

SEGURO MODULAR DE SALUD

CONDICIONES GENERALES

ARTÍCULO 1. 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 2. 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 3. 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 4. RIESGO CUBIERTO, PLAZO Y RENOVACIÓN AUTOMÁTICA

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 17°).

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 30 días.

ARTÍCULO 5. 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

• **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 1º. (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 2º. (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 dirimentes establecidos en los numerales 1º, 2º, 4º y 5º del Artículo 91 del Código Civil.

• Los hijos, matrimoniales y/o extramatrimoniales del Asegurado Titular, e hijos adoptivos del Asegurado Titular, siempre y cuando dichos hijos sean solteros, sean mayores a 1 año y tengan menos de 18 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 12º) 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, vencido este plazo sin que la Aseguradora haya comunicado su decisión se tendrá por aceptado el 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 11. 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 constituirá el premio.

El premio que corresponda figurará en las Condiciones Particulares.

ARTÍCULO 15. FALTA DE PAGO DE LAS PRIMAS

Si el Asegurado no pagara cualquier prima 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 la prima adeudada sin recargo de intereses (Período de Gracia).

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

Vencido el Período de Gracia sin que la prima adeudada haya sido abonada a la Aseguradora, el contrato se resolverá de pleno derecho y finalizará la cobertura conforme lo previsto en el numeral 2 del artículo 16°).

ARTÍCULO 16. 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. Para los Asegurados Familiares, cuando pierdan su condición de miembros del grupo familiar, según se lo definió en Artículo "Definiciones".
5. 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) 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 17. 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;

Además de las exclusiones antes mencionadas, aplicarán adicionalmente para cada Módulo las exclusiones específicas que se prevean en el respectivo Módulo.

ARTÍCULO 18. 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 19. 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 20. RESCISIÓN DE ESTA PÓLIZA

Sin perjuicio de las demás causales de rescisión y caducidad ya previstas, esta póliza podrá ser rescindida por el Tomador en cualquier momento, sin expresión de causa, previo aviso por escrito remitido a la Aseguradora con una anticipación no menor a un mes. En tanto, la Aseguradora podrá ejercer esta facultad en la medida que se configure una justa causa y comunicándolo a la otra parte con un preaviso mínimo de un mes.

ARTÍCULO 21. 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 22. 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 23. 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 24. JURISDICCIÓN

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

ARTÍCULO 25. CÓMPUTO DE LOS PLAZOS

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

ARTÍCULO 26. PRESCRIPCIÓN

Las acciones derivadas del presente contrato prescriben en el plazo de dos años (salvo para el caso de coberturas de vida, según se menciona a continuación). 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.

Por otra parte, las acciones que se deriven de este contrato que refieran a coberturas de vida (fallecimiento del Asegurado), prescriben en el plazo de cinco años contado desde el fallecimiento del Asegurado.

ARTÍCULO 27. MÓDULOS

Los siguientes son los Módulos que integran el Seguro Modular de Salud. El Asegurado podrá contratar uno o más Módulos conforme se indique en las Condiciones Particulares.

- ENDOSO PARA SEGUROS COLECTIVOS
- MÓDULO DE TRASPLANTE DE ÓRGANOS
- MÓDULO DE RENTA DIARIA POR INTERNACIÓN POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE
- MÓDULO DE RENTA DIARIA POR INTERNACIÓN EN CENTROS DE TRATAMIENTO INTENSIVO (CTI) POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE
- MÓDULO DE CÁNCER TOTAL
- MÓDULO DE CÁNCER FEMENINO
- MÓDULO ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR (ACV)
- MÓDULO CIRUGÍA DE BYPASS DE LAS ARTERIAS CORONARIAS
- MÓDULO CIRUGÍA DE LA AORTA
- MÓDULO CIRUGÍA DE VÁLVULA CARDÍACA
- MÓDULO INSUFICIENCIA RENAL

