

Condiciones Particulares



Póliza N°

Fecha de Emisión: 14 de Mayo de 2024

Asegurado Titular

Nombre	
Cédula de Identidad	
Fecha de Nacimiento	
Domicilio	
Envío de Correspondencia	

Contratante

Plan

SCOTIA SENIOR

Riesgos Cubiertos	Capital Asegurado
MUERTE ACCIDENTAL	\$U 526820.19
SEGUNDA OPINION MEDICA (MEDIGUIDE)	\$U 0.00 INCLU DA
FRACTURA,DISLOCACIONES Y QUEMADURAS	\$U 52682.01
Fecha de inicio de vigencia	14 de Mayo de 2024
Fecha de Aniversario	14 de Mayo de 2026
Renovación Automática	Sí, salvo que el asegurado o la compañía aseguradora notifiquen su decisión de no renovar la póliza con un preaviso de por lo menos 60 días antes del correspondiente vencimiento anual.
Edades de Ingreso	60 a 79 años
Fin de Coberturas	80 años

Prima Total a Pagar

\$U 547.00

Moneda	Pesos
Frecuencia de Pago	Mensual

Beneficiarios

Salvo designación expresa, la Compañía abonará el beneficio de acuerdo al siguiente orden:

- 1-Al cónyuge e hijos legítimos del Asegurado.
- 2-En defecto de la anterior categoría, a los padres legítimos del Asegurado.
- 3-En defecto de la anterior categoría, a los hermanos legítimos.
- 4-En defecto de la anterior categoría, a los herederos legales del Asegurado.

La Compañía quedará liberada de toda obligación luego de abonar el capital asegurado de acuerdo a la regla definida anteriormente.

Si desea Modificar sus Beneficiarios, ingrese a este enlace: <https://beneficiarios.metlife.com.uy>

Condiciones Particulares



Póliza N°

Fecha de Emisión: 14 de Mayo de 2024

En caso de denuncia de un siniestro, por favor ingrese a nuestra web: www.metlife.com.uy/denuncia-lo-que-te-pasó ; o comuníquese con nuestro Departamento de Atención al Cliente al **08002700**.

Domicilio de la Compañía Aseguradora: Torre de los Profesionales Yaguaron 1407 piso 4 of. 401 C.P. 11100, Montevideo

Este contrato de seguros, se celebra en consideración a la propuesta suscrita por el Asegurado, la que se entiende forma parte integrante de la misma, y se regirá por lo dispuesto en las Condiciones Generales de la Póliza Principal y Condiciones Particulares.

En caso de discordancia entre las Condiciones Generales y las Particulares, prevalecen estas últimas.

Gerente General
María Teresa Álvarez

Endoso de ajuste automático anual de Capital Asegurado y Prima

A partir de la entrada en vigencia del presente Endoso, el capital asegurado del Seguro al que accede este Endoso, y el capital asegurado de sus Coberturas Adicionales (si las hubiera), se ajustarán anualmente en forma automática de acuerdo a las condiciones establecidas en el presente Endoso.

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 Compañía Aseguradora comparará el IPC correspondiente a la fecha de entrada en vigencia de este Endoso o el correspondiente a la fecha del último ajuste anual realizado bajo este Endoso, 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 Endoso para el ajuste de los capitales asegurados a todos los efectos de la póliza.

El Contratante podrá rescindir el presente Endoso notificando su voluntad a la Compañía 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 Contratante quisiera contratar nuevamente el presente Endoso, deberá solicitarlo por escrito a la Compañía Aseguradora, quien podrá o no aceptarlo. En este caso la Compañía Aseguradora se reserva el derecho de exigir evidencias de asegurabilidad satisfactorias sobre el Asegurado.

Póliza de Accidentes Personales. Condiciones Generales.

ARTÍCULO 1. LEY DE LAS PARTES CONTRATANTES

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

ARTÍCULO 2. COBERTURA

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

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

ARTÍCULO 3. EXCLUSIONES

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

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

ARTÍCULO 4. DEFINICIONES

A) Contratante: Es la persona que contrata la póliza y es señalada como tal en las Condiciones Particulares de la póliza.

B) Personas Aseguradas: Además del propio Asegurado, los miembros de su Familia que se señalan en las Condiciones Particulares de la póliza, siempre que se abone a su nombre el premio correspondiente.

C) Asegurado: Es la persona principal cubierta por la póliza y es señalada como tal en las Condiciones Particulares de la póliza.

