

Entrada en vigencia a partir de 1° de Marzo de 2017

CAPÍTULO 1

Definiciones

En esta Póliza de seguro se entiende que:

Asegurador: Es el Banco de Seguros del Estado que asume las consecuencias patrimoniales del riesgo convenido.

Asegurado/Contratante: Es la persona física o jurídica que contrata el seguro con el Banco de Seguros del Estado.

Persona cuya vida se asegura-Asegurado: Es la persona física sobre la cual recae el riesgo asegurado.

Accidente: Es toda herida o lesión, incluso la muerte, que proceda directa y exclusivamente de una causa exterior y violenta, independiente de la voluntad del Asegurado.

Carencia: Es el período contabilizado a partir de la fecha de vigencia de la cobertura para la Persona cuya vida se asegura, durante el cual, pese a pagarse puntualmente el seguro, de producirse el siniestro no nace el derecho a la prestación convenida.

Capital asegurado: Es la suma de dinero convenida como límite máximo a pagar en caso de siniestro.

Edad Actuarial: A los efectos de cualquier cálculo vinculado a este Contrato, el término "edad" refiere a la edad actuarial (edad que cumplió o cumplirá la Persona cuya vida se asegura en el cumpleaños más próximo a la fecha de vigencia del seguro).

Enfermedad preexistente: Significa una enfermedad y sus consecuencias, debido a la cual la Persona cuya vida se asegura ha recibido diagnóstico, tratamiento médico, servicio o medicamento recetado por un médico antes de la fecha de su ingreso a esta Póliza.

Establecimiento Asistencial: Es aquel que se encuentre legalmente autorizado para funcionar como tal.

Premio: Es la suma que abona el Asegurado/Contratante. Está compuesto por la prima y los impuestos aplicados.

Prima: Corresponde al costo, según los cálculos hechos por el asegurador basándose en elementos estadísticos, con el exclusivo fin de hacer frente a los siniestros previstos para el tipo de seguro de que se trate, incluyendo los gastos administrativos y los derechos de emisión.

Refacturación: Son los períodos sucesivos de cobertura que se generan a partir de la fecha de inicio de vigencia (ver en Condiciones Particulares, "Fecha: desde").

Siniestro: Es el evento cuyo acaecimiento hace exigible la obligación del Banco de Seguros del Estado de pagar la prestación convenida.

Tasa: Es el coeficiente que se aplica sobre la suma asegurada para determinar la prima. Se expresa como una relación porcentual o por mil e incluye los gastos administrativos y los derechos de emisión.

CAPÍTULO 2

Ley de los Contratantes

Art. 1 - Este Contrato de seguro se conviene entre el Asegurador, es decir el Banco de Seguros del Estado, en lo sucesivo designado bajo el nombre "BSE" y el Asegurado/Contratante que se establece en las Condiciones Particulares.

Art. 2 - Este Contrato de Seguro se integra con la solicitud presentada por el Asegurado/Contratante, las pruebas de asegurabilidad que eventualmente pudieran requerirse a la Persona cuya vida se asegura, las Condiciones Generales y Específicas que a continuación se detallan y las Condiciones Particulares.

Las partes acuerdan, si hubiere contradicción entre las cláusulas, someterse en todas las circunstancias y eventualidades al siguiente orden de preeminencia: Condiciones Particulares y Condiciones Generales y Específicas.

Queda expresamente convenido que el BSE, el Asegurado-Contratante y la Persona cuya vida se asegura, se someten a todas las estipulaciones de la póliza como a la Ley misma.

CAPÍTULO 3

Indisputabilidad

Art. 3 - Las falsas declaraciones, alteración de los hechos o reticencia aún de buena fe del Asegurado-Contratante y/o de cualquier persona amparada por la póliza, determinará la nulidad del seguro, sin perjuicio de las acciones penales que puedan corresponder, conservando el BSE el derecho de percibir la totalidad del premio y de reclamar la devolución de las sumas abonadas. Sin embargo, el BSE declara indisputable este contrato, incluyendo sus adicionales, salvo casos de dolo, luego de transcurridos cinco años contabilizados desde la fecha de vigencia o de la última declaración presentada.

CAPÍTULO 4

Viajes y Residencias

Art. 4 - El presente seguro no tiene limitación geográfica, incluyendo el uso de cualquier medio habitual para el transporte público de personas, ya sea terrestre, fluvial, marítimo o aéreo, así como la estadía en los lugares de escala. Con una previa aceptación del BSE y con la aplicación de la extra prima correspondiente, también se podrá cubrir el uso de transporte aéreo que no sea el realizado por una línea comercial autorizada que recorra itinerarios fijos.