- MÓDULO INFARTO DE MIOCARDIO
- MÓDULO PARÁLISIS DE LAS EXTREMIDADES
- MÓDULO DISTROFIA MUSCULAR
- MÓDULO SEGUNDO EPISODIO DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE
- MÓDULO CÁNCER MASCULINO
- MODULO DE INDEMNIZACION POR CIRUGIAS
- SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA INTERNACIONAL
- MÓDULO DE AJUSTE AUTOMÁTICO ANUAL DE CAPITAL ASEGURADO Y PRIMA
- MÓDULO FRACTURA DE HUESOS, DISLOCACIONES Y QUEMADURAS
- MÓDULO DE MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL

Además de las disposiciones generales que vienen de establecerse, aplicarán a los Módulos las disposiciones respectivas establecidas en cada uno de ellos.

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. PRELACIÓN

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:

- Por su renuncia a continuar con el Certificado Individual;
- Por perder el vínculo con el Tomador;
- En la fecha de la muerte del Asegurado;
- Por rescisión o caducidad de la póliza;
- Cuando el Asegurado cumpla la edad máxima estipulada en las Condiciones Particulares;
- En las pólizas contributivas cuando el Asegurado no abonase la prima que le correspondiese dentro de los 30 días de vencida.
- Para los Asegurados Familiares cuando pierdan su condición de miembros del grupo familiar, según se lo definió en Artículo “Definiciones”
- 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 partir del momento en que el Asegurado haya percibido la totalidad del beneficio que concede dicho Módulo;
- 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 5. 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.

SEGURO MODULAR DE SALUD

MÓDULO DE RENTA DIARIA POR INTERNACIÓN POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE

ARTÍCULO 1. 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 2. 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 3. 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.

SEGURO MODULAR DE SALUD

MÓDULO ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR (ACV)

ARTÍCULO 1. 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 2. 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 3. 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).

SEGURO MODULAR DE SALUD

MÓDULO CIRUGÍA DE BYPASS DE LAS ARTERIAS CORONARIAS

ARTÍCULO 1. RIESGO CUBIERTO

A los efectos de indemnización bajo la presente póliza, se entenderá como evento cubierto a la cirugía realizada para corregir estenosis u oclusión de la o las arterias coronarias mediante la técnica de by - pass en personas que presentan síntomas de angiopatía aguda. Se excluye toda otra técnica que no requiera la apertura quirúrgica del tórax.

ARTÍCULO 2. BENEFICIO

La Aseguradora abonará al Asegurado o a la persona designada en carácter de Beneficiario según corresponda, la Suma Asegurada en caso de cirugía de by-pass de las arterias coronarias del Asegurado siempre y cuando se presenten a la Aseguradora documentos médicos que acrediten la realización de tal procedimiento quirúrgico: descripción operatoria e historia clínica completa.

ARTÍCULO 3. EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

Además de las Exclusiones ya previstas en las Condiciones Generales, esta póliza no comprende en la definición de Riesgo Cubierto al siguiente evento:

- a. La angioplastia coronaria o implante de stent.

SEGURO MODULAR DE SALUD

MÓDULO CIRUGÍA DE LA AORTA

ARTÍCULO 1. RIESGO CUBIERTO

A los efectos de indemnización bajo la presente póliza, se entenderá como evento cubierto a la cirugía para tratar el estrechamiento, obstrucción, aneurisma o disección de la aorta, como así también los procedimientos mínimamente invasivos como la reparación endovascular.

ARTÍCULO 2. 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 presenten a la Aseguradora documentos médicos que acrediten la realización de tal procedimiento quirúrgico: descripción operatoria e historia clínica completa.

