

Cobertura Adicional al Seguro de Accidentes Personales. Reembolso de Gastos Médicos por Accidente.

ARTÍCULO 1. BENEFICIO

La Compañía reembolsará al asegurado los gastos de asistencia médica y farmacéutica en que haya incurrido, a causa de cualquier accidente cubierto por la póliza, que tenga lugar durante el período de vigencia de la misma, hasta el monto máximo indicado en las Condiciones Particulares.

Se considera consecuencia de accidente, todo gasto motivado por las lesiones que sufriera el Asegurado directa y exclusivamente por causas externas, violentas y fortuitas, ajenas a toda otra causa e independientes de su voluntad, descartándose todo tipo de enfermedad e infecciones, en tanto los gastos de asistencia se susciten dentro de los 30 días de producido dicho accidente, mediando prescripción médica, y hasta un límite máximo de indemnización establecido en las Condiciones Particulares de la póliza.

La cobertura tendrá lugar durante las 24 horas del día, sin mediar restricciones en cuanto a residencia y viajes que se realicen por todo el mundo.

ARTÍCULO 2. CARÁCTER DEL BENEFICIO

Cualquier indemnización que reciba el Asegurado en virtud de esta Cláusula, es adicional e independiente de la que corresponda por la Cobertura Básica, la cuál se mantendrá en vigor, en tanto el Asegurado continúe realizando, en caso de que así corresponda, el pago de las primas inherentes a la misma.

Por tratarse de un seguro de daños, si se asegura el mismo interés y el mismo riesgo con más de un asegurador, el asegurado notificará sin dilación a cada uno de ellos, los demás contratos celebrados con indicación del asegurador y de la suma asegurada, bajo pena de caducidad. Con esta salvedad, en caso de siniestro el asegurador contribuirá proporcionalmente al monto de su contrato, hasta la concurrencia de la indemnización debida. El asegurado no puede pretender en el conjunto una indemnización que supere el monto del daño sufrido.

ARTÍCULO 3. COMPROBACIÓN DEL ACCIDENTE

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

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

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

Se deberán suministrar a la Compañía todas las pruebas necesarias para la comprobación de la causa del accidente y la forma en que se produjo, reservándose la Compañía el derecho de revisar al Asegurado por facultativos designados por ella, para comprobar la procedencia de la reclamación de beneficios. Asimismo, podrá solicitar información a los médicos que hayan asistido al Asegurado.

El Asegurado perderá todo derecho a indemnización si cualquier información fuera simulada o fraudulenta, sin perjuicio de las acciones legales que correspondan.

ARTÍCULO 4. REESTABLECIMIENTO DE LA COBERTURA

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

ARTÍCULO 5. RIESGOS NO CUBIERTOS

Sin excepción de los riesgos expresamente excluidos por el artículo 3 de las Condiciones Generales de la Cobertura Básica de la póliza, queda además, expresamente exceptuados del riesgo que asume esta Aseguradora, los gastos producidos como consecuencia de:

- A)** los seguros sobre la vida de un tercero, las lesiones provocadas deliberadamente por un acto ilícito del tomador.
- B)** Viajes y estancias para tratamientos termales o convalecencias, ni por el suministro de lentes, aparatos ortopédicos y prótesis dentales así como aquellos consecuencia de cirugía plástica.
- C)** Ambulancia, cargos del doctor que no son consistentes con los servicios provistos (honorarios médicos que superen en más de un 50% el valor promedio de ese mismo servicio en el mercado según el Arancel del Sindicato Médico del Uruguay (en caso de tratarse de servicios de medicina general) o el Arancel de las diferentes Asociaciones de Especialistas Médicos (en caso de servicios de medicina especializada) vigente al momento de la prestación del servicio, cuidado de enfermeros recibidos en la casa de la persona asegurada, costo del teléfono o servicios similares mientras está en el hospital y costos de repatriación, como consecuencia de accidente.
- D)** Algún accidente, ocurrido con anterioridad a la fecha de contratación de la cobertura.

ARTÍCULO 6. INICIO Y TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

La Cobertura establecida por esta Cláusula inicia su vigencia en la fecha señalada en las Condiciones Particulares. Sin embargo, no se cubrirán los gastos originados durante el período de carencia especificado en las Condiciones Particulares, el que se cuenta desde la fecha de inicio de vigencia allí indicada.

La cobertura de la presente cláusula se renovará anualmente en forma automática junto con la cobertura básica, siempre y cuando no se produzca la rescisión del contrato ni la terminación de la cobertura por alguna de las razones mencionadas en los párrafos siguientes.

La cobertura de ésta cláusula termina en la primera fecha en que se verifique alguno de los siguientes casos:

- A)** Cuando la póliza dejase de hallarse en pleno vigor por falta de pago de primas, por incumplimiento del artículo 8° de las Condiciones Generales de la póliza, o por incumplimiento de cualquiera de las obligaciones impuestas al Tomador y/o Asegurado de la póliza.
- B)** Cuando la póliza otorgue el beneficio de incapacidad total y permanente, a partir de la fecha en que el Asegurado quedare comprendido en sus beneficios.
- C)** Cuando la póliza resultare rescindida por cualquier motivo.
- D)** A partir de que el Asegurado no cumpla con los requisitos de elegibilidad, según la edad determinada en las Condiciones Particulares y el Art. 4° de las Condiciones Generales de la póliza.

En los casos b) y d) se procederá a reducir la prima por la parte correspondiente a esta cobertura en proporción directa al plazo que resta hasta el vencimiento de la póliza.

ARTÍCULO 7. DETERMINACIÓN DE LA COBERTURA

Esta Cobertura Adicional queda sometida a las condiciones y estipulaciones de la póliza en cuanto no sean modificadas o derogadas expresamente por las de la presente Cláusula.