

Seguro Modular de Salud - Prevención Salud. Condiciones Generales.

CAPÍTULO I. DISPOSICIONES FUNDAMENTALES

ARTÍCULO 1º. PRELACIÓN

Forman parte integrante de este contrato las Condiciones Generales y las Condiciones Particulares. Cuando se presente cualquier discrepancia entre las presentes Condiciones Generales y las Condiciones Particulares, serán válidas estas últimas.

ARTÍCULO 2º. GRUPO FAMILIAR

La Aseguradora podrá permitir incorporar a esta cobertura al grupo familiar del Asegurado Titular. En tal caso, el Asegurado Titular podrá solicitar a la Aseguradora, a efecto de que la Aseguradora analice y decida lo acepta, incluir en el presente seguro a su Cónyuge, y/o Hijos, que reúnan los requisitos de asegurabilidad exigidos por la Aseguradora, y que no excedan la edad máxima de ingreso.

ARTÍCULO 3º. RETICENCIA O FALSA DECLARACIÓN

Esta póliza se emite según las declaraciones del Asegurado sobre el riesgo a asegurar y que determinaron la aceptación del mismo por parte de la Aseguradora, consignadas en la solicitud del seguro, en los cuestionarios relativos a su salud y en el informe del médico examinador –cuando lo hubiera– los cuales son elementos esenciales del contrato.

Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Asegurado, aún hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones, si la Aseguradora hubiese sido cerciorada del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato.

ARTÍCULO 4º. RIESGO CUBIERTO

La Aseguradora se compromete al pago de los beneficios estipulados en las condiciones de los Módulos contratados, en caso de que el Asegurado sufra, durante la vigencia del seguro, alguna de las contingencias cubiertas en dichos Módulos.

En caso que un mismo evento genere indemnizaciones bajo distintos Módulos, la Aseguradora considerará el monto de indemnización que corresponde a cada uno de estos Módulos y abonará al Asegurado el que sea mayor. Sin perjuicio de lo anterior si un mismo evento genera indemnización bajo un Módulo o distintos Módulos de esta póliza y causa además la internación del Asegurado, la Aseguradora pagará el capital asegurado bajo el Módulo o Módulos respectivos según viene de describirse y, adicionalmente, pagará el beneficio previsto para el Módulo de Renta Diaria por Enfermedad o Accidente si este último hubiera sido contratado por el Asegurado.

Una vez que la Aseguradora realice el pago conforme lo anterior, se entenderá que la Aseguradora cumplió con su obligación de indemnización respecto de todos los Módulos involucrados en ese mismo evento (y finalizará la cobertura de todos los Módulos involucrados en ese mismo evento, conforme el literal a) del Artículo 17º).

En caso de fallecimiento del Asegurado antes de que haya llegado a cobrar el correspondiente beneficio, se abonará la suma asegurada a los beneficiarios designados, siempre y cuando se hayan cumplido todos los requisitos que prevé la póliza para acceder al mismo.

Esta póliza adquiere fuerza legal desde las cero (0) horas del día fijado como inicio de su vigencia en las Condiciones Particulares y se renueva en cada aniversario de la misma, por períodos anuales en forma automática, salvo pacto en contrario o decisión unilateral de cualquiera de las partes de no renovar comunicada con un preaviso de por lo menos 60 días.

ARTÍCULO 5º. DEFINICIONES

Siempre que en la presente póliza se utilice alguno o algunos de los siguientes términos, estos deberán entenderse con los significados que a continuación se describen:

Aseguradora: MetLife Seguros S.A.

Tomador: es la persona física o jurídica tomadora de la póliza que suscribe el contrato de Seguro y quien ha sido aceptado por la Aseguradora en condición de tal.

Asegurado Titular: es el Asegurado principal cubierto.

Asegurado Familiar: Podrá estar prevista en las Condiciones Particulares la extensión de la cobertura a algunos de los integrantes del grupo familiar del Asegurado Titular que se mencionan a continuación y que sean individualizados expresamente en las Condiciones Particulares:

- Cónyuge del Asegurado Titular. El/la cónyuge podrá incorporarse a la presente póliza hasta la edad máxima establecida en las Condiciones Particulares. Se asimila a la condición de cónyuge al/la integrante de la unión concubinaria en los términos de los artículos 1 y 2 de la Ley 18.246. El Asegurado Titular deberá presentar la partida de matrimonio o, en su caso, el testimonio de la sentencia que declara la unión concubinaria o cualquier otro medio probatorio razonablemente exigido por el Asegurador para acreditar la relación de concubinato.

Artículo 1°. (Ámbito de aplicación). La convivencia ininterrumpida de al menos cinco años en unión concubinaria genera los derechos y obligaciones que se establecen en la presente ley, sin perjuicio de la aplicación de las normas relativas a las uniones de hecho no reguladas por ésta.