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 3. 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. Cirugía de las ramas de la aorta torácica o abdominal cuando las mismas no sean consecuencia de lesiones aorticas extendidas.
- b. Síndromes de Marfan y de Ehlers-Danlos
- c. Cirugía a consecuencia de lesión traumática de la aorta

SEGURO MODULAR DE SALUD

MÓDULO CIRUGÍA DE VÁLVULA CARDÍACA

ARTÍCULO 1. RIESGO CUBIERTO

A los efectos de indemnización bajo la presente póliza, se entenderá como evento cubierto a la realización actual de cirugía para reemplazar o reparar una o más válvulas cardíacas defectuosas. Las siguientes cirugías están cubiertas bajo esta definición:

- a. Reemplazo de válvula cardíaca o reparación con esternotomía completa (división vertical del esternón), esternotomía parcial o toracotomía
 - b. Procedimiento de Ross
 - c. Valvuloplastia realizada en base a catéter
 - d. Implante de válvula aórtica por medio de transcatéter (TAVI)
-

ARTÍCULO 2. BENEFICIO

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 presenten a la Aseguradora documentos médicos que acrediten la realización de tal procedimiento quirúrgico: descripción operatoria 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 3. EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

Además de las Exclusiones ya previstas en las Condiciones Generales, esta póliza no comprende en la definición de Riesgo Cubierto al siguiente evento:

- a. El recorte/clipping percutáneo de válvula mitral con transcatéter.

SEGURO MODULAR DE SALUD

MÓDULO INSUFICIENCIA RENAL

ARTÍCULO 1. RIESGO CUBIERTO

A los efectos de otorgar la indemnización bajo la presente póliza, se entenderá que Insuficiencia Renal Crónica Terminal es la falla renal en su etapa terminal que se presenta como insuficiencia crónica irreversible en el funcionamiento de ambos riñones, a raíz de la cual se instituye diálisis renal regular permanente o se lleva a cabo un trasplante renal.
En todos los casos el diagnóstico deberá ser fehaciente y confirmado por un informe clínico realizado por nefrólogo.

ARTÍCULO 2. 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 presenten 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 crítica sea confirmada por un médico clínico 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 3. 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. Encontrarse el Asegurado con indicación formal de trasplante al momento de su ingreso o reingreso en la póliza, en tratamiento oncológico de cualquier naturaleza o en hemodiálisis crónica en cualquiera de sus formas.
- b. Hemodiálisis en casos agudos de Insuficiencia Renal de cualquier tipo no permanente.
- c. Trasplante Renal, excepto que se hubiera incluido específicamente el Módulo respectivo.

SEGURO MODULAR DE SALUD

MÓDULO INFARTO DE MIOCARDIO

ARTÍCULO 1. 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 2. 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 3. 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.

SEGURO MODULAR DE SALUD

MODULO DE INDEMNIZACION POR CIRUGIAS

Definiciones

Cirugía: Para efecto de la presente cobertura, se considerará como "Cirugía" al procedimiento quirúrgico médicamente necesario realizado al Asegurado que consiste en extirpar, sustituir, corregir un defecto o lesión o efectuar una modificación en un tejido u órgano dañado, con fines terapéuticos, mediante técnicas invasivas realizadas por medio de un cirujano en un Establecimiento Asistencial, ya sea bajo anestesia local o general, y que requiere necesariamente el uso de un quirófano.

Procedimiento quirúrgico médicamente necesario: El procedimiento quirúrgico médicamente necesario está definido como aquel procedimiento necesario para la atención de una enfermedad o padecimiento del Asegurado y deberá ser indicado por un médico especializado.

Periodo de espera: Es el lapso de tiempo que debe transcurrir ininterrumpidamente para cada Asegurado desde la fecha de inicio de vigencia de la cobertura, para que las Cirugías sean cubiertas.

1. Descripción del Beneficio

Si durante la vigencia de la cobertura al Asegurado le es diagnosticada una enfermedad no preexistente y es intervenido quirúrgicamente por una de las siguientes cirugías, la Aseguradora pagará al Asegurado la Suma Asegurada indicada en las Condiciones Particulares, siempre y cuando haya pasado el Período de Espera señalado para cada uno de ellas:

2. Extirpación quirúrgica del apéndice

Técnica quirúrgica por medio de la cual se extrae el apéndice cecal.