D) Familia: Significa hijos del Asegurado y/o menores que están bajo la tenencia del Asegurado, el cónyuge o concubino del Asegurado en los términos de los artículos 1 y 2 de la ley 18.246 (convivencia interrumpida de al menos cinco años en unión concubinaria).

E) Hijos del Asegurado y/o menores que están bajo la tenencia del Asegurado: Significa todos los hijos o menores cuya tenencia haya sido otorgada judicialmente al Asegurado, que tengan entre 6 meses y 18 años de edad, que no estén casados y que residan permanentemente con el Asegurado.

F) Beneficiario: En el caso de la COBERTURA A: MUERTE ACCIDENTAL es la persona o personas indicadas en las Condiciones Particulares que reciben el pago de los beneficios de esta póliza si fallece el Asegurado mientras la póliza se encuentre vigente; y en el caso de la COBERTURA B: DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL y la COBERTURA C: INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE es el propio Asegurado.

G) Fecha Inicial de Vigencia: Es la fecha a la cero hora desde la cual comienza la cobertura prevista en la póliza y se encuentra indicada en las Condiciones Particulares de la misma.

H) Fecha de emisión: Es la fecha en la cual la póliza es emitida y se encuentra señalada en las Condiciones Particulares de la póliza.

I) Premio: Es la cantidad que el Contratante se compromete a pagar periódicamente para tener derecho a los beneficios de la póliza.

ARTÍCULO 5. LÍMITE DE COBERTURA Y RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA

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

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

ARTÍCULO 6. DESIGNACIÓN Y CAMBIO DE BENEFICIARIO

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

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

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

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

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

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

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

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

ARTÍCULO 7. DECLARACIONES DEL ASEGURADO

Esta póliza se emite en base a las declaraciones del Contratante y del Asegurado consignadas en sus respectivas solicitudes y en los cuestionarios relativos a su salud y en el informe del médico examinador (cuando lo hubiere), los cuales son la causa determinante del contrato. Dichas declaraciones se entienden dadas y certificadas como verdaderas y completas por el Contratante y el Asegurado, mediante su firma puesta al pie de los mencionados documentos, aún cuando éstos no fueran escritos por el mismo.

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

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

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

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

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

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

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

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

ARTÍCULO 9. MONEDA O UNIDAD DE CONTRATO

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

ARTÍCULO 10. MODIFICACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO

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

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

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

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

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

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

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

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

ARTÍCULO 12. DOCUMENTACIÓN

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

A) Partida de defunción del Asegurado.

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

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

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

ARTÍCULO 13. PAGO DEL CAPITAL ASEGURADO

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

ARTÍCULO 14. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

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

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

ARTÍCULO 15. REHABILITACIÓN DE LA PÓLIZA

En caso que la póliza se haya rescindido en forma anticipada por incumplimiento en el pago del premio conforme el literal c) del artículo 8, el Contratante o el Asegurado podrá solicitar personalmente su rehabilitación. Para resolver sobre esta petición, la Compañía Aseguradora podrá exigir del Asegurado que acredite, a satisfacción de la Compañía Aseguradora, que reúne las condiciones de salud y otras necesarias para ser readmitido como tal.

ARTÍCULO 16. TRIBUTOS

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

ARTÍCULO 17. DOMICILIO

Para los efectos del presente contrato, las partes señalan como domicilio especial el que se menciona en las Condiciones Particulares de esta póliza.

ARTÍCULO 18. DEFINICIÓN DE LA COBERTURA

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

COBERTURA A: MUERTE ACCIDENTAL

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

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

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

COBERTURA B: DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL

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

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

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

50% por la sordera completa de ambos oídos;

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

40% por la pérdida total de un pie;

35% por la ceguera total de un ojo;

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

20% por la pérdida total de un pulgar;

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

13% por la sordera completa de un oído;

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

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

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

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

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

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

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

COBERTURA C: INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

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

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

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

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

ARTÍCULO 19. JURISDICCIÓN

Las partes acuerdan someterse a la jurisdicción de los tribunales competentes de la ciudad de Montevideo, República Oriental del Uruguay, en caso de cualquier conflicto que se suscite en relación con la interpretación, cumplimiento o aplicación de la presente póliza

ARTÍCULO 20. COMUNICACIONES

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

ARTÍCULO 21. PRESCRIPCIÓN

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

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

Cobertura adicional por Fractura de Huesos, Dislocaciones y Quemaduras de la Póliza de Accidentes Personales.