Artículo 2°. (Caracteres). A los efectos de esta ley se considera unión concubinaria a la situación de hecho derivada de la comunidad de vida de dos personas -cualquiera sea su sexo, identidad, orientación u opción sexual- que mantienen una relación afectiva de índole sexual, de carácter exclusiva, singular, estable y permanente, sin estar unidas por matrimonio entre sí y que no resulta alcanzada por los impedimentos dirimientes establecidos en los numerales 1°, 2°, 4° y 5° del Artículo 91 del Código Civil.

A efectos de esta acreditación, el Asegurado deberá presentar la partida de defunción del cónyuge o concubino, así como.

- Los hijos, matrimoniales y/o extramatrimoniales del Asegurado Titular, e hijos adoptivos del Asegurado Titular, siempre y cuando dichos hijos sean solteros, no emancipados, sean mayores a 1 año y tengan menos de 21 años de edad.

Asegurado: es el Asegurado Titular y los Asegurados Familiares.

Enfermedad o Condición Cubierta: significa una enfermedad, trastorno o desorden como se define en cada uno de los Módulos. Cualquier otra enfermedad o desorden no definido específicamente en los Módulos contratados no será asegurada bajo la presente póliza y no se pagará por ella ningún beneficio.

Diagnóstico: significa el diagnóstico de una condición física relativa a una enfermedad o accidente cubiertos por alguno de los Módulos contratados, debidamente certificados por un médico profesional debidamente matriculado y autorizado para ejercer la medicina, con exclusión de los médicos que a la vez sean: el propio Asegurado y/o miembros de su familia y/o Tomador de la póliza.

Médico: es la persona que ejerce la medicina, titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de la misma.

Establecimiento Asistencial: es el sanatorio, hospital, clínica, instituto policlínico, etc., que se halle legalmente autorizado y habilitado por el organismo de control sanitario correspondiente y que opere bajo la supervisión permanente de un médico acreditado como tal, y que posea además servicio de enfermería durante las 24 horas del día, adecuado para dar asistencia y tratamiento clínico del tipo de afección padecida por el Asegurado.

Internación: Se considerará como internación a aquella en que el Asegurado haya permanecido en el Establecimiento Asistencial al menos 24 horas; los días posteriores serán considerados cada 24 horas y el último por fracción superior a las 10 horas. No se considerarán los días de internación posteriores al alta médica, que el Asegurado decida permanecer por su propia voluntad.

Accidente: Se entiende por Accidente a toda lesión corporal sufrida por el Asegurado independientemente de su voluntad, que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta, producida por la acción repentina y violenta de o con un agente externo, descartándose por lo tanto, las enfermedades e infecciones.

Premio: Es el importe a pagar por la cobertura otorgada por la presente póliza. El premio que corresponda según las edades de los Asegurados, figurará en las Condiciones Particulares.

ARTÍCULO 6°. RELEVO SECRETO MÉDICO

El Asegurado se obliga a relevar del secreto médico a todos los profesionales o instituciones hospitalarias que lo atienden o hubiesen atendido. La Aseguradora queda facultada a solicitar al Asegurado, y este se obliga a proporcionar, toda información médica adicional que ésta necesite con relación a la suscripción del riesgo o a la indemnización a abonar.

CAPÍTULO II. BENEFICIOS

ARTÍCULO 7°. BENEFICIOS PREVISTOS

La Aseguradora, comprobado el evento correspondiente al Módulo contratado, abonará al Asegurado o, en caso de fallecimiento de éste a su beneficiario, el importe correspondiente al Módulo de acuerdo con la suma asegurada asignada en las Condiciones Particulares, dentro del plazo estipulado en el Artículo 12°) siguiente de estas Condiciones Generales.

ARTÍCULO 8°. ÁMBITO GEOGRÁFICO DE LA COBERTURA

La cobertura se extiende al tránsito y/o permanencia del Asegurado en el extranjero siempre que sea dentro de los países que integran el Mercosur.

El Asegurado debe comunicar a la Aseguradora en forma fehaciente e inmediata, cuando fije su residencia en el extranjero.

ARTÍCULO 9°. FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DE CADA ASEGURADO INDIVIDUAL (ASEGURADO TITULAR Y ASEGURADO FAMILIAR)

El seguro regirá para el Asegurado Titular a partir de la cero (0) hora del día fijado como de inicio de vigencia en las Condiciones Generales.

El seguro del Asegurado Titular regirá a partir de la cero (0) hora del día primero del mes que siga a la fecha de la aceptación de la solicitud por parte de la Aseguradora

La Aseguradora comunicará su decisión sobre la solicitud dentro de los sesenta (60) días de recibida; en caso de silencio se considerará rechazada. Dicho plazo se suspenderá en caso que la Aseguradora hubiera solicitado información adicional al Asegurado. Si este último no cumple o no presenta la información solicitada transcurridos noventa (90) días desde la presentación de la solicitud sin que se hubiera aceptado, la misma se considerará automáticamente rechazada.