Procedimiento quirúrgico cubierto: Apendicectomía

Período de Espera: No aplica

Documentación mínima requerida para comprobación de diagnóstico y procedimiento quirúrgico:

- Informe Médico Especialista y descripción operatoria
- Estudio Histopatológico

3. Corrección quirúrgica de hernias abdominales y patologías de discos intervertebrales.

Cirugía mediante la cual se repara una hernia (protrusión) de contenido intestinal causada por un defecto de la pared abdominal (Diafrágica, umbilical, femoral, inguinal, post incisional) así como la extracción quirúrgica de disco vertebral herniado.

Procedimientos quirúrgicos cubiertos: Hernioplastia Inguinal, Hernioplastia umbilical, Hernioplastia diafrágica, Hernia femoral (inguinal), Hernia Insicional (eventraciones), Discoidectomía

Período de Espera: Establecido en las condiciones particulares de la póliza.

Documentación mínima requerida para comprobación de diagnóstico y procedimiento quirúrgico:

- Para todos los procedimientos cubiertos: Informe Médico Especialista y descripción operatoria
- Adicionalmente para Hernioplastia diafrágica: Radiografía con medio de contraste y reporte de endoscopia.
- Adicionalmente para Discoidectomía: RMN de columna

4. Extirpación quirúrgica de la vesícula biliar

Cirugía que consiste en la extracción de la vesícula biliar vía abdominal o laparoscópica.

Procedimiento quirúrgico cubierto: Colectomía

Período de Espera: Establecido en las condiciones particulares de la póliza.

Documentación mínima requerida para comprobación de diagnóstico y procedimiento quirúrgico:

- Informe Médico Especialista y descripción operatoria
- Ultrasonido (ecografías) u otros estudios imagenológicos
- Estudio Histopatológico

5. Extirpación quirúrgica de las amígdalas y/o adenoides

Cirugía mediante la cual se extraen las amígdalas y/o adenoides.

Procedimientos quirúrgicos cubiertos: Amigdalotomía, Adenoamigdalectomía, Adenoidectomía

Período de Espera: Establecido en las condiciones particulares de la póliza.

Documentación mínima requerida para comprobación de diagnóstico y procedimiento quirúrgico:

- Informe Médico Especialista y descripción operatoria
- Radiografía lateral de cuello u otros estudios imagenológicos
- Estudio Histopatológico

6. Extirpación quirúrgica de cálculos urinarios

Cirugía mediante la cual se extraen cálculos urinarios por medio de un ureteroscopio o por medio del paso de un instrumento médico especial a través de la piel hasta el riñón, lo cual se hace para eliminar cálculos renales.

Procedimientos quirúrgicos cubiertos: Ureteroscopia con extracción de cálculos urinarios y Nefrolitotomía

Período de Espera: Establecido en las condiciones particulares de la póliza.

Documentación mínima requerida para comprobación de diagnóstico y procedimiento quirúrgico:

- Informe Médico Especialista con descripción del procedimiento
- Imagenología

7. Extirpación quirúrgica de hemorroides

Cirugía mediante la cual se extraen las hemorroides en aquellos pacientes que tienen sintomatología de hemorroides externas o internas grado III y IV.

Procedimiento quirúrgico cubierto: Hemorroidectomía

Período de Espera: Establecido en las condiciones particulares de la póliza.

Documentación mínima requerida para comprobación de diagnóstico y procedimiento quirúrgico:

- Informe Médico Especialista y descripción operatoria

8. Extirpación quirúrgica de miomas del útero

Cirugía mediante la cual se extraen miomas.

Procedimiento quirúrgico cubierto: Miomectomía o histerectomía

Período de Espera: Establecido en las condiciones particulares de la póliza.