ARTÍCULO 1. DISPOSICIONES FUNDAMENTALES

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

ARTÍCULO 2. COBERTURA

La Compañía Aseguradora abonará el beneficio al Asegurado en caso de que el Asegurado sufra durante la vigencia de esta Cobertura Adicional **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 el Capital Asegurado previsto para esta Cobertura Adicional en las Condiciones Particulares.

FRACTURA DE HUESO

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 Compañía Aseguradora se sumarán con el tope de responsabilidad máxima indicado en el Artículo 3 siguiente.

ARTÍCULO 3. RESPONSABILIDAD MÁXIMA

La indemnización máxima que pagará la Compañía Aseguradora bajo esta Cobertura Adicional 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 del Capital Asegurado contratado para la presente Cobertura Adicional y establecido en las Condiciones Particulares. Una vez que la Compañía Aseguradora abone por concepto de beneficio bajo esta Cobertura Adicional el cien por ciento del Capital Asegurado, finalizará la presente Cobertura Adicional.

ARTÍCULO 4. DEFINICIONES

Accidente: Aplica la definición de Accidente contenida en la 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 5. EXCLUSIONES

Esta Cobertura Adicional 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 a la que accede esta Cobertura Adicional.

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 Cobertura Adicional:

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) 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 expresamente exceptuados del riesgo que asume esta Aseguradora, 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.

ARTÍCULO 6. OBLIGACIONES EN CASO DE SINIESTRO

En caso de siniestro corresponde al Asegurado:

A) denunciar la existencia del siniestro;

B) presentar la documentación y constancias requeridas por la Compañía Aseguradora respecto de la Fractura de Huesos, Dislocación o Quemadura;

D) facilitar cualquier comprobación, incluso hasta dos exámenes médicos por facultativos designados por la Compañía Aseguradora y con gastos a cargo de ésta.

En caso de siniestro aplican respecto del Asegurado y la Compañía Aseguradora los requisitos y plazos previstos en el Artículo "OBLIGACIONES DEL ASEGURADO O BENEFICIARIO EN CASO DE ACCIDENTE" de la Póliza a la que accede esta Cobertura Adicional.

ARTÍCULO 7. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA ADICIONAL

La cobertura individual de cada Asegurado bajo la presente Cobertura Adicional terminará en los casos previstos en el Artículo "TERMINACION DE LA COBERTURA" de la Póliza a la que esta Cobertura Adicional accede. Asimismo, finalizará cuando la Compañía Aseguradora abone por concepto de beneficio bajo esta Cobertura Adicional el cien por ciento del Capital Asegurado.

Segunda Opinión Médica Internacional. Condiciones Generales.

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

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

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

La cobertura de Segunda Opinión Médica Internacional supone:

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

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

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

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

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

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

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

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

Cambio de Datos Personales y Beneficiarios



MetLife Seguros S.A.

Póliza N°

Actualice sus datos

Dirección

Departamento

Teléfono

Celular

E-Mail

Nombres Completos de los Beneficiarios	Edad	Parentesco	Doc.N°	Porcentaje(*)

Declaración de parentesco si corresponde:

(*) El porcentaje indica la porción del capital asegurado que le corresponde a cada beneficiario designado. La suma de los porcentajes debe ser igual a 100%.

DATOS PERSONALES - CONSENTIMIENTO: MetLife Seguros S.A. ("MetLife") recaba y trata sus Datos Personales con el único fin de administrar su seguro. Al suscribir este documento, (i) presto mi consentimiento previo, libre, expreso e informado para el referido tratamiento de los Datos Personales que proporciono a MetLife; (ii) autorizo a MetLife a transferir internacionalmente los Datos Personales a sus afiliadas; y (iii) autorizo a cualquier médico o profesional de la salud, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución o persona que tenga conocimiento, información, registros y/o datos sensibles de mi persona en relación a mi estado de salud o actividades, sea presente o pasada, para que pueda dar o entregar cualquier antecedente, información o examen solicitados por MetLife, así también como para que ésta la incorpore en la correspondiente base de datos con la finalidad de realizar cualquier gestión específica que sea requerida a los efectos del seguro solicitado. A su vez autorizo MetLife para que solicite, reciba y retire copia de tales antecedentes, exámenes o informes de las personas o instituciones mencionadas. Una fotocopia de esta autorización será tan válida como el original. Tomo conocimiento y autorizo a que tanto los empleados de MetLife como sus terceros proveedores que requieran acceso a mis datos personales para la administración del seguro accedan a los mismos. El responsable de la base de datos es MetLife Seguros S.A., domiciliada en Yaguarón 1407, piso 4, of. 401, Montevideo. Usted podrá ejercer sus derechos legales de acceso, rectificación, actualización, inclusión o supresión de sus Datos Personales, mediante una comunicación escrita a nuestras oficinas. Dicho derecho podrá ser ejercido en forma gratuita a intervalos de seis meses, salvo que se hubiere suscitado nuevamente un interés legítimo de acuerdo con el ordenamiento jurídico.

Firmas

Firme Aquí	Contratante	Aclaración	C.I.
Firme Aquí	Asegurado	Aclaración	C.I.
	Lugar	Fecha (dd/mm/aa)	

Envío de Formulario

Adjuntar fotocopia de Cédula del Asegurado y enviar a MetLife Seguros S.A. vía:

Correo o personalmente en:

Fax:

Email:

Por Consultas:

Yaguarón 1407 piso 4 of. 401, Montevideo.

2903 3035

atencion.clientes@metlife.com.uy

0800 2700

Glosario.

Sabemos que, en el mundo de las finanzas y la industria del seguro, a veces se usan términos con los que nuestros clientes pueden no estar familiarizados. Para entendernos de una forma más sencilla, MetLife te acerca este glosario. Una manera de hablar en el mismo idioma.

Este glosario es meramente informativo y no sustituye las definiciones y términos específicos contenidos en la Póliza de Seguro que Ud. se proponga contratar o contrate.

A

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

Asegurado: Persona física que tiene interés en el riesgo cuya cobertura de seguro contrata y cuya Solicitud de Seguro ha sido evaluada y aceptada expresamente por el Asegurador.

Asegurador: Es la empresa que asume la cobertura del riesgo, previamente autorizada a operar por el Poder Ejecutivo y habilitada por la Superintendencia de Servicios Financieros.

Asegurados colectivos: las personas cubiertas por una póliza de seguro colectivo.

B

Beneficiario: Personas designadas por el Asegurado que percibirán el beneficio establecido en la póliza en caso que ocurra alguno de los hechos indemnizables definidos en la Póliza.

Beneficiario contingente: quien recibirá el beneficio si el beneficiario primario no existe cuando ocurre el hecho indemnizable definido en la Póliza (por ejemplo muere antes que el asegurado).

Beneficiario primario: el primero con derecho al cobro del beneficio.

Beneficio de doble indemnización: un beneficio en el cual el Asegurador paga el doble del Capital Asegurado

Beneficio por enfermedad terminal: un beneficio en el cual el Asegurador paga el beneficio establecido en la Póliza al Contratante / Asegurado afectado por una enfermedad terminal de las listadas en la Póliza y cumplidas las demás condiciones previstas en la Póliza.

Beneficio de exención de pago de prima por invalidez: el Asegurador promete renunciar a su derecho a cobrar las primas de renovación que venzan mientras el Asegurado está en estado de invalidez total.

Beneficio de ingresos por invalidez total: establece el pago de una renta mensual al Contratante / Asegurado en el caso de invalidez total.

Beneficio por muerte accidental: si el Beneficiario muere como consecuencia de un Accidente, el Asegurador pagará al Beneficiario un monto en dinero además del beneficio básico por muerte estipulado en la Póliza de seguro de vida.

Beneficio por muerte: la cantidad pagada o a ser pagada al Beneficiario cuando el Asegurado bajo una Póliza de seguro de vida muere.

Beneficios por invalidez: beneficios que son pagados periódicamente mientras el Asegurado continúa sufriendo de invalidez (con un cierto límite). «Estar inválido» generalmente es definido en la Póliza en términos de la incapacidad para trabajar.

Beneficios por accidentes de viaje: un beneficio por muerte por accidente a menudo incluido en las Pólizas colectivas o de grupo. Este beneficio es pagado solamente si un accidente ocurre mientras un empleado está viajando por motivos de negocios o por motivos que su empleador o patrón ha requerido.

C

Capital asegurado: es el monto contemplado en la Póliza que se pagará una vez ocurrido el Siniestro.

Carencia: es el período que transcurre entre el alta de la Póliza y la posibilidad de solicitar determinados servicios de asistencia o coberturas.

Certificado individual de cobertura: un documento que se entrega a los Asegurados bajo una Póliza Colectiva en el cual el Asegurador describe las cláusulas más relevantes de la Póliza.

Cláusula adicional: una modificación a una Póliza que pasa a ser parte del contrato de seguro ya que amplía o limita los beneficios pagaderos en virtud de dicho contrato.