ARTÍCULO 10°. INFORMACIONES QUE DEBEN SUMINISTRARSE A LA ASEGURADORA

El Tomador y los Asegurados en cuanto sea razonable, se comprometen a suministrar todas las informaciones necesarias para el fiel cumplimiento de esta póliza.

ARTÍCULO 11°. LIQUIDACIÓN DE BENEFICIOS - REQUISITOS

Corresponde al Asegurado o los beneficiarios:

- A)** Denunciar la existencia del siniestro dentro de los 10 días corridos siguientes de su ocurrencia o de que tuvo conocimiento del mismo. En el caso de los beneficiarios este plazo correrá a partir de la fecha en que éstos tomen conocimiento del siniestro;
- B)** Presentar a la Aseguradora pruebas fehacientes del/los siniestros sufridos mediante evidencias clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio, según corresponda, certificados por un profesional médico autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión;
- C)** Facilitar cualquier comprobación que en forma razonable necesite realizar la Aseguradora

El incumplimiento de denunciar el siniestro en el plazo mencionado en el literal a) anterior, salvo caso fortuito, fuerza mayor o causa extraña no imputable, hará perder al Asegurado o beneficiarios en su caso, el derecho al beneficio que les correspondería.

Dentro de los 15 días corridos siguientes a que presentó la denuncia a la Aseguradora, el Asegurado o beneficiario en su caso, deberán proporcionar por escrito a la 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 siniestro.

Asimismo permitirá y facilitará a la Aseguradora todas las medidas o indagaciones necesarias a estos fines. En tal sentido, la Aseguradora podrá hacer revisar al Asegurado por facultativos designados por ella para comprobar la procedencia de la reclamación del beneficio. El costo de las revisiones estará a cargo de la Aseguradora y podrá exigir hasta 2 (dos) revisiones. Asimismo, la Aseguradora podrá investigar en los Establecimientos Asistenciales y solicitar información a los médicos que hayan asistido al Asegurado. En general, podrá adoptar todas las medidas tendientes a comprobar y controlar las informaciones recibidas, así como esclarecer presuntos errores, simulaciones o fraudes.

La Aseguradora dentro de los treinta (30) días corridos de recibida la denuncia del siniestro comunicará al Asegurado o beneficiario en su caso la aceptación o el rechazo del siniestro. Este plazo se suspenderá en los casos en que la Aseguradora, por razones ajenas a su alcance y voluntad, no contara con los elementos suficientes para determinar la cobertura del siniestro.

Aprobado el otorgamiento del beneficio por parte de la Aseguradora, la Aseguradora pondrá el importe de la indemnización a disposición del Asegurado Titular o Familiar, según corresponda, dentro de un plazo de 60 días corridos.

En caso de fallecimiento del Asegurado, se abonará la indemnización a los beneficiarios designados.

ARTÍCULO 12°. **BENEFICIARIOS**

La designación de beneficiario podrá efectuarse por cualquier medio fehaciente y se tendrá por efectuada cuando sea recibida por la Aseguradora.

Designados varios beneficiarios sin indicación de cuota parte, se entiende que el beneficio es por partes iguales. Cuando se designe a los hijos se entiende a los concebidos y los sobrevivientes al tiempo de ocurrir el siniestro previsto.

Cuando se designe a los herederos o resulten designados los herederos, se entiende a los que por ley suceden al Asegurado, si no hubiese otorgado testamento; si lo hubiese otorgado, se tendrá por designados a los herederos legales y los testamentarios en los porcentajes que hereden. Si no se fija cuota parte, el beneficio se distribuirá conforme a las cuotas hereditarias.

La Aseguradora podrá solicitar todos los recaudos necesarios a efectos de corroborar la condición de heredero legal o instituido.

Cuando el contratante no designe beneficiario o por cualquier causa la designación se haga ineficaz o quede sin efecto, se entiende que designó a los herederos.

En caso de que uno de los beneficiarios falleciera antes o al mismo tiempo que el Asegurado, la cuota que le hubiera correspondido será distribuida entre los beneficiarios supérstites, en la proporción asignada en el contrato.

El Asegurado podrá cambiar en cualquier momento el beneficiario o los beneficiarios designados comunicando tal circunstancia en forma fehaciente a la Aseguradora. La revocación o modificación se tendrá por efectuada una vez recibida por la Aseguradora.

El Asegurador queda liberado si actuando diligentemente hubiera pagado las indemnizaciones correspondientes a los beneficiarios designados con anterioridad a la recepción de cualquier notificación que modificara esa designación.

ARTÍCULO 13°. **ACUERDO ENTRE PARTES**

Si no hubiere acuerdo entre las partes, se discutirá el tema ante los tribunales uruguayos.