Documentación mínima requerida para comprobación de diagnóstico y procedimiento quirúrgico:

- Informe Médico Especialista y descripción operatoria
- Estudio Histopatológico
- Ultrasonido

9. Extirpación quirúrgica de glándula mamaria

Cirugía mediante la cual se extrae la mama de manera parcial o completa.

Procedimiento quirúrgico cubierto: Mastectomía

Período de Espera: Establecido en las condiciones particulares de la póliza.

Documentación mínima requerida para comprobación de diagnóstico y procedimiento quirúrgico:

- Informe Médico Especialista y descripción operatoria
- Estudio Histopatológico
- imagenología

10. Extirpación quirúrgica de varicocele

Cirugía mediante la cual se extraen varicoceles.

Procedimiento quirúrgico cubierto: Varicocelectomía

Período de Espera: Establecido en las condiciones particulares de la póliza.

Documentación mínima requerida para comprobación de diagnóstico y procedimiento quirúrgico:

- Informe Médico Especialista y descripción operatoria
- Estudio Histopatológico
- Ultrasonido

11. Extirpación quirúrgica de próstata

Cirugía mediante la cual se extrae la totalidad o parte de la próstata.

Procedimiento quirúrgico cubierto: Prostatectomía

Período de Espera: Establecido en las condiciones particulares de la póliza.

Documentación mínima requerida para comprobación de diagnóstico y procedimiento quirúrgico:

- Informe Médico Especialista y descripción operatoria
- Estudio Histopatológico
- Ultrasonido

12. Extirpación quirúrgica del testículo

Cirugía que consiste en la extirpación de uno o los dos testículos.

Procedimiento quirúrgico cubierto: Orquiectomía

Período de Espera: Establecido en las condiciones particulares de la póliza.

Documentación mínima requerida para comprobación de diagnóstico y procedimiento quirúrgico:

- Informe Médico Especialista y descripción operatoria
- Estudio Histopatológico
- Imagenología

13. Cirugía de cataratas

Cirugía para extracción de cataratas por medio de técnica quirúrgica microincisional.

Procedimiento quirúrgico cubierto: Facemulsificación o extracción extracapsular.

Período de Espera: No aplica

Documentación mínima requerida para comprobación de diagnóstico y procedimiento quirúrgico:

- Informe Médico Especialista y descripción operatoria
- Ultrasonido

14. Extirpación quirúrgica parcial o total de colon

Cirugía mediante la cual se extrae la totalidad o parte del intestino grueso.

Procedimientos quirúrgicos cubiertos: Hemicolectomía y Colectomía

Período de Espera: Establecido en las condiciones particulares de la póliza.

Documentación mínima requerida para comprobación de diagnóstico y procedimiento quirúrgico:

- Informe Médico Especialista y descripción operatoria
- Estudio Histopatológico
- Reporte de Endoscopia o colonoscopia virtual (colonografía por TAC).

15. Edades de Aceptación

Las edades de aceptación para esta cobertura, son las indicadas en las Condiciones Particulares de la póliza.

16. Suma Asegurada

La Suma Asegurada que MetLife pagará bajo este Módulo será la que se indique en las Condiciones Particulares.

En caso de cirugías múltiples realizadas durante un mismo año póliza únicamente se liquidará el importe de la Suma Asegurada correspondiente de una de ellas. Es decir, sólo se paga un evento al año.

17. Requisitos para la reclamación

Soporte Diagnóstico.

Los resultados de los estudios clínicos y/o radiológicos de laboratorio y gabinete practicados al Asegurado que sustenten el diagnóstico base de reclamación de este beneficio se deben presentar, así como el dictamen emitido por un médico que cuente con la especialidad de la cirugía realizada que se reclame, así como la historia clínica y en su caso información adicional que la Institución requiera.