Coberturas: Contingencias cubiertas por la Póliza.

Condición preexistente: una lesión que ocurrió o una enfermedad que se manifestó por primera vez antes de la emisión de la Póliza.

Condiciones generales: parte del contrato en la que se establece el marco de derechos y obligaciones entre el Contratante-Asegurado y el Asegurador.

Condiciones particulares: parte del contrato que establece condiciones más específicas a las mencionadas en las Condiciones Generales, tales como: datos personales, sumas a indemnizar, vigencia del contrato, Beneficiarios, etc.

Contratante: o tomador del seguro es la persona que estipula el contrato con el Asegurador, asumiendo las obligaciones que ésta le impone: pagar la prima, fundamentalmente.

Corredor: es un agente de ventas de comisión, contratado por más de una compañía de seguros para vender sus productos.

Cuenta de Ahorro: En los seguros de vida con ahorro, es el fondo de ahorro generado con los aportes efectuados por el Asegurado.

D

Departamento de Beneficios: es el departamento en un Asegurador responsable de la tramitación de reclamos. En este departamento, los examinadores revisan los reclamos presentados por los contratantes de las pólizas o beneficiarios, verifican la validez del reclamo, y autorizan el pago de los beneficios a la persona adecuada.

Departamento de suscripción: este departamento del Asegurador selecciona los riesgos que el Asegurador asegurará. Es responsable de asegurar que las tasas de mortalidad o morbilidad reales de los asegurados no sobrepasen las tasas supuestas cuando se calcularon las tasas de las primas. Este departamento considera la edad, peso, condición física, historia personal y familiar, ocupación y recursos financieros del solicitante de un seguro, como también, otros factores de selección para determinar el grado de riesgo presentado por el asegurado propuesto.

Departamento de Servicio al Cliente: es el departamento en una compañía de seguro de vida y de salud que está encargado de proporcionar asistencia a los clientes de la compañía, los contratantes de las pólizas, agentes, corredores y beneficiarios.

Derecho de emisión: es el importe relacionado con el monto de la prima que cobra el Asegurador para los gastos de emisión del contrato.

Derecho de revocación: es el derecho del Asegurado a cambiar la designación de Beneficiario cuantas veces lo desee durante la vigencia de la Póliza. La modificación deberá ser notificada en forma fehaciente al Asegurador.

E

Emisión garantizada: De aplicar este beneficio o condición, el solicitante del seguro no puede ser rechazado por razones relacionadas con su estado de salud.

Endosos: son las modificaciones introducidas por acuerdo de partes a las condiciones de la Póliza vigentes (Ejemplo: cambio de beneficiarios).

Exclusiones: Son circunstancias previstas en la Póliza que, en caso de configurarse, liberan al Asegurador de su obligación de abonar el beneficio.

Extraprima: es el recargo a la prima cuando se trata de riesgos agravados, por ejemplo, por problemas de salud, actividades peligrosas o deportes riesgosos.

F

Factores de riesgo: cualquier aspecto de la salud, ocupación, actividades o estilo de vida del asegurado propuesto que podría incrementar la morbilidad o mortalidad esperada. También conocido como problema de salud específico.

Formulario de reclamación: es una solicitud para el pago de los beneficios contemplados bajo una Póliza.

I

Interés: dinero que debe ser pagado por el uso de un dinero obtenido.

Interés asegurable: se entiende que el Asegurado debe tener probabilidades de sufrir una pérdida o perjuicio genuino en caso de ocurrir el suceso contra el cual está asegurado.

Invalidez parcial: la invalidez que impide al Asegurado llevar a cabo algunas de las tareas de su ocupación habitual o dedicarse a esa ocupación a tiempo completo. El monto correspondiente al beneficio de ingresos por invalidez que se paga cuando un asegurado está afectado por invalidez parcial se describe en la Póliza.

Invalidez total: la definición usual de invalidez total estipula que se considera que un Asegurado sufre invalidez total si al inicio de la invalidez ésta le impide realizar las labores esenciales de su ocupación habitual. Al final de un período determinado después del inicio de la invalidez (período estipulado en la póliza), se considera que un Asegurado sufre invalidez total sólo si esta condición le impide trabajar en cualquier ocupación para la cual se encuentra preparado en forma razonable, en términos de educación, capacitación o experiencia.

O

Objeto del Seguro: es la finalidad de prevención de un riesgo mediante su cobertura por parte de un Asegurador que se obliga, a cambio del pago de la prima, a hacer frente a las consecuencias económicas de un siniestro, mediante su resarcimiento o indemnización, bajo los límites establecidos en la Póliza.

P

Período de gracia: en el caso de seguros de vida, un período de tiempo determinado en la Póliza contado desde el vencimiento de la prima sin que esta haya sido abonada, durante el cual se mantiene la cobertura del seguro pese a la mora del Asegurado. Vencido ese período sin que la prima haya sido paga, cesa la cobertura.

Persona clave: cualquier persona o empleado cuya participación continuada es necesaria para el éxito de un negocio.

Plazo de la póliza: un período de tiempo especificado en las Condiciones Particulares de la Póliza durante el cual se mantiene vigente la cobertura del seguro.

Póliza: un documento escrito que contiene los términos del contrato entre el Asegurador y el Contratante de la Póliza.

Póliza de seguro colectivo: una Póliza emitida por un Asegurador que suscribe una cobertura de seguro para un grupo específico de personas.

Póliza de seguro de vida temporal uniforme: aquella que otorga un beneficio por muerte que permanece constante durante el plazo de la póliza.

Póliza de seguro individual: una Póliza emitida para asegurar la vida o salud de una persona designada.

Póliza de vida entera de prima continua: una Póliza cuyas primas se pagan hasta que ocurra la muerte del Asegurado.

Préstamo contra la póliza: en ciertos tipos de seguros, un préstamo que el Contratante de la Póliza puede recibir y el cual es garantizado por el valor en efectivo de la Póliza.

Prima: Es la prestación que el Contratante o Asegurado abona al Asegurador.

Premio: es la suma que paga el Contratante o Asegurado al Asegurador y que incluye la prima más los impuestos, tasas y demás recargos.

R

Reaseguro: un seguro que un Asegurador - denominada compañía cedente – contrata con otra compañía de seguros - denominada reaseguradora - con el objeto de traspasar riesgos sobre Pólizas emitidas por la compañía cedente.

Reclamo: una solicitud de pago bajo los términos de la Póliza.

Reclamo erróneo: cuando el Beneficiario honestamente comete un error al presentar un reclamo al Asegurador.

Reclamo por muerte: la solicitud de pago de acuerdo a los términos de una Póliza de seguro de vida.

Rehabilitación: el proceso por el cual un Asegurador pone en vigencia una Póliza de seguro de vida que ha caducado debido al no pago de las primas.

Rescate: en un seguro de vida con ahorro, el retiro del total del fondo de ahorro.

Reticencia: toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Asegurado, aun hechas de buena fe, que a juicios de peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones, si el Asegurador hubiese sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, que determina la nulidad del contrato y libera de responsabilidad al Asegurador.

Retiro: en un seguro de vida con ahorro, extracción de una fracción del dinero del fondo de ahorro.

S

Seguro de salud: un tipo de seguro que protege contra el riesgo de pérdida financiera como resultado de una enfermedad, lesión accidental o invalidez de la persona asegurada.

Seguro de vida: seguro que provee protección en contra de la pérdida económica causada por la muerte de la persona asegurada.

Seguro de vida temporal: otorga un beneficio por muerte si el asegurado fallece durante el período especificado.

Seguro de vida universal: es un seguro de vida y ahorro que brinda la posibilidad de protegerse ante cualquier eventualidad, mientras invierte en su futuro. Se distingue por su transparencia y flexibilidad y permite ir adaptando el plan de acuerdo a nuevas o eventuales necesidades del asegurado, sin recurrir a otras pólizas o fondos de inversión.

Selección de riesgos o suscripción: es el proceso de evaluar y clasificar el nivel de riesgo que representa un asegurado propuesto.

Siniestro: es la concreción del riesgo tal como ha sido previsto en la Póliza, cuyo acaecimiento genera la obligación del Asegurador de pagar el beneficio.

Solicitud de seguro: manifestación que hacen las personas de sus datos personales, de su estado de salud, antecedentes y hábitos, para ser evaluada por el Asegurador. No constituye contrato hasta tanto no es aceptado por el Asegurador.

T

Tabla de mortalidad: muestran una lista de las tasas de mortalidad proyectadas para un grupo de personas determinadas.

Tasa de mortalidad: el índice de muertes esperadas entre las personas cuyas vidas están aseguradas.

V

Vencimiento de la póliza: significa la finalización del plazo de la Póliza

Vigencia de la póliza: es el período de tiempo desde cuándo y hasta cuando se extiende la cobertura de la Póliza que es indicado en las Condiciones Particulares.