora todas las pruebas necesarias para la comprobación del accidente.

ARTÍCULO 3. REESTABLECIMIENTO DE LA COBERTURA

En caso de proceder alguno de los beneficios otorgados por esta Cobertura Adicional, la póliza quedará reestablecida para nuevos siniestros, obligándose el asegurado al pago de la prima sobre el monto de cobertura consumido, calculada a prorrata desde la fecha del siniestro que originó la reducción de la suma asegurada y hasta la fecha de fin de vigencia que figura en las Condiciones Particulares.

ARTÍCULO 4. EXCLUSIONES

Esta Cobertura Adicional no cubre los gastos incurridos por el Asegurado como consecuencia de las situaciones previstas en el Artículo 3 (EXCLUSIONES) de las Condiciones Generales de la Póliza. Asimismo, no cubre los gastos producidos como consecuencia de:

A) Viajes y estadías para tratamientos termales o convalecencias, ni por el suministro de lentes, aparatos ortopédicos y prótesis dentales; así como aquellos a consecuencia de cirugía plástica.

B) Ambulancia, cargos del doctor que no son consistentes con los servicios provistos (honorarios médicos que superen en más de un 50% el valor promedio de ese mismo servicio en el mercado según el Arancel del Sindicato Médico del Uruguay (en caso de tratarse de servicios de medicina general) o el Arancel de las diferentes Asociaciones de Especialistas Médicos (en caso de servicios de medicina especializada) vigente al momento de la prestación del servicio, cuidado de enfermeros recibidos en la casa de la persona asegurada, costo del teléfono o servicios similares mientras está en el hospital y costos de repatriación, como consecuencia de accidente.

ARTÍCULO 5. **TERMINACIÓN DE LA COBERTURA**

Esta Cobertura Adicional finaliza cuando termina la Póliza, por cualquier causa. Asimismo, esta Cobertura Adicional termina:

A) Cuando la Póliza otorgue el beneficio de incapacidad total y permanente, a partir de la fecha en que el Asegurado quedare comprendido en sus beneficios.

Segunda Opinión Médica Internacional. Condiciones Generales.

Esta cobertura consiste en la obtención de una Segunda Opinión Médica Internacional con el alcance aquí previsto.

Esta cobertura se brinda en caso de que el Asegurado haya sido diagnosticado, o el Médico del Asegurado presuma un diagnóstico, de una enfermedad o condición médica respecto de la cual, por su naturaleza, es posible brindar una segunda opinión médica mediante el análisis de documentación (historia clínica y exámenes) sin que sea necesario realizar una evaluación física del Asegurado.

Esta cobertura se encuentra a disposición del Asegurado las 24 horas del día y durante los 365 días del año.

La cobertura de Segunda Opinión Médica Internacional supone:

A) Una vez que el Asegurado solicite a la Compañía Aseguradora contar con una Segunda Opinión Médica Internacional, la Compañía Aseguradora seleccionará tres centros médicos a nivel internacional que, a criterio de la Compañía Aseguradora, son líderes en el diagnóstico y el tratamiento de la respectiva enfermedad o condición médica y que se encuentran disponibles para brindar una Segunda Opinión Médica Internacional.

El Asegurado elegirá de entre los tres centros médicos seleccionados por la Compañía Aseguradora el centro médico que responderá su solicitud (el "Centro Médico Seleccionado").

B) El Asegurado recopilará y reunirá su historia clínica y los resultados de exámenes relacionados con la enfermedad o condición médica ("Información Médica") para que sean transmitidos al Centro Médico Seleccionado. La Compañía Aseguradora deberá remitir al Centro Médico Seleccionado la Información Médica dentro de los 10 días hábiles contados desde que la recibió del Asegurado.

C) Para verificar la precisión del diagnóstico original, el Asegurado recibirá, como parte de esta cobertura, un análisis independiente de la Información Médica por parte de un médico experto del Centro Médico Seleccionado.

D) El Asegurado también recibirá, como parte de esta cobertura, una revisión completa del plan de tratamiento que le fue propuesto originalmente para tratar la enfermedad o condición médica, por parte de un médico experto del Centro Médico Seleccionado. Esto incluye recomendaciones relacionadas con opciones de tratamiento, normas internacionales de atención o nuevos enfoques de tratamientos disponibles y comprobados dignos de consideración.

E) Todos los análisis y recomendaciones indicados en los literales C) y D) anteriores (la "Segunda Opinión Médica Internacional") se enviarán al Asegurado por escrito dentro de los 10 días hábiles posteriores a la recepción por parte del Centro Médico Seleccionado de la Información Médica.

F) El Asegurado será el responsable de recolectar la Información Médica. La Compañía Aseguradora no será responsable de proporcionar esta cobertura de Segunda Opinión Médica Internacional si el Asegurado no proporciona la Información Médica.

El presente servicio es contratado por MetLife Seguros S.A. con la empresa MediGuide International LLC Delaware USA Corporations con domicilio legal en 4001 Kennett Pike Suite 218, Greenville, Delaware 19807 ("MediGuide").