

Condiciones Generales Del Seguro Ticket Protegido

CONDICIONES GENERALES

ARTÍCULO 1. LEY DE LAS PARTES CONTRATANTES Y PRELACIÓN

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

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. 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.

Asegurado: Aquel a quien afecta el riesgo que se transfiere a la Aseguradora. Podrá tener la calidad de Asegurado todo aquel que posea el Boleto.

Boleto: Es el comprobante que permite la entrada al Evento cubierto.

Contratante: Es la persona física o jurídica tomadora de la póliza que celebra el seguro con la Aseguradora y quien ha sido aceptado por la Aseguradora en condición de tal.

Evento: Es el suceso de índole social, académica, artística o deportiva (tales como conciertos, festivales, fiestas, competencias o torneos) por el cual se cobra una entrada para presenciarlo. Puede ser único o en varios episodios.

Premio: Es el importe a pagar a la Aseguradora por la cobertura otorgada por la presente póliza, figurará en las Condiciones Particulares.

ARTÍCULO 3. RETICENCIA

Esta póliza se emite según las declaraciones del Contratante y/o Asegurado sobre el riesgo a asegurar y que determinaron la aceptación del mismo por parte de la Aseguradora. El Contratante y/o Asegurado debe informar a la Aseguradora, antes de la celebración del contrato, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo.

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

Transcurridos 3 (tres) años desde la celebración del contrato, la Aseguradora no podrá invocar reticencia, excepto cuando ésta fuere dolosa.

ARTÍCULO 4. VIGENCIA DE LA PÓLIZA COLECTIVA

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. **El Contratante y la Aseguradora tienen la facultad de no renovar el seguro en oportunidad de cada vencimiento anual, comunicando por escrito esta decisión a la otra parte con un preaviso escrito de por lo menos 30 (treinta) días corridos antes del vencimiento del período del seguro en curso.**

ARTÍCULO 5. VIGENCIA DE LA COBERTURA INDIVIDUAL

La vigencia de la cobertura individual del Asegurado comenzará a regir al momento de la contratación del seguro y finalizará en la fecha en que tenga lugar el Evento.

La cobertura individual del Asegurado bajo este seguro terminará automáticamente en los siguientes casos:

- **Ocurrido el Evento.**
- **Si el Evento es cancelado, por cualquier razón.**

La Aseguradora podrá rescindir el contrato fundándose en el desequilibrio de la ecuación económica del mismo debido a causas no imputables a la Aseguradora.

ARTÍCULO 6. RIESGO CUBIERTO

En virtud de la presente póliza se pagará al Asegurado el Monto Asegurado en caso de que el Asegurado no haya podido hacer uso del Boleto para asistir al Evento **debido a alguna de las causales que en forma taxativa se indican a continuación, siempre que el precio del Boleto no sea objeto de reembolso por parte del Contratante:**