Para determinar la procedencia de la reclamación por una cirugía, será necesario que:

- Hayan sido atendidas en un Establecimiento Asistencial.
- Se hayan generados los estudios necesarios para acreditar la necesidad de la cirugía en cuestión.
- El Asegurado deberá presentar los estudios que acrediten la necesidad de la cirugía, la evidencia de la realización de dicha cirugía y toda la documentación deberá ser expedida por los médicos legalmente autorizados para ejercer la profesión con la especialidad médica que sustenta,
- El Asegurado presente la certificación médica que acredite la cirugía.
- La Aseguradora podrá solicitar los informes médicos, clínicos, radiológicos, histológicos y de laboratorio, o cualquier aclaración relacionada con éstos, los cuales le permitirán determinar la procedencia de la reclamación realizada, por cualquiera de las Cirugías cubiertas.

18. Indemnización

La indemnización correspondiente a esta cobertura se pagará al Asegurado o, en caso de fallecimiento de éste a consecuencia de la misma cobertura, se pagará a los Beneficiarios designados.

19. Exclusiones

Para efectos de este beneficio, quedan excluidas:

- a. Cirugías a consecuencia de servicio militar.
- b. Cirugías a consecuencia de actos de guerra.
- c. Cirugías a consecuencia de rebelión, insurrección o riña, siempre y cuando el Asegurado sea elemento activo.
- d. Cirugías a consecuencia de actos delictivos intencionales, en que participe activamente el Asegurado.
- e. Cirugías a consecuencia de intento de suicidio o autolesión aún y cuando se cometan en estado de inconciencia o enajenación mental.
- f. Cirugías que sufra el Asegurado ocasionadas por culpa grave del mismo a consecuencia de la ingesta o bajo los influjos de drogas, narcóticos o alucinógenos y/o bebidas alcohólicas, en los cuales dicho estado influya en forma directa para la realización de la cirugía.
- g. Cirugías por enfermedades preexistentes.
- h. Cirugías surgidas por riesgos nucleares.
- i. Cirugías que no sean médicamente necesarias.
- j. Cirugías a consecuencia de Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor.

SEGURO MODULAR DE SALUD

MÓDULO FRACTURA DE HUESOS, DISLOCACIONES Y QUEMADURAS

ARTÍCULO 1. RIESGO CUBIERTO

La Aseguradora abonará al Asegurado una suma determinada conforme se indica a continuación en caso de que el Asegurado sufra durante la vigencia de este Modulo, como consecuencia de un Accidente cubierto por la Póliza, una o alguna de las Fracturas de Huesos, Dislocaciones y Quemaduras que se indican en forma taxativa en los cuadros a continuación.

El beneficio se calculará considerando el porcentaje que surge de los cuadros siguientes (según cuál sea el caso), aplicado sobre la Suma Asegurada previsto para este Módulo en las Condiciones Particulares.

FRACTURAS DE HUESOS

TIPO DE HUESO	Fractura de Hueso Múltiple Cerrada o Fractura de Hueso Múltiple Abierta	Fractura de Hueso Incompleta Abierta	Fractura de Hueso Incompleta Cerrada
Cráneo	100%	70%	50%
Maxilar superior	80%	56%	40%
Maxilar inferior	80%	56%	40%
Clavícula	100%	70%	50%
Omóplato	100%	70%	50%
Húmero	100%	70%	50%
Cúbito	75%	53%	38%
Radio	75%	53%	38%
Esternón	50%	35%	25%
Costillas	25%	18%	13%
Pelvis	100%	70%	50%
Columna	100%	70%	50%
Fémur	100%	70%	50%
Rótula	75%	53%	38%
Tibia	100%	70%	50%
Peroné	100%	70%	50%
Tarso	25%	18%	13%
Metatarso	25%	18%	13%
Falanges de los pies	15%	11%	8%

DISLOCACIONES

Espina	75%
cadera	50%
Rodilla, hombro, muñeca, tobillo	25%
Otros	8%

QUEMADURAS

Quemadura de 3er. Grado que afecte más del 15% del cuerpo	75%
Quemadura de 3er. Grado que afecte más del 4% del cuerpo y hasta el 15%	60%

Si como consecuencia de un mismo Accidente se produjera más de uno de los riesgos cubiertos, las indemnizaciones a cargo de la Aseguradora se sumarán con el tope de responsabilidad máxima indicado en el Artículo 3 siguiente.