Edad

Art. 5 - Si la edad declarada no fuera la correcta, la indemnización a pagar se ajustará en proporción al premio que se pagó y a la que hubiera correspondido pagar de acuerdo a la verdadera edad de la Persona cuya vida se asegura. La prueba de edad corresponde al Asegurado/Contratante o a los beneficiarios en su caso. El BSE no está obligado a efectuar pago alguno hasta haberse cumplido este requisito.

Art. 6 - En todos los casos indicados en las presentes condiciones en los cuales se indica edad de la Persona cuya vida se asegura, la misma refiere a edad actuarial.

Admisión del Seguro

Art. 7 - Este contrato, salvo compromiso en contrario establecido en las condiciones particulares de la póliza, **se puede contratar por personas de hasta 60 años.**

Vigencia de la cobertura

Art. 8 - Los derechos y obligaciones recíprocos del BSE y del Asegurado-Contratante comienzan en la fecha indicada en las Condiciones Particulares de la Póliza como "fecha de inicio de vigencia".

Art. 9 - Si el seguro se contrata por un año y al cumplimiento de ese plazo la póliza no hubiera sido objeto de rescisión, el BSE podrá renovar por un año más y así sucesivamente **hasta los 70 años de edad** sin perjuicio del derecho a rescindir el contrato en cualquier momento que le asiste a ambas partes, de acuerdo a lo establecido en el artículo 14 de las presentes condiciones.

Terminación de la Cobertura

Art. 10 - Este seguro termina en la primera fecha cumplida de las que se indican a continuación:

- a - la de rescisión;
- b - en el aniversario de la póliza más próximo a la fecha en que la Persona cuya vida se asegura cumpla 70 años de edad.

Pago de Premios

Art. 11 - El Asegurado-Contratante debe abonar el premio por cualquier medio habilitado a tales efectos. La sola posesión de la póliza no confiere derecho alguno al Asegurado-Contratante, a la Persona cuya vida se asegura y/o al beneficiario mientras no haya cumplido con el pago del importe del premio.

Art. 12 - El incumplimiento del pago del premio en los plazos definidos en la factura correspondiente, causa la extinción de los derechos derivados de la cobertura. La mora se producirá de pleno derecho, sin necesidad de interpelación judicial o extrajudicial de especie alguna.

RESCISIÓN

I - Por falta de pago

Art. 13 - El no pago del premio en las fechas estipuladas (Art.12), hará perder a la Persona cuya vida se asegura o a sus beneficiarios, según corresponda, el derecho a indemnización. El seguro se rescindirá por falta de pago a partir del último vencimiento de la factura del primer vencimiento impago.

II - A solicitud

Art. 14 - Cada parte puede, en cualquier momento, rescindir el presente contrato mediante aviso, conforme con lo previsto en el Art 30 de las presentes condiciones. La rescisión surtirá efecto a partir del 1° del mes siguiente a la fecha de solicitud de la baja.

Beneficiario

Art. 15 - El BSE abonará el capital contratado en caso de fallecimiento a las personas que se indican de acuerdo al siguiente orden preferencial: a) Cónyuge/Concubino; b) hijos, incluyendo a los legalmente adoptados; c) padres; y d) hermanos.

Cualquier otro capital cubierto por este contrato se abonará a la Persona cuya vida se asegura.

Art. 16 - El Asegurado-Contratante puede, en cualquier momento durante la vigencia de esta póliza, cambiar la designación de beneficiarios, solicitándola al BSE mediante una petición por escrito acompañada de la póliza. El cambio de beneficiario tendrá efecto desde la fecha en que la solicitud por escrito de tal modificación haya sido recibida por el BSE.

Salvo lo establecido en el Art. 15, el BSE no reconoce otros beneficiarios que los que figuran en sus registros.

Comprobación y Liquidación de Siniestros

Art. 17 - El Asegurado-Contratante, la Persona cuya vida se asegura o los beneficiarios deberán, dentro de los siete días de ocurrido el siniestro, dar aviso al BSE.

Art. 18 - El Asegurado-Contratante, la Persona cuya vida se asegura y/o el beneficiario en su caso, estará obligado a justificar plenamente ante el BSE que se ha producido un siniestro cubierto por la póliza, y a proporcionar por su cuenta y a su cargo todos los elementos necesarios (testimonios de partidas de estado civil, partida de defunción, parte policial, certificados, comprobantes de gastos médicamente necesarios, copias de historias clínicas, exámenes médicos, etc.) para acreditar el derecho a indemnización. Cuando el BSE requiera expresamente algún elemento probatorio extraordinario, su costo será asumido por este.

Si el siniestro se produjese en el extranjero, los documentos debidamente traducidos y legalizados se presentarán en el BSE, dentro del plazo de 15 días luego de su retorno al territorio nacional.

La falta de cumplimiento dentro de los plazos fijados, de las obligaciones y formalidades señaladas en el presente capítulo, salvo el caso de imposibilidad debidamente justificado, hace perder todo derecho a la indemnización.