1. Hospitalización del Asegurado que tenga lugar **en el período de 15 (quince) días corridos previos a la fecha del Evento.**
2. Lesión del Asegurado que implique alguna de las fracturas de huesos que en forma taxativa se indican a continuación y **que se produzca en el período de 30 (treinta) días previos a la fecha del Evento:** Cráneo, Maxilares, Clavícula, Omóplato, Húmero, Cúbito, Radio, Esternón, Costillas, Pelvis, Columna, Fémur, Rótula, Tibia, Peroné, Tarso, Metatarso, Falanges de los pies.
3. Muerte del Asegurado y/o de su cónyuge o Conviviente, hijos, padres o hermanos **ocurrida dentro de los 30 (treinta) días corridos previos a la fecha del Evento.**
4. Cancelación del medio de transporte a ser utilizado por el Asegurado con destino a la ciudad en que se realiza el Evento, cuyo arribo estuviera previsto para dentro de las 24 horas previas al Evento y que imposibilite la asistencia del Asegurado al Evento. Esta causal considera solo transportes comerciales sujetos a itinerario y ruta establecida de más de 150 KM.
5. Que el Asegurado, **posteriormente a la fecha de compra del Boleto y durante el período de hasta 3 (tres) meses previos a la fecha del Evento,** haya padecido y/o presentado y/o recibido diagnóstico de cualquiera de las condiciones médicas que se indican taxativamente a continuación, o haya sido sometido a cualquiera de los procedimientos que son enumerados taxativamente a continuación. **No aplicará la cobertura si la condición que impide la asistencia al Evento fue padecida y/o diagnosticada y/o declarada al Asegurado con anterioridad a las fechas referidas en el párrafo anterior y, en el caso de procedimientos médicos, si el Asegurado fue sometido a los mismos con anterioridad a dichas fechas.**
 - a. Accidente cerebrovascular del Asegurado: Cualquier accidente cerebrovascular que dé lugar a secuelas que duren más de 24 (veinticuatro) horas y que incluyan infarto del tejido cerebral, hemorragia y embolismo, todos de una fuente extra craneana. La evidencia del daño neurológico permanente deberá ser confirmada por un neurólogo, quien deberá certificar la imposibilidad de asistir al Evento. No se considerarán dentro de la cobertura los síntomas cerebrales de migraña, lesión cerebral causada por un traumatismo o hipoxia y enfermedad vascular que afecte al ojo o al nervio óptico, y las alteraciones isquémicas del sistema vestibular.
 - b. Infarto grave al miocardio del Asegurado: Muerte de una porción del músculo cardíaco, causada por irrigación inadecuada de la parte afectada y puesta de manifiesto por el típico dolor del pecho, la aparición de modificaciones electrocardiográficas que no existían (nuevas) y elevación de las enzimas cardíacas.
 - c. Revascularización coronaria (bypass) del Asegurado: Comprende la que se realiza al menos a dos o más arterias coronarias, por consejo de un médico especialista en esta cirugía, para corregir la estenosis u oclusión de las arterias coronarias, pero quedan excluidas las técnicas no operatorias mediante cirugía, como la angioplastia, el tratamiento por láser o cualquier otro procedimiento no operatorio.
 - d. Trasplante de órganos del Asegurado: El trasplante de corazón, corazón y pulmón, hígado, páncreas, riñón, médula ósea o pulmón. El diagnóstico y la recomendación de trasplante deberán ser efectuadas por un médico especialista y deberá fehacientemente concretarse la operación.
 - e. Cirugía de la válvula cardíaca del Asegurado: 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 transcáteter (TAVI).
 - f. Cirugía de la Aorta del Asegurado: 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.
 - g. Angioplastia del Asegurado: Se entiende por angioplastia el procedimiento para abrir vasos sanguíneos estrechos o bloqueados que suministran sangre al corazón.
 - h. Otras cirugías: Que el Asegurado haya sido sometido a alguna de las siguientes cirugías en el período de 15 (quince) días previos a la fecha del Evento:
 - a. Extirpación quirúrgica del apéndice.
 - b. Extirpación quirúrgica de cálculos urinarios. Procedimientos quirúrgicos cubiertos: Ureteroscopia con extracción de cálculos urinarios y Nefrolitotomía.
 - i. Insuficiencia renal crónica del Asegurado: La etapa final de la insuficiencia renal, por fallo funcional, crónico e irreversible de ambos riñones, que hace necesaria la diálisis renal sistemática o el trasplante renal.
 - j. Cáncer del Asegurado: Presencia de tumor maligno caracterizado por el crecimiento y dispersión incontrolable de células malignas y la invasión del tejido, incluyendo leucemia (excepto leucemia linfática crónica), pero se excluyen cánceres no invasivos in-situ, tumores por la presencia de cualquier virus de inmunodeficiencia humana y cualquier cáncer de piel con excepción del melanoma maligno. El diagnóstico positivo deberá ser confirmado por prueba patológica positiva. Se deberá presentar la documentación relativa al análisis patológico.

6. Cuarentena por COVID, en el caso que el Asegurado sea positivo por COVID, o sea contacto estrecho, durante los 5 (cinco) días previos a la fecha del Evento.
7. Desempleo del Asegurado **que ocurra posteriormente a la compra del Boleto y dentro del plazo de 14 (catorce) días corridos previos a la fecha del Evento.** Se entiende por Desempleo bajo esta póliza la desvinculación laboral del Asegurado que se produce por causa de despido. **No se encuentran cubiertas las situaciones derivadas de renuncia, rescisión del contrato por mutuo acuerdo, vencimiento del plazo convenido del contrato de trabajo, finalización de la tarea objeto del contrato, jubilación, incapacidad laboral, fallecimiento o despido por notoria mala conducta.**

ARTÍCULO 7. MONTO ASEGURADO

El Monto Asegurado corresponde al 100% (cien por ciento) del precio pagado por la compra del Boleto. **No se considerará a efectos de esta cobertura el costo incurrido por los Asegurados en la compra de productos de merchandising.**

En caso de Eventos con duración mayor a un día, se pagará la proporción del costo incurrido correspondiente a los días en que el Asegurado se vio imposibilitado de asistir. Cada día del Evento será considerado con la misma ponderación, pagándose lo mismo por cada día independiente de qué día sea y pagándose el 100% (cien por ciento) del costo incurrido solo en caso de no poder asistir ningún día.