ARTÍCULO 2. RESPONSABILIDAD MÁXIMA

La indemnización máxima que pagará la Aseguradora bajo este Módulo por la ocurrencia de una o más Fracturas de Huesos y/o Dislocaciones y/o Quemaduras, ya sean consecuencia del mismo o de diferentes Accidentes cubiertos, será el cien por ciento de la Suma Asegurada contratada para el presente Módulo y establecido en las Condiciones Particulares.

Una vez que la Aseguradora abone por concepto de beneficio bajo esta Módulo el cien por ciento de la Suma Asegurada prevista en las Condiciones Particulares para este Módulo, finalizará el presente Módulo.

ARTÍCULO 3. DEFINICIONES

Accidente: Aplica la definición de Accidente contenida en las Condiciones Generales de esta Póliza.

Fractura de Hueso: Lesión traumática de un hueso caracterizada por interrupción de la continuidad del tejido óseo.

Fractura de Hueso Múltiple Cerrada: Fractura de hueso caracterizada por presentar varias líneas de separación en un hueso o fractura de varios huesos al mismo tiempo a consecuencia de un mismo traumatismo sin rompimiento de la piel.

Fractura de Hueso Múltiple Abierta: Fractura de hueso caracterizada por presentar varias líneas de separación en un hueso o fractura de varios huesos al mismo tiempo a consecuencia de un mismo traumatismo que además rompe o traspasa la piel.

Fractura de Hueso Incompleta Cerrada: Es la fractura en la cual no hay separación de fragmentos y no presenta rompimiento de la piel.

Fractura de Hueso Incompleta Abierta: Es la fractura en la cual no hay separación de fragmentos y rompe o traspasa la piel.

Dislocación: es toda lesión capsulo-ligamentosa con pérdida permanente del contacto de las superficies articulares por causa de un trauma grave que requiere intervención quirúrgica.

Quemaduras: es toda lesión causada por quemaduras térmicas producidas por contacto con llamas, líquidos calientes, superficies calientes y otras fuentes de altas temperaturas, como así también por el contacto con elementos a temperaturas extremadamente bajas.

ARTÍCULO 4. EXCLUSIONES

Este Módulo no cubre:

1. Las Fracturas de Huesos, Dislocaciones y Quemaduras que sean consecuencia de los casos indicados como exclusiones en las Condiciones Generales de la Póliza.
2. Las Fracturas de Huesos, Dislocaciones y Quemaduras que tengan su causa en alguno de los siguientes padecimientos, en la medida que éstos hayan sido diagnosticados al Asegurado con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de esta Módulo:
 - a. Osteoporosis primaria o secundaria.
 - b. Mieloma y otras gammopatías monoclonales.
 - c. Enfermedades neoplásicas actuales o previas, en especial cáncer de mama, tiroides, próstata o pulmones.
 - d. Enfermedades que favorecen las caídas: Enfermedades desmielinizantes o heredo degenerativas del Sistema Nervioso Central, Síndrome vasovagal y Enfermedades del nodo sinusal.
 - e. Quemaduras de primer y segundo grado.
 - f. Quemaduras de tercer grado que afecte hasta el 4% inclusive del cuerpo del Asegurado.
 - g. Insolación; quemaduras por rayos solares, enfriamiento y demás efectos de las condiciones atmosféricas o ambientales.
3. Quemaduras de primer y segundo grado.
4. Quemaduras de tercer grado que afecte hasta el 4% inclusive del cuerpo del Asegurado

Además, quedan excluidas las Fracturas de Huesos, Dislocaciones y Quemaduras derivadas de Accidentes producidos como consecuencia de:

1. Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.
2. Infecciones, con excepción de las que resulten de lesiones derivadas de Accidentes cubiertos.