CAPÍTULO III. PRIMAS

ARTÍCULO 14°. **PRIMAS**

La prima total a pagar resultará de sumar las primas individuales que correspondan según los Módulos que se hayan contratado más los gastos, impuestos y tasas que correspondan y que constituirán el premio.

El premio que corresponda figurará en las Condiciones Particulares.

ARTÍCULO 15°. **PLAZO DE GRACIA**

La Aseguradora concede un plazo de gracia de treinta (30) días para el pago, sin recargo de intereses, de todas las primas. Durante ese plazo esta póliza continuará en vigor.

Para el pago de la primera prima el plazo de gracia se contará desde la fecha de inicio de vigencia de esta póliza. Para el pago de las primas siguientes dicho plazo de gracia correrá a partir de la cero (0) hora del día en que venza cada una.

Vencido el plazo de gracia y no abonada la prima caducarán los derechos emergentes de esta póliza.

ARTÍCULO 16°. **FALTA DE PAGO DE LAS PRIMAS**

Si cualquier prima no fuese pagada dentro del plazo de gracia, esta póliza caducará automáticamente, pero la Aseguradora será acreedora de la prima correspondiente al mes de gracia, salvo que dentro de dicho plazo se hubiese solicitado por escrito su rescisión, en cuyo caso se deberá pagar una prima calculada a prorrata por los días transcurridos desde el vencimiento de la prima impaga hasta la fecha de envío de tal solicitud.

ARTÍCULO 17°. **FINALIZACIÓN DE LA COBERTURA**

La cobertura del Asegurado finalizará cuando se produzca alguno de los siguientes eventos, según corresponda:

1. en la fecha de la muerte del Asegurado;
2. por rescisión o caducidad de la póliza;
3. Cuando el Asegurado cumpla la edad máxima estipulada en las Condiciones Particulares;
4. cuando no se abonase la prima correspondiente dentro del plazo de gracia;
5. Para los Asegurados Familiares, cuando pierdan su condición de miembros del grupo familiar, según se lo definió en Artículo "Definiciones";
6. Para los Asegurados Familiares, cuando termine la cobertura del Asegurado Titular.

En cualquier caso de rescisión o caducidad de esta póliza, caducarán simultáneamente todas las coberturas cubiertas por ella, salvo las obligaciones pendientes a cargo de la Aseguradora.

Además, la cobertura de cada Módulo finalizará:

- A) a partir del momento en que el Asegurado haya percibido la totalidad del beneficio que concede dicho Módulo;
- B) Cuando el Asegurado cumpla la edad máxima para el Módulo estipulada en las Condiciones Particulares.

A partir de ese momento, la cobertura que otorga cada Módulo cesará, no teniendo vigencia en las futuras renovaciones, si las hubiese, de otros Módulos contratados bajo estas Condiciones Generales, dejando de abonarse las primas correspondientes.

En todos los casos, se devolverá la prima no corrida que pudiera corresponder.

CAPÍTULO IV. LIMITACIONES Y EXCLUSIONES

ARTÍCULO 18°. EXCLUSIONES GENERALES

La Aseguradora no pagará las indemnizaciones previstas en esta póliza cuando el hecho susceptible de cobertura se produzca por alguna de las siguientes causas:

- A) Las consecuencias de cualquier accidente ocurrido antes de la fecha de inicio de vigencia establecida en las Condiciones Particulares.
- B) Cualquier enfermedad diagnosticada o desorden que no haya sido específicamente definido como cubierto en los Módulos contratados.
- C) Como consecuencia de una enfermedad que le fue diagnosticada al Asegurado en forma previa a su incorporación a este seguro y que es la causa directa del padecimiento descrito y cubierto en el Módulo correspondiente. Esta exclusión solo operará durante el primer año de vigencia del seguro, salvo en el caso del Módulo de Indemnización por Cirugías respecto del cual esta exclusión aplicará por un plazo de 5 años contado desde la fecha de inicio de vigencia del seguro.
- D) Acto o hecho de guerra civil o internacional, guerrilla, rebelión, sedición, motín, asonada, revolución, golpe de estado, terrorismo, o tumulto popular, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo;
- E) Abuso o adicciones de alcohol, drogas, estupefacientes, narcóticos o estimulantes, salvo prescripción médica;
- F) Como consecuencia de mutilaciones o heridas auto infringidas por el Asegurado, o mutilaciones voluntarias, aún las cometidas en estado de insania o enajenación mental;

ARTÍCULO 19°. AGRAVACIÓN DE RIESGO

Cada Asegurado debe denunciar a la Aseguradora las agravaciones del riesgo asumido, causadas por un hecho suyo antes de que se produzcan; y las debidas a un hecho ajeno, inmediatamente después de conocerlas.