Asimismo, las compras de abonos que comprenden la entrada a más de un Evento, también se pagará proporcionalmente por los Eventos a los que no se pudo asistir.

ARTÍCULO 8. BENEFICIARIO

El beneficiario del pago de esta cobertura será el propio Asegurado. En caso de que la no asistencia al Evento se deba al fallecimiento del Asegurado, la Aseguradora abonará el Monto Asegurado a su Beneficiario. El Beneficiario del Asegurado se determinará de acuerdo con el siguiente orden:

1. Cónyuge o Conviviente del Asegurado e hijos del Asegurado reconocidos al momento del fallecimiento del Asegurado. Se considera Conviviente a la persona que mantiene con el Asegurado una relación afectiva de índole sexual, de carácter exclusiva, singular, estable y permanente, por un mínimo de 5 (cinco) años hasta la fecha de fallecimiento del Asegurado.
2. En defecto de la anterior categoría, a los padres del Asegurado.
3. En defecto de la anterior categoría, a los herederos del Asegurado.

La Aseguradora quedará librada de toda obligación luego de abonar el Monto Asegurado de acuerdo con la regla definida anteriormente.

ARTÍCULO 9. OBLIGACIONES EN CASO DE SINIESTRO

En caso de siniestro, esto es, si el Asegurado resulta imposibilitado de asistir al Evento debido a alguna de las causales previstas en el Artículo 6. anterior, **el Asegurado (o el Beneficiario en su caso) deberá realizar la denuncia del siniestro a MetLife dentro de los 5 (cinco) días hábiles siguientes a la fecha del Evento.**

Asimismo, **dentro de un plazo de 30 (treinta) días corridos contados desde la fecha de realización del Evento, el Asegurado (o el Beneficiario en su caso) deberá presentar a la Aseguradora la documentación e información necesaria para verificar el siniestro, así como todas las circunstancias por las que considera que está comprendido en la cobertura del siniestro.** Además de otra documentación y medidas que pueda razonablemente requerir la Aseguradora, el Asegurado deberá presentar, en el plazo antes mencionado, lo siguiente:

- Causal de Muerte del Asegurado o de familiares cubiertos:
 - a. Denuncia web
 - b. Cédula de Identidad por ambos lados
 - c. Certificado de Defunción.
 - d. Boleto.
 - e. Otros antecedentes tales como, informes, declaraciones, certificados o documentos, en especial los relativos al fallecimiento del Asegurado o del familiar cubierto, destinados a probar la coexistencia de todas las circunstancias necesarias para establecer la responsabilidad de la Aseguradora.
- Causal de Hospitalización por enfermedad o cirugías descritas en el Artículo 6
 - a. Denuncia web
 - b. Cédula de Identidad por ambos lados.
 - c. Informe médico que certifique la causa de hospitalización (en original) o certificado de hospitalización emitido por el Centro Asistencial respectivo, firmado por la autoridad competente (Director Médico en original).

- Causal de lesión que implique Fractura de Hueso:
 - a. Denuncia web
 - b. Cédula de Identidad por ambos lados.
 - c. Informe del radiólogo y radiografías de diagnóstico.
 - d. Informe de médico tratante con fecha de diagnóstico y de primeros síntomas (si aplica).
 - e. Hoja de atención de urgencia en centro asistencial (si aplica).
 - f. Certificado de hospitalización, emitido por el Centro Asistencial respectivo, firmado por la autoridad competente.
 - g. Historia Clínica / Radiografías.
- Causal de cancelación de medio de transporte:
 - a. Denuncia web
 - b. Cédula de Identidad por ambos lados.
 - c. Pasaje que indique fecha de salida y arribo.
 - d. Boleto de pasaje con fecha de compra.
 - e. Comprobante de cancelación de pasaje emitido por compañía de transporte.
- Causal de diagnóstico o tratamiento de las enfermedades o cirugías descritas en el Artículo 6:
 - a. Denuncia web
 - b. Cédula de Identidad por ambos lados
 - c. Informe médico que certifique la causa de hospitalización.
 - d. Historia Clínica / Radiografías (si aplica).
- Causal de Cuarentena por COVID - 19:
 - a. Denuncia web
 - b. Cédula de Identidad por ambos lados.
 - c. Certificado médico que acredite el diagnóstico.
- Causal Desempleo:
 - a. Denuncia web
 - b. Cédula de Identidad por ambos lados
 - c. El Asegurado deberá presentar documentación que permita acreditar el despido, incluyendo la constancia de solicitud del subsidio por desempleo y el recibo de la liquidación por egreso, así como cualquier otra documentación que la Aseguradora considere razonablemente necesaria para verificar la procedencia de la cobertura.

Para todas las causales vinculadas a condiciones médicas y/o actos médicos, será necesaria la presentación por parte del Asegurado de un documento emitido por el médico tratante que acredite la imposibilidad de hacer uso del Boleto.

Para hacer efectiva la cobertura se validará que el Boleto no haya sido utilizado.

El incumplimiento de los deberes de denunciar el siniestro a la Aseguradora, y de aportar información y documentación a la Aseguradora en los plazos previstos más arriba en este Artículo 9, determinará la pérdida del derecho del Asegurado a la indemnización prevista en esta póliza, quedando liberada de responsabilidad la Aseguradora, salvo causa extraña no imputable al Asegurado.

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

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

ARTÍCULO 10. PREMIO

El Premio total a pagar resultará de sumar los Premios individuales. El Premio que corresponda y forma de pago figurará en las Condiciones Particulares.

En caso de que el Evento asociado al seguro contratado por el Asegurado sea cancelado por el Contratante, se le devolverá a aquel el Premio individual abonado.

ARTÍCULO 11. PLAZO PARA EL PAGO DEL PREMIO (PERÍODO DE GRACIA) E INCUMPLIMIENTO

En caso de no pago del Premio en el plazo convenido, a partir de la cero (0) hora del día en que venza ese plazo empezará a correr un período de 30 (treinta) días corridos durante el cual se podrá pagar el Premio adeudado sin recargo de intereses (Período de Gracia).

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

Vencido el Período de Gracia sin que el Premio adeudado haya sido abonado a la Aseguradora, el contrato se resolverá de pleno derecho y finalizará la cobertura.

ARTÍCULO 12. EXCLUSIONES

La Aseguradora no pagará el Monto Asegurado cuando la inasistencia al Evento se genere a consecuencia de alguna de las siguientes situaciones:

- a. Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín o hechos que las leyes califican como delitos contra la seguridad interior del estado.
- b. Suicidio. Automutilación o autolesión. .
- c. Prestación por parte del Asegurado de servicios militares o policiales de cualquier tipo.
- d. Intoxicación o encontrarse el Asegurado en estado de ebriedad, o bajo los efectos de cualquier narcótico, a menos que hubiese sido administrado por prescripción médica. Estos estados deberán ser calificados por la autoridad competente. Se considera estado de ebriedad que el Asegurado tenga una concentración de alcohol en sangre igual o superior a 0,50 gramos de alcohol por cada litro de sangre.
- e. Negligencia o culpa grave del Asegurado.
- f. Vuelos en líneas aéreas no regulares.
- g. Fractura de Huesos producida como consecuencia directa e inmediata de osteoporosis. Fractura nasal.
- h. Riesgos nucleares.
- i. Anomalías congénitas y condiciones que surjan o resulten de ellos.
- j. Participación por el Asegurado en cualquier acto calificado como delito, en calidad de autor, cómplice o encubridor.
- k. Peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente que se ha tratado de legítima defensa.
- l. Este seguro no otorga cobertura en aquellos casos en que el Asegurado o Beneficiario se encuentre incluido o tenga residencia en un país o territorio que se encuentre incluido en alguna de las listas o sanciones confeccionadas en función de las Resoluciones del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, por la Oficina de Control de Activos Extranjeros del Departamento del Tesoro de los EE.UU. (OFAC por sus siglas en inglés) y/u otras aplicables conforme a la legislación local, así como sus actualizaciones.

ARTÍCULO 13. REDUCCIÓN DE LAS CONSECUENCIAS

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

ARTÍCULO 14. COPIAS

El Contratante y/o el Asegurado podrán obtener un duplicado de la póliza sin costo.

ARTÍCULO 15. TRIBUTOS

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

ARTÍCULO 16. NOTIFICACIONES

A los efectos de esta póliza serán válidas las notificaciones a la Aseguradora, al Contratante y al Asegurado que se efectúen por telegrama colacionado o correo electrónico o mensaje de texto a la dirección, email o celular de cada parte, respectivamente, que fueron informados por dichas partes a los efectos de recibir notificaciones vinculadas con esta póliza.

ARTÍCULO 17. JURISDICCIÓN

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

ARTÍCULO 18. CÓMPUTO DE LOS PLAZOS

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

ARTÍCULO 19. PRESCRIPCIÓN

Las acciones derivadas del presente contrato prescriben en el plazo de 2 (dos) años 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 9 de este contrato que determina la aceptación tácita.

Lo anterior salvo en el caso de cobertura por fallecimiento del Asegurado, en cuyo caso las acciones para el Beneficiario prescriben a los 5 (cinco) años contados desde el fallecimiento del Asegurado.