SEGURO MODULAR DE SALUD

MÓDULO DE MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL

ARTÍCULO 1. RIESGO CUBIERTO

Si un Asegurado sufre durante la vigencia de este Módulo alguna de las pérdidas que taxativamente se indican a continuación como consecuencia de un Accidente, siempre que la pérdida se produzca dentro de los 90 días corridos contados a partir del Accidente, la Aseguradora, sujeta a las disposiciones aquí establecidas, pagará en una sola suma al Asegurado si vive, o de lo contrario a sus beneficiarios, la cantidad prevista para dicha pérdida. A los efectos de Este Modulo aplica la definición de Accidente contenida en las Condiciones Generales de esta Póliza.

TABLA DE INDEMIZACION:

Pérdida de:	Suma a pagarse:
-------------	-----------------

(Los porcentajes indicados a continuación se aplicarán sobre la Suma Asegurada para el caso de Fallecimiento del Asegurado prevista en las Condiciones Particulares):

La Vida	100%
Ambas Manos	100%
Ambos Pies	100%
La Vista de Ambos Ojos	100%
Una Mano y Un Pie	100%
Una Mano y La Vista de un Ojo	100%
Un Pie y La Vista de un Ojo	100%
Una Mano 50% de la Cobertura de Seguro Un Pie	50%
La Vista de un Ojo	50%

La pérdida de una mano y un pie quiere decir, pérdida por arriba de la muñeca y por arriba del tobillo respectivamente. Pérdida de la vista quiere decir, pérdida total e irrecuperable de la vista.

ARTÍCULO 2. REDUCCIONES

Si un Asegurado sufre más de una de las pérdidas descritas bajo el Artículo 1º) de este Módulo, la cantidad total pagadera bajo este Modulo a cuenta de dichas pérdidas estará limitada al 100% de la Suma Asegurada para el caso de Fallecimiento.

Si un Asegurado ha sufrido previamente a estar asegurado bajo este Módulo, la pérdida de una mano, un pie, o la vista de un ojo, como se define anteriormente, el seguro de dicho Asegurado bajo este Módulo será emitido por el 100% de la Suma Asegurada para el caso de Fallecimiento y cualquier subsiguiente pérdida por la cual se deba hacer el pago del beneficio, se hará por la pérdida específica resultante del Accidente, sin referencia a ninguna pérdida anterior.

ARTÍCULO 3. EXCLUSIONES

Además de la aplicación de las exclusiones previstas en las Condiciones Generales de esta Póliza, este Módulo no cubre ninguna pérdida resultante de o causada directa o indirectamente, completa o parcialmente por:

- A. Cualquier enfermedad o dolencia corporal o mental, o tratamiento médico o quirúrgico derivado de la misma, hernia o infecciones por ptomaína o por bacteria (excepto infecciones piogénicas resultantes de heridas visibles sufridas accidentalmente);
- B. Carreras de velocidad sobre ruedas, a caballo, en barcos o esquí acuático;

- C. La comisión de, o intento de cometer un delito, o estar comprometido en cualquier actividad ilegal;
- D. Servicio, viaje o vuelo en cualquier tipo de avión excepto como pasajero pagando pasaje en un avión de línea regular incorporada para el servicio de pasajeros y que vuele sobre una ruta aérea establecida.
- E. El seguro proporcionado por el presente Módulo no cubre ninguna pérdida resultante de o causada directa o indirectamente, completa o parcialmente por encontrarse el Asegurado bajo estado de ebriedad o narcóticos, a menos que estos últimos hubiesen sido prescritos por un profesional médico y consumidos de acuerdo con su prescripción. A los efectos de este Módulo 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.

SEGURO MODULAR DE SALUD

MÓDULO DE 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.