Se consideran agravaciones del riesgo las que provengan de las siguientes circunstancias:

- A) Modificación de su profesión o actividad cuando agravan el riesgo de modo tal que, de existir a la época de la celebración, la Aseguradora no hubiera concluido el contrato de acuerdo con los usos y costumbres comerciales;
- B) práctica de deportes extremos.
- C) Fijación de residencia fuera del país.

El cambio de profesión o actividad autoriza a la Aseguradora a rescindir el contrato de seguro cuando agrava el riesgo de modo tal que, de existir a la época de la celebración, la Aseguradora no hubiera concluido el contrato de acuerdo con los usos y costumbres comerciales.

No obstante, si de haber existido ese cambio al tiempo de la celebración, la Aseguradora hubiera concretado el contrato por una prima mayor, la suma asegurada se reducirá en proporción a la prima pagada.

En las demás hipótesis de agravamiento del riesgo (literales b) y c)), la Aseguradora podrá optar entre rescindir el contrato de seguro u ofrecer al Asegurado el pago de una sobreprima acorde al riesgo agravado.

CAPÍTULO V. DISPOSICIONES FINALES

ARTÍCULO 20°. REDUCCIÓN DE LAS CONSECUENCIAS

El Asegurado en cuanto le sea posible, debe impedir o reducir las consecuencias del siniestro, seguir las instrucciones del o de los médicos que lo asisten, y observar las instrucciones de la Aseguradora al respecto, en cuanto sean razonables.

ARTÍCULO 21°. RESCISIÓN DE ESTA PÓLIZA

Sin perjuicio de las demás causales de rescisión y caducidad ya previstas, esta póliza podrá ser rescindida por el Tomador previo aviso por escrito remitido con anticipación no menor de treinta (30) días, a cualquier vencimiento de primas.

La Aseguradora podrá no renovar la póliza, previo aviso por escrito remitido con anticipación no menor de sesenta (60) días, a cualquier vencimiento de año póliza.

ARTÍCULO 22°. DUPLICADO DE PÓLIZA - COPIAS

El Tomador o el Asegurado, podrán obtener un duplicado de la póliza, sin costo.

El Tomador o el Asegurado tienen derecho a que se les entregue copia de sus declaraciones efectuadas con motivo de este contrato y copia no negociable de la póliza.

ARTÍCULO 23°. IMPUESTOS, TASAS Y CONTRIBUCIONES

Los impuestos, tasas y contribuciones de cualquier índole que se creasen en lo sucesivo o los aumentos eventuales de los existentes, estarán a cargo del Tomador o de los Asegurados, según el caso, salvo cuando la ley los declare expresamente a cargo exclusivo de la Aseguradora

ARTÍCULO 24°. DOMICILIO PARA LAS DENUNCIAS Y DECLARACIONES

El domicilio en el que las partes deben efectuar las denuncias, declaraciones y demás comunicaciones previstas en este contrato es el último declarado por ellas.

ARTÍCULO 25°. JURISDICCIÓN

Toda controversia relativa a la presente póliza será dirimida ante los tribunales de la ciudad de Montevideo.

ARTÍCULO 26°. CÓMPUTO DE LOS PLAZOS

Todos los plazos de días indicados en la presente póliza se computarán corridos, salvo disposición expresa en contrario.

Seguro Modular de Salud. Endoso para Seguros Colectivos.

Complementariamente a lo establecido en las Condiciones Generales se aplicarán las siguientes condiciones para los seguros colectivos.

ARTÍCULO 1°. PERSONAS ASEGURABLES

Se consideran asegurables a la fecha de emisión de esta póliza a todos aquellos que mantengan el vínculo formal con el Tomador definido en las Condiciones Particulares.

A la fecha de emisión de esta póliza, se consideran pasibles de incorporación al seguro a todas aquellas personas integrantes del grupo regido por el Tomador y su respectivo grupo familiar –si es permitido por la Compañía– siempre y cuando cumplan con los requisitos de asegurabilidad establecidos en la presente póliza.

Las personas que en el futuro ingresen a formar parte del grupo serán asegurables a partir de la cero (0) hora del día primero del mes siguiente a la fecha en que cumplan dos meses, sin interrupción, como integrantes del grupo regido por el Tomador. Las personas que reingresen al grupo asegurado, podrán eximirse del plazo de espera precedentemente estipulado, siempre que presenten pruebas de asegurabilidad satisfactorias para la Aseguradora (declaración de salud, examen médico, etc.) y paguen los gastos necesarios para obtenerlos.

ARTÍCULO 2°. FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DE CADA CERTIFICADO INDIVIDUAL

El Certificado Individual de las personas asegurables que soliciten su incorporación a esta póliza, regirá a partir de la cero (0) hora del día primero del mes que siga a la fecha en que la Aseguradora acepta la incorporación.

La Aseguradora comunicará la aceptación o rechazo de la solicitud dentro de los sesenta (60) días de recibida; en caso de silencio se considerará rechazada.

ARTÍCULO 3°. CERTIFICADOS INDIVIDUALES PARA PÓLIZAS COLECTIVAS

En el caso de seguros colectivos, la Aseguradora proporcionará a cada Asegurado, por intermedio del Tomador o en forma directa, un Certificado Individual en el que se establecen los derechos y obligaciones de las partes, así como también los beneficios que otorga la presente póliza y la fecha de entrada en vigor del correspondiente Certificado Individual.

ARTÍCULO 4°. FINALIZACIÓN DE LA COBERTURA

El Certificado Individual de cada Asegurado de una póliza colectiva quedará rescindido o caducará cuando se produzca alguno de los siguientes eventos, según corresponda:

- A)** Por su renuncia a continuar con el Certificado Individual;
- B)** Por perder el vínculo con el Tomador;
- C)** En la fecha de la muerte del Asegurado;
- D)** Por rescisión o caducidad de la póliza;
- E)** Cuando el Asegurado cumpla la edad máxima estipulada en las Condiciones Particulares;
- F)** En las pólizas contributivas cuando el Asegurado no abonase la prima que le correspondiese dentro de los 30 días de vencida.
- G)** Para los Asegurados Familiares cuando pierdan su condición de miembros del grupo familiar, según se lo definió en Artículo “Definiciones”
- H)** Para los Asegurados Familiares cuando termine la cobertura del Asegurado Titular.

Tanto la renuncia a que se refiere el punto a) como la desvinculación prevista en el punto b) del inciso precedente, serán comunicadas a la Aseguradora por intermedio del Tomador y el Certificado Individual quedará rescindido el día primero del mes siguiente al de la fecha en que la Aseguradora haya recibido dicha comunicación.

Se presumirá que un Asegurado ha renunciado a continuar con el Certificado Individual, sin admitirse prueba en contrario, cuando el mismo no efectúe el pago correspondiente a la prima del Certificado Individual y no se ingrese a la Aseguradora dicho importe en la forma y plazo previstos en estas Condiciones Generales.

En cualquier caso de rescisión o caducidad de esta póliza, caducarán simultáneamente todas las coberturas individuales cubiertas por ella, salvo las obligaciones pendientes a cargo de la Aseguradora.

Además, la Cobertura de cada Módulo de un Certificado Individual finalizará:

- A)** a partir del momento en que el Asegurado haya percibido la totalidad del beneficio que concede dicho Módulo;

B) Cuando el Asegurado cumpla la edad máxima para el Módulo estipulada en las Condiciones Particulares.

A partir de ese momento, la cobertura que otorga el Módulo cesará para dicho Certificado Individual, no teniendo vigencia en las futuras renovaciones, si las hubiese, de otros Módulos contratados, dejando de abonarse las primas correspondientes. En todos los casos, se devolverá la prima no corrida que pudiera corresponder.

ARTÍCULO 5°. PRIMAS DEL SEGURO

A cada asegurado le corresponde la prima individual en función de las coberturas contratadas y los capitales asegurados.

La prima media inicial por mil mensual de suma asegurada, inserta en las Condiciones Particulares de póliza, resulta del cociente entre la sumatoria del producto de la tarifa correspondiente a la edad, sexo y al capital de cada individuo integrante del grupo asegurable y el total de los capitales asegurados.

La misma regirá durante el primer año póliza de vigencia del seguro.

La prima media del seguro podrá ser ajustada en cada aniversario de póliza por la Aseguradora, quien comunicará por escrito al Tomador la nueva prima media resultante, como asimismo cualquier modificación de la suma asegurada, con una anticipación no menor a los 30 (treinta) días corridos, a la fecha en que comience a regir la misma.

ARTÍCULO 6°. PLAZO DE ESPERA

Cada uno de los Módulos tendrá su plazo de espera, con pago de primas, basado en las características propias de cada cobertura, que será fijado en las Condiciones Particulares y en el certificado.

Dicho plazo comenzará a regir desde la vigencia de cada Módulo. Ningún beneficio se otorgará si el diagnóstico acontece durante dichos plazos o si ha ocurrido con anterioridad a la entrada en vigencia del Módulo correspondiente.

El plazo de espera no aplicará en caso de accidente, ni en los casos en los cuales el Asegurado haya cumplido otros requisitos de asegurabilidad tales como declaración de salud o exámenes complementarios, o sea aplicada cláusula de enfermedades preexistentes.

Módulo de Renta Diaria por Internación por Enfermedad o Accidente.

El plazo de espera no aplicará en caso de accidente, ni en los casos en los cuales el Asegurado haya cumplido otros requisitos de asegurabilidad tales como declaración de salud o exámenes complementarios, o sea aplicada cláusula de enfermedades preexistentes.

ARTÍCULO 1º. RIESGO CUBIERTO

La Aseguradora concederá el beneficio previsto para el presente Módulo cuando el Asegurado sea internado en un Establecimiento Asistencial, que reúna las características definidas en el artículo "Definiciones" de las Condiciones Generales de esta póliza, antes de alcanzar la edad máxima de permanencia, definida en las Condiciones Particulares. La Aseguradora no será responsable por los daños y perjuicios producidos por las personas intervinientes con motivo de los tratamientos y servicios, ni por las intervenciones quirúrgicas a las que debiera someterse el Asegurado.

ARTÍCULO 2º. BENEFICIO

La Aseguradora, una vez comprobada la internación abonará al Asegurado una renta diaria, cuyo importe se consigna en las Condiciones Particulares, por cada día de internación del Asegurado, hasta alta médica definitiva incluyendo internación domiciliaria.

La renta diaria se comenzará a abonar desde el primer día de internación cuando la misma supere la cantidad de días completos, consecutivos o no, correspondientes a un mismo evento, en uno o más Establecimientos Asistenciales establecida como Plazo de Espera en las Condiciones Particulares y por el Plazo Máximo de días previsto en las referidas Condiciones Particulares.

La indemnización máxima a la que el Asegurado tendrá derecho por cada año póliza para todos los eventos ocurridos en ese período será la correspondiente a la cantidad de días máximos estipulados en las Condiciones Particulares como Máximo de Días Cubiertos por Año.

ARTÍCULO 3º. EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

Quedan excluidas de esta cobertura las internaciones producidas como consecuencia de:

- A)** Maternidad: comprende toda internación que se lleve a cabo durante el embarazo, el parto y hasta dentro de los 45 días después del parto, vinculados al propio embarazo.
- B)** Revisiones de rutina, diagnóstico, análisis, radiografías, radioscopias o fisioterapia, salvo que a consecuencia de los mismos el Asegurado tuviere que someterse a una internación.
- C)** Cirugías plásticas y/o cosméticas, excepto aquellas para las que se compruebe que poseen una finalidad reparadora de una función afectada por eventos cubiertos por la póliza.
- D)** Cura de reposo.
- E)** Tratamientos para la obesidad y/o rejuvenecimiento, en sus diversas modalidades.

Módulo de Cáncer Total.

ARTÍCULO 1º. RIESGO CUBIERTO

El riesgo cubierto es el diagnóstico positivo de Cáncer, según se define a continuación:

CÁNCER: Presencia de tumor maligno caracterizado por el crecimiento y dispersión incontrolable de células malignas y la invasión del tejido, incluyendo leucemia.

El diagnóstico positivo deberá ser confirmado por examen anátomo-patológico positivo. Se deberá presentar a la Aseguradora la documentación relativa al examen anátomo-patológico.

El diagnóstico de Cáncer debe ser confirmado por un médico tratante y acreditado mediante el diagnóstico positivo de un médico patólogo; quienes deberán fundamentar sus opiniones en el examen histológico y los diagnósticos clínicos basados en la historia clínica de la paciente, exámenes físicos, radiografías y/o cualquier otro análisis de laboratorio.

ARTÍCULO 2º. BENEFICIO

Se efectuará un único pago en concepto de Suma Asegurada al Asegurado durante el curso de la vida del Asegurado independientemente del número de enfermedades que el Asegurado sufra o padezca.

El pago de la Suma Asegurada se hará dada la satisfacción de las condiciones anteriores y después de que el pago esté hecho, la Aseguradora no se hará cargo de pagos posteriores.

ARTÍCULO 3º. EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

Además de las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales de esta póliza, no se otorgará cobertura por este Módulo en las siguientes situaciones:

A) Cualquier enfermedad, daño o enfermedad que no se corresponda específicamente definida en el presente Módulo.

ARTÍCULO 4º. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

Además de las demás causales de terminación de la cobertura, estipuladas en las Condiciones Generales, la Cobertura del presente Módulo terminará a partir del momento en que el Asegurado haya recibido alguno de los beneficios previstos por este Módulo.

Módulo Enfermedad Cerebrovascular (ACV).

ARTÍCULO 1º. RIESGO CUBIERTO

A los efectos de indemnización bajo este Módulo, se entenderá como enfermedad cubierta el Accidente Cerebrovascular que cause secuelas neurológicas durante más de 24 (veinticuatro) horas incluyendo destrucción del tejido cerebral por trombosis, hemorragia o embolia de fuente extracraneal. Deberá existir prueba de disfunción neurológica ya sea reversible o irreversible.

ARTÍCULO 2º. BENEFICIO

Se efectuará un único pago en concepto de Suma Asegurada al Asegurado durante el curso de la vida del Asegurado independientemente del número de enfermedades que el Asegurado sufra o padezca.

El pago de la Suma Asegurada se hará dada la satisfacción de las condiciones anteriores y después de que el pago esté hecho, la Aseguradora no se hará cargo de pagos posteriores.

Adicionalmente, se deja expresa constancia que: No se abonará indemnización alguna, a menos que la enfermedad sea confirmada por un médico tratante; quien deberá fundamentar su opinión luego de considerar la historia clínica del paciente, exámenes físicos, radiografías.

ARTÍCULO 3º. EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

Además de las Exclusiones ya previstas en las Condiciones Generales, esta póliza no comprende en la definición de Riesgo Cubierto a los siguientes eventos:

- A) Ataque isquémico transitorio AIT y déficit neurológico isquémico reversible prolongado (PRIND)
- B) Lesión traumática de tejido cerebral o vasos sanguíneos
- C) Déficit neurológico debido a hipoxia general, infección, enfermedad inflamatoria, migraña o intervención médica.
- D) Hallazgos incidentales en estudios de imagen (Scan CT o resonancia magnética), sin síntomas clínicos claramente relacionados (enfermedad cerebrovascular silenciosa).

Módulo Infarto de Miocardio.

ARTÍCULO 1º. RIESGO CUBIERTO

A los efectos de otorgar la indemnización bajo la presente póliza, se entenderá como evento cubierto a la necrosis del miocardio a consecuencia de hipoxia aguda. El diagnóstico deberá incluir a dos de los cuatro ítems siguientes:

- A) Historia de dolores en el pecho;
- B) Alteraciones del electrocardiograma que confirma la lesión miocárdica;
- C) enzimas cardíacas elevadas y
- D) Estudio radio isotópico del músculo cardíaco.

ARTÍCULO 2º. BENEFICIO

La Compañía abonará al Asegurado o a la persona designada en carácter de Beneficiario según corresponda, la estructura de Beneficios acordada siempre y cuando se presente a la Aseguradora documentos médicos que acrediten la enfermedad e historia clínica completa

Se efectuará un único pago en concepto de Suma Asegurada al Asegurado durante el curso de la vida del Asegurado independientemente del número de enfermedades que el Asegurado sufra o padezca.

El pago de la Suma Asegurada se hará dada la satisfacción de las condiciones anteriores y después de que el pago esté hecho, la Compañía no se hará cargo de pagos posteriores.

Adicionalmente, se deja expresa constancia que: No se abonará indemnización alguna, a menos que la enfermedad sea confirmada por un médico tratante y acreditada mediante el diagnóstico positivo de un médico patólogo (cuando la Compañía lo considere pertinente); quienes deberán fundamentar sus opiniones exclusivamente en la definición de cada enfermedad en particular, contemplada en la presente, luego de considerar el examen histológico y los diagnósticos clínicos basados en la historia clínica del paciente, exámenes físicos, radiografías y/o cualquier otro análisis de laboratorio.

ARTÍCULO 3º. EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

Además de las Exclusiones ya previstas en las Condiciones Generales, esta póliza no comprende en la definición de Riesgo Cubierto a los siniestros que se produzcan como consecuencia de:

- A) Angina de pecho o eventos de insuficiencia cardíaca que no produzcan necrosis del músculo cardíaco.

Segunda Opinión Médica Internacional.

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

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 Aseguradora contar con una Segunda Opinión Médica Internacional, la Aseguradora seleccionará tres centros médicos a nivel internacional que, a criterio de la 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 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 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 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").

Ajuste automático anual de Capital Asegurado y Prima.

El capital asegurado de los Módulos contratados por el Asegurado bajo esta póliza se ajustará anualmente en forma automática de acuerdo a las condiciones establecidas en el presente Módulo.

Los capitales asegurados se ajustarán automáticamente en forma anual en función de la variación del Índice de Precios al Consumo ("IPC").

La variación del IPC se determinará sobre la base de la información publicada por el Instituto Nacional de Estadística de Uruguay. La Aseguradora comparará el IPC correspondiente a la fecha de entrada en vigencia de la cobertura o el correspondiente a la fecha del último ajuste anual realizado bajo este Módulo, según sea el caso, con el IPC correspondiente a la fecha en el cual deba realizarse el ajuste anual.

En caso que la aplicación del método antes mencionado no determine un incremento de los capitales asegurados, se mantendrán los capitales asegurados vigentes al momento de la realización del ajuste.

La prima se ajustará en la misma forma que establece el presente Módulo para el ajuste de los capitales asegurados a todos los efectos de la póliza.

El Asegurado podrá rescindir el presente Módulo notificando su voluntad a la Aseguradora por escrito con una antelación no menor a 30 días de la fecha prevista para el correspondiente ajuste anual. En tal caso, no se realizarán nuevos ajustes en el futuro.

Si posteriormente el Asegurado quisiera contratar nuevamente el presente Módulo, deberá solicitarlo por escrito a la Aseguradora, quien podrá o no aceptarlo. En este caso la Aseguradora se reserva el derecho de exigir evidencias de asegurabilidad satisfactorias sobre el Asegurado.