Art. 19 - Recibido el aviso de ocurrencia del siniestro, el BSE procederá a estudiar si la reclamación presentada se halla cubierta por esta póliza. Cumplidas por este las diligencias necesarias a ese efecto, se procederá a la liquidación del siniestro.

Art. 20 - Salvo el caso de aceptación expresa del siniestro por parte del BSE, los procedimientos para el estudio, la verificación o liquidación del siniestro, no confieren ni quitan derechos al Asegurado-Contratante, a la Persona cuya vida se asegura o a los beneficiarios y, en especial, no interrumpen la prescripción ni afectan las cláusulas de nulidad y resolución de la póliza.

Art. 21 - El BSE tiene derecho a hacer toda clase de investigaciones, levantar informaciones y practicar cualquier tipo de diligencia en cuanto a la verificación de las causas del siniestro, pudiendo exigir al Asegurado-Contratante, a la Persona cuya vida se asegura o a los beneficiarios todos los testimonios y pruebas permitidos por las leyes.

Art. 22 - El BSE contará con un plazo de 60 días para pronunciarse sobre el amparo o rechazo de la reclamación que se formula. Este plazo comenzará a correr a partir del día siguiente de concluida la instrucción del expediente. Esta se dará por concluida cuando se haya agregado toda la documentación necesaria para acreditar el derecho de la Persona cuya vida se asegura o del beneficiario, según corresponda, y cuando se hayan presentado los informes técnicos y periciales, y sean conocidas las resultancias de las actuaciones cumplidas por la autoridad competente en relación al hecho, si corresponde.

CAPÍTULO 13

Rehabilitación

Art. 23 - El asegurado-contratante podrá solicitar la rehabilitación de la póliza dentro del año de operada la rescisión, presentando de corresponder, nueva prueba de asegurabilidad. El BSE podrá conceder o no lo solicitado según la opinión que le merezca el riesgo. No se considerarán en ningún caso gastos incurridos ni patologías aparecidas durante el período en que operó el cese de la cobertura.

Los plazos de carencia, preexistencias y demás se contabilizarán desde su ingreso original al contrato, salvo que la rehabilitación agregue exclusiones o restricciones que no tenía, en cuyo caso se contabilizarán desde la fecha de operada la rehabilitación.

Asimismo, de accederse a la rehabilitación, corresponde al Asegurado/Contratante el pago de todas las primas pendientes más intereses.

CAPÍTULO 14

Intereses

Art. 24 - En todos los casos indicados en las presentes condiciones, en las cuales se prevé el cobro de intereses, serán de aplicación las tasas determinadas por el BSE y vigentes a la fecha de cálculo que corresponda de acuerdo a las condiciones de la póliza. Dichas tasas no podrán superar los toques máximos de interés vigentes informados mensualmente por el BCU de acuerdo con el capítulo III de la ley 18.212 del 19/12/2007.

CAPÍTULO 15

Subrogación

Art. 25 - Por el solo hecho de pagar la indemnización, el BSE queda subrogado de todos los derechos y acciones del contratante

para reclamar a terceros responsables del daño la correspondiente indemnización.

CAPÍTULO 16

Cómputo de plazos

Art. 26 - En todos los casos indicados en las presentes condiciones, los plazos, previstos en días, se contabilizarán a días corridos.

CAPÍTULO 17

Domicilio

Art. 27 - El Asegurado-Contratante deberá fijar domicilio a todos los efectos de este contrato dentro del territorio uruguayo.

En caso de cambio de domicilio, el Asegurado-Contratante deberá comunicarlo de manera fehaciente y por escrito al BSE.

CAPÍTULO 18

Jurisdicción

Art. 28 - Toda controversia judicial que se plantee en relación a la presente póliza será sustanciada ante los Tribunales de la República Oriental del Uruguay ubicados en la ciudad de Montevideo.

CAPÍTULO 19

Prescripción

Art. 29 - Toda reclamación de indemnización que no habiendo sido admitida por el BSE no haya sido objeto de demanda ante los tribunales competentes, prescribe al año contabilizado desde el día siguiente de realizada la notificación por el BSE.

La prescripción se interrumpirá de conformidad a lo dispuesto por el Art.1026 del Código de Comercio.

CAPÍTULO 20

Notificaciones y comunicaciones

Art. 30 - Se pacta como medio hábil de notificación y comunicación entre las partes, la carta certificada, el telegrama colacionado y otro medio de notificación fehaciente permitido por el ordenamiento jurídico vigente.

DIAGNÓSTICO ENFERMEDAD DE CÁNCER

CAPÍTULO 1

Riesgo cubierto

Art. 1 - Se considerará riesgo cubierto el diagnóstico de enfermedad de cáncer, de acuerdo a la siguiente definición:

- Enfermedad caracterizada por la presencia de uno o varios tumores malignos cuyas células exhiben propiedades de invasión y metástasis, la cual ha sido diagnosticada como cáncer por un médico. El término "Cáncer" incluye Leucemia.

Art. 2 - El BSE concederá el beneficio que acuerda esta cobertura

siempre que se diagnostique la enfermedad por primera vez, después del inicio de vigencia de la presente póliza y antes del aniversario de póliza más próximo a la fecha en que la Persona cuya vida se asegura cumpla los 70 años de edad.

CAPÍTULO 2

Período de Carencia

Art. 3 - Esta cobertura tendrá un período de carencia de tres meses. En consecuencia, no dará lugar a la indemnización la enfermedad de cáncer que le haya sido diagnosticada o de la que la Persona cuya vida se asegura hubiera tenido conocimiento dentro del período de tres meses contados desde la fecha de vigencia de esta póliza.

CAPÍTULO 3

Capital

Art. 4 - El BSE pagará el capital previsto en las Condiciones Particulares para esta cobertura a la Persona cuya vida se asegura. El BSE no pagará dicho capital si la Persona cuya vida se asegura fallece durante el primer mes contabilizado desde la fecha del diagnóstico de enfermedad de cáncer.

En caso de que la Persona cuya vida se asegura fallezca luego de transcurrido el primer mes de realizado el diagnóstico de enfermedad de cáncer y no hubiera recibido la indemnización correspondiente, la misma se hará efectiva a los beneficiarios de la póliza.

El capital previsto se pagará una sola vez, aunque otro evento de cáncer se manifieste con posterioridad, pero el premio se mantendrá inalterado después del pago de la indemnización de esta cobertura.

CAPÍTULO 4

Exclusiones

- a - Cualquier enfermedad o condición que no haya sido diagnosticada como cáncer por un médico Especialista, aun cuando la condición o enfermedad haya sido causada, agravada, complicada o directamente afectada por cáncer.
- b - Todo tipo de cáncer sin invasión.
- c - Cáncer de piel, excepto melanoma invasivo.
- d - Enfermedades diagnosticadas como consecuencia directa o indirecta de adicción al alcohol o a las drogas.
- e - Tumores o cualquier otra condición causada como consecuencia de ellos, o presentes en personas que sean portadores del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o del Síndrome Completo Relativo al SIDA (SCRS), incluyendo la enfermedad conocida como Sarcoma de Kaposi.
- f - Enfermedad de cáncer diagnosticada durante el período de 3 meses de carencia desde la correspondiente fecha de vigencia de la póliza.
- g - Preexistencias, salvo que el nuevo diagnóstico de cáncer no sea consecuencia, esté relacionado directa o indirectamente con un diagnóstico de cáncer anterior a la vigencia de la póliza, ya que no se considera preexistencia.

CAPÍTULO 5

Comprobación y Liquidación de Siniestros

Art. 5 - Sin perjuicio de lo dispuesto en las Condiciones Generales del seguro, respecto a la liquidación del siniestro, se requerirá la documentación que a continuación se detalla:

- Historia Clínica, Informe del Médico Especialista indicando el diagnóstico y fecha del mismo, acompañado de documentación que lo respalde, originada de estudios clínicos, radiológicos, histológicos y/o de laboratorio, u otros reportes o resultados de pruebas o procedimientos en los que fue basado dicho diagnóstico.

El BSE se reserva el derecho de solicitar exámenes médicos adicionales.

SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

CAPÍTULO 1

Riesgo cubierto

Art. 1 - Se considerará riesgo cubierto a los gastos razonables y acostumbrados incurridos por la Persona cuya vida se asegura por concepto de Servicio de Segunda Opinión Médica Internacional, que esté referida a una patología oncológica, que no sea derivada de una enfermedad preexistente.

Sin perjuicio de lo establecido en el artículo precedente, se cubrirán las enfermedades preexistentes luego de transcurridos 3 años de vigencia del presente contrato.

Art. 2 - Este servicio proporcionará a la Persona cuya vida se asegura un reporte escrito que incluirá el acuerdo o negación del diagnóstico, recomendaciones, acuerdo o negación del esquema terapéutico, de acuerdo a la información enviada.

El número total de este servicio no podrá exceder a un máximo de una (1) Segunda Opinión Médica Internacional por año póliza.

Art. 3 - Se entiende por gastos médicos razonables y acostumbrados el monto que habitualmente se cobra por prestaciones de carácter similar en la localidad dónde éstas son efectuadas, considerando el nivel de los tratamientos y servicios otorgados y el prestigio y experiencia de los médicos encargados del servicio.

Art. 4 - La Segunda Opinión Médica será efectuada por médicos licenciados en el exterior, y debidamente acreditados como especialistas en la rama de la Medicina que corresponda a la enfermedad oncológica del paciente, los que serán designados a criterio del BSE o de quien este designe.

CAPÍTULO 2

Operativa

Art. 5 - La tramitación y coordinación del servicio se efectuará únicamente a través del BSE o de quien este designe.

El Médico Especialista de la Persona cuya vida se asegura deberá certificar por escrito la necesidad médica de este servicio para su paciente.

Para poder efectuar este servicio, la Persona cuya vida se asegura deberá presentar su historial médico donde conste el diagnóstico y propuesta terapéutica para la que se pide la segunda opinión

médica, y todos los estudios y/o análisis realizados.

CAPÍTULO 3

Exclusiones

- a - Enfermedad de cáncer diagnosticada durante el período de 3 meses de carencia desde la correspondiente fecha de vigencia de la póliza.
- b - Enfermedades preexistentes, salvo que el nuevo diagnóstico de cáncer no sea consecuencia, esté relacionado directa o indirectamente con un diagnóstico de cáncer anterior a la vigencia de la póliza, ya que no se considera preexistencia.

INTERNACIÓN HOSPITALARIA EN EL EXTERIOR

Estados Unidos de América (incluyendo Puerto Rico), así como Argentina, Brasil y Chile.

CAPÍTULO 1

Riesgos cubiertos

Art. 1 - Se cubren los gastos médicos en que incurra el Asegurado según el módulo de internación hospitalaria, que se menciona en las Condiciones Particulares.

Todas las enumeraciones que se realizan en el módulo mencionado como "Riesgos Cubiertos" son taxativas.

CAPÍTULO 2

Comienzo, duración y terminación

Art. 2 - El BSE no tendrá responsabilidad por gastos médicos cubiertos incurridos después de la fecha de rescisión de la cobertura individual.

CAPÍTULO 3

Alcance de la Cobertura y Límites

Art. 3 - El BSE garantiza exclusivamente el pago al prestador del servicio, de los gastos médicos incurridos y cubiertos por esta póliza, por los servicios médicos suministrados por los prestadores elegidos libremente por los Asegurados dentro de la red de proveedores admitidos, con las limitaciones establecidas en las Condiciones de la Póliza. En consecuencia, el BSE no asume responsabilidad alguna, tanto frente a los Asegurados como a los terceros, por la prestación de los servicios médicos que generen los gastos cubiertos por este seguro.

Art. 4 - Los límites de cobertura se indican bajo el título de "Riesgos Cubiertos" y "Beneficio máximo cubierto".

CAPÍTULO 4

Denuncia de Siniestros

Art. 5 - La denuncia de siniestro se constituye con el formulario destinado a tales efectos, el cual debe ser completado por el asegurado, así como también por lo indicado en el inciso A de este artículo:

A - Diagnóstico: Para que una enfermedad sea considerada Enfermedad Cubierta, se requerirá el diagnóstico positivo hecho por un Médico especialista en la enfermedad diagnosticada, más las copias de los exámenes de laboratorio, Rayos X, o cualquier otro reporte o resultado de pruebas en los que fue basado dicho diagnóstico. Conjuntamente deberá presentarse Historia Clínica vigente de la Institución de Asistencia Médica Colectiva o Privada a la que está afiliada la persona asegurada. La misma deberá registrar antecedentes de por lo menos los últimos diez años anteriores a la fecha de diagnóstico, o bien completar dichos antecedentes. En ningún caso se considerará consolidado el siniestro ni se comenzará con el proceso de coordinación si no se ha recibido en su totalidad la documentación requerida por el BSE.

B - EL Asegurado deberá comunicar al BSE a través del Asegurado-Contratante dentro de los diez (10) días de haberlo conocido, el tratamiento o servicio que deberá serle proporcionado, todo de acuerdo al formulario de denuncia de siniestro suministrado por el BSE, incluyendo la documentación médica indicada en literal A, así como también la indicación del Hospital o Centro de Trasplantes en el que desea ser internado.

C - Aviso al BSE en caso de situación de fuerza mayor que no pueda cumplir con lo antedicho. El Asegurado está obligado a comunicar al BSE o a quien éste designe en forma inmediata, la prestación efectuada, salvo en casos de fuerza mayor debidamente justificados, en los que se admitirá la comunicación dentro de las 24 (veinticuatro) horas del primer día hábil siguiente a la resolución del impedimento.

D - El BSE tiene el derecho de solicitar una segunda opinión de un Médico Especialista independiente. En el caso de diferir dicha segunda opinión de la opinión original obtenida del médico que indicó el tratamiento, el BSE podrá recurrir a una tercera opinión de un Médico que haya sido elegido de común acuerdo entre el médico que indicó el tratamiento y el médico consultado por el BSE, y si no existe acuerdo para su designación, será designado por la Facultad de Medicina, cuya opinión resolverá en forma definitiva la controversia médica. Los Gastos Razonables y Acostumbrados incurridos por una tercera opinión médica, correrán por cuenta de la parte perdedora.

CAPÍTULO 5

Aceptación del BSE

Art. 6 - El BSE aceptará hacerse cargo de los Gastos Médicos Cubiertos en que incurra el Asegurado luego de que se acredite:

- Que el Asegurado deberá incurrir en Gastos Médicos en relación con o como consecuencia de alguna de las enfermedades, condiciones y tratamientos cubiertos bajo las disposiciones y límites establecidos en esta póliza;
- Que tales gastos serán incurridos durante el período de vigencia del contrato, y el diagnóstico hecho luego del período de carencia, no antes de 90 días a partir del inicio de vigencia de la póliza;
- Que la cobertura no estuviere cesada conforme a lo indicado de las Condiciones Generales, según correspondiere;
- Que la internación será efectuada en alguno de los establecimientos médicos de la Red de Prestadores vigente al momento del siniestro;

- Que se han dado los correspondientes avisos de acuerdo al artículo 6° de las Condiciones Generales de esta Póliza;
- Que el Asegurado Contratante en su caso, se hizo cargo del deducible.

Art. 7 - Aceptada por el BSE la cobertura, éste o quién éste designe, gestionará de inmediato la aceptación e internación del Asegurado en el establecimiento elegido por éste. De tal manera, los proveedores de los servicios médicos al Asegurado facturarán al BSE o a quién éste indique, quién efectuará directamente el pago, permaneciendo el Asegurado responsable por el deducible y por todo gasto que no sea un Gasto Médico Cubierto.

El BSE implementará un programa de auditoría contable y médica (antes, durante y después del acto médico en cuestión) en hospitales y otros servicios o establecimientos médicos, y en las historias clínicas de aquellos pacientes cubiertos en cualquiera de los módulos. A estos efectos la solicitud de incorporación como Asegurado de esta póliza implica la autorización del Asegurado al BSE para la revisión de la historia clínica de esa persona.

CAPÍTULO 6

Pluralidad de Seguros

Art. 8 - Si el Asegurado tuviera cubierto el mismo interés y riesgo mediante la contratación de más de un seguro, la indemnización será a cargo de la póliza que presente el mejor beneficio para el asegurado en relación a deducible, alcance, beneficios. Si no es posible determinarlo objetivamente será elección del asegurado.

CAPÍTULO 7

Módulo cubierto

Art. 9 - El presente plan está integrado por Módulo/s de internación hospitalaria en un Hospital o Centro de Trasplantes y por ciertos tratamientos y servicios ambulatorios que se describen en las condiciones de esta póliza, siempre que tal internación, tratamientos o servicios hayan sido proporcionados en la Red de Prestadores o proveedores de servicios médicos del BSE en los Estados Unidos de América (incluyéndose Puerto Rico), Argentina, Brasil o Chile.

CAPÍTULO 8

Gastos cubiertos

Art. 10 - A los efectos de esta póliza, y estando sujetos a la sección titulada "Limitaciones y exclusiones", y a todas las demás disposiciones y condiciones, se entenderá por Gastos Médicos Cubiertos los:

- Medicamente Necesarios,
- Razonables y Acostumbrados,
- Incurridos en la Red de Proveedores aceptada en esta póliza.

CAPÍTULO 9

Gastos realizados fuera del período de vigencia de la Póliza

Art. 11 - Queda expresamente convenido que no se cubrirán Gastos Médicos correspondientes a prestaciones de servicios proporcionados antes o después del período de vigencia de la

Cobertura de esta póliza o durante la suspensión de la cobertura. Como excepción, quedarán cubiertos aquellos gastos quirúrgicos y/o tratamientos a incurrirse o realizarse con posterioridad al vencimiento de la vigencia o expiración anticipada de esta póliza, siempre y cuando concurren simultáneamente las siguientes condiciones:

- Que la no renovación o la rescisión de la póliza sea por voluntad del BSE, y no del Asegurado.
- Que la enfermedad o condición de la que se deriva la necesidad médica del gasto haya sido aceptado con anterioridad al vencimiento y durante la vigencia de la póliza.
- Que la intervención quirúrgica y/o tratamiento haya sido denunciado y aceptado por el BSE durante la vigencia de la póliza y no haya sido posible de realizar, pero se hubiese programado dentro de los 30 días posteriores a la rescisión.

CAPÍTULO 10

Gastos incurridos por quien cesa de ser asegurado de esta Póliza

Art. 12 - Queda expresamente convenido que no se cubrirán Gastos Médicos correspondientes a servicios prestados a una persona que estuvo cubierta por esta Póliza:

- Después de que deje de ser Asegurado, cualquiera fuera la causa.
- Durante el cese de cobertura previsto en el capítulo 10 de las condiciones generales.

La falta de cobertura se producirá aun cuando la enfermedad o condición de la que se deriva la necesidad médica del gasto haya sido determinada con anterioridad al vencimiento y durante la vigencia de la póliza.

CAPÍTULO 11

Definiciones

Específicas para esta cobertura.

Acompañante: Persona adulta, que acompaña al Asegurado durante su período de hospitalización en un Hospital o Centro de Trasplantes.

Año Póliza: Significa el período de tiempo de doce (12) meses consecutivos, contabilizado a partir de la fecha de vigencia de la póliza.

Año Siniestro: Significa el período de tiempo de doce (12) meses consecutivos, contabilizado a partir de la fecha del primer servicio médico provisto en relación con las patologías indicadas en esta póliza y que originan el gasto médico cubierto por la misma.

Asegurado: Significa la persona que ha sido aceptada como Asegurado por el BSE.

Beneficiario: Ver ASEGURADO.

Beneficio máximo: Significa el monto máximo de capital a indemnizar por asegurado por siniestro y por año póliza. Es decir, ni lo indemnizado por un siniestro, ni el total de indemnizaciones durante un año póliza aun cuando correspondan a más de un siniestro, podrán superar el beneficio máximo.

Cáncer: Significa una enfermedad caracterizada por la presencia de uno o varios tumores malignos cuyas células exhiben propiedades de invasión y metástasis, la cual ha sido diagnosticada como cáncer por un médico. El término "Cáncer" incluye Leucemia.

Centro de Trasplante: Significa una institución, la cual:

- 1 - Está licenciada y funciona como un Centro de Trasplantes de conformidad con las leyes de la jurisdicción donde tiene su domicilio;
- 2 - Está especialmente equipada para efectuar Trasplantes de Órganos y Trasplantes de Tejidos, y es reconocida y aceptada como un centro especializado para efectuar dichos trasplantes;
- 3 - Se ocupa en primer término, y por remuneración, de proporcionar a los pacientes ingresados en la institución, y bajo la dirección de un grupo de Médicos, tratamiento y cuidado a enfermos, incluyendo procedimientos especiales requeridos por concepto de Trasplante de Órganos y Trasplante de Tejidos, y cuidados en unidades de cuidado intensivo;
- 4 - Proporciona en forma continua servicios de enfermería 24 horas al día, prestados por enfermeros graduados registrados;
- 5 - Posee los equipos e instalaciones necesarios para efectuar intervenciones de cirugía mayor, incluyendo Trasplantes de Órganos y de Tejidos;
- 6 - Requiera un mínimo de dos años para recibir una certificación de cirujano de Trasplantes;
- 7 - Tenga Certificación de Medicare;
- 8 - Esté afiliado a la Red Asociada de Intercambio de Órganos.

El término Centro de Trasplantes no incluye una institución que es usada principalmente como un centro para: descanso; cuidados de custodia; cuidados de enfermería; cuidado de ancianos; cuidados de convalecencia; o tratamientos de alcoholismo, adicción a las drogas, condiciones nerviosas o mentales.

Cirugía: Procedimiento en el que un doctor, llamado cirujano, con capacitación especial, extirpa el cáncer de su cuerpo.

Comprobante de Gastos: Significa el original del recibo, factura (u otra documentación idónea que sirva como sustituto de éstos), y que sea aceptable para el BSE y que sirva para demostrar que un Asegurado ha incurrido en Gastos Médicos Cubiertos, en relación con los cuales se ha establecido un reclamo para el pago de beneficios bajo este Contrato.

Condición preexistente: Significa una condición o Enfermedad debido a la cual un Asegurado ha recibido diagnóstico, tratamiento médico, servicio, suministro o medicamento recetado por un Médico antes de la Fecha de su ingreso a esta cobertura.

Deducible: Significa la porción de gastos cubiertos incurridos por asegurado, por siniestro, que no será indemnizada por el BSE y queda a cargo del asegurado y que deberá pagarlos antes que los gastos amparados bajo la póliza sean exigibles.

Donante: Significa una persona a la cual se le han extraído uno, o más de uno de los Órganos o Tejidos de su cuerpo con la finalidad de trasplantarlos (en total o en parte) al cuerpo de otra persona (receptor), mediante un procedimiento quirúrgico considerado Medicamento Necesario.

Electivo: Significa, en relación con un Trasplante, un tratamiento, servicio, procedimiento o cirugía, el cual:

a - No es Medicamento Necesario.

b - No es la única alternativa para lograr que un Asegurado, tenga la posibilidad de vivir una vida normal a pesar de la enfermedad o condición que sufre.

Emergencia: Es aquel caso en que la falta de asistencia conduciría a la muerte en minutos.

Enfermedad: Significa una afección, dolencia o desorden físico.

Enfermedad cubierta: Es aquella enfermedad que pudiera generar gastos médicos que tuvieran cobertura por esta póliza.

Exclusión Permanente: Significa una condición o enfermedad para la cual los gastos médicos incurridos a consecuencia de la misma, no serán considerados gastos médicos cubiertos a los efectos de esta cobertura, durante toda la vigencia del seguro.

Exclusión Temporal: Significa una condición o enfermedad para la cual los gastos médicos incurridos a consecuencia de la misma, no serán considerados gastos médicos cubiertos hasta que dicha condición o enfermedad haya cesado y sea demostrado por evidencia médica.

Experimental o Investigativo: Significa que un tratamiento, cirugía, procedimiento, suministro, tecnología o medicamento relacionado con los módulos cubiertos:

- No ha sido ampliamente aceptado como seguro, efectivo y apropiado para efectuar un Tratamiento de cualquiera de las patologías cubiertas, por el consenso de las organizaciones profesionales que están reconocidas por la comunidad médica internacional; y

- Se encuentra bajo estudio, investigación, período de prueba, o en cualquier fase de un experimento clínico o en cualquier fase de ensayo clínico (incluidos los protocolos de investigación).

- Está limitado a los esfuerzos clínicos disciplinados y a los estudios científicos.

- No se ha demostrado de forma objetiva que posee efecto o beneficio terapéutico, y

- Es médicamente cuestionable con respecto a su eficacia.

Habitación privada: Significa una habitación de un Hospital o Centro de Trasplantes con baño, la cual está destinada para un paciente.

Habitación semiprivada: Significa una habitación de un Hospital o Centro de Trasplantes con baño, la cual está destinada para dos pacientes.

Hospital: Significa una institución pública o privada, la cual:

- Está licenciada y funciona como un hospital de conformidad con las leyes de la jurisdicción donde tiene su domicilio;

- Se ocupa en primer término y por remuneración, de proporcionar a los pacientes ingresados en la institución, y bajo la dirección de un grupo de Médicos, tratamiento y cuidado de enfermos y accidentados;

- Proporciona en forma continua servicios de enfermería 24 horas al día, prestados por enfermeros graduados registrados;

- Posee los equipos e instalaciones necesarias para efectuar intervenciones de cirugía mayor.

El término Hospital no incluye una institución que es usada principalmente como un centro para: descanso; cuidados de custodia; cuidados de enfermería; cuidado de ancianos; cuidados de convalecencia; o tratamiento de alcoholismo, adicción a las drogas, condiciones nerviosas o mentales.

Inmunoterapia: Tratamiento que ayuda al sistema inmunitario a combatir el cáncer.

Internación Hospitalaria Clínica: Significa el ingreso y estancia de un Asegurado por más de 24 horas en un Hospital o Centro de Trasplantes en calidad de Paciente Interno como resultado de una Enfermedad o Accidente cubierto por esta Póliza. No incluye los gastos incurridos durante la permanencia del asegurado en salas de emergencia o similares.

Internación Hospitalaria Quirúrgica: Significa el ingreso y estancia de un Asegurado por más de 24 horas en un Hospital o Centro de Trasplantes en calidad de Paciente Interno como resultado de la necesidad de una intervención quirúrgica cubierta por esta póliza. No incluye los gastos incurridos durante la permanencia del asegurado en salas de emergencia o similares.

Intervención quirúrgica: Intervenciones mecánicas o manuales que implican abordaje al organismo del paciente con instrumental especializado para reparar algún daño o enfermedad. Deberán ser realizadas por cirujano/s acreditado/s y en un quirófano institucional previsto para tal fin, autorizado por la Autoridad de Salud competente.

Medicamento Necesario o Necesidad Médica: Significa una operación, procedimiento o tratamiento de cualquiera de los módulos cubiertos que:

- Es apropiado y esencial;
- No excede en alcance, duración, o intensidad el nivel de cuidado necesario para proporcionar un tratamiento seguro, adecuado y apropiado;
- Ha sido prescrito por un Médico Especialista en la patología cubierta;
- Es consistente con las normas profesionales ampliamente aceptadas en la práctica de la medicina en la República Oriental del Uruguay y en los Estados Unidos de América (incluido Puerto Rico); y
- En el caso de un paciente internado en un Hospital, no puede ser administrado fuera del Hospital, sin riesgo para el paciente.

La Necesidad Médica será determinada basándose en la definición anterior. El hecho de que un tratamiento, operación, servicio o suministro haya sido prescrito, recomendado, aprobado o suministrado por un Médico no es necesariamente suficiente para considerarlo Medicamento Necesario.

Médico: Significa una persona legalmente autorizada para ejercer la medicina bajo las leyes de la jurisdicción donde ha sido prestado el servicio, y el cual se encuentra practicando dentro de los límites de cualquier autorización legal que sea pertinente.

Médula Ósea: Significa el tejido que se encuentra en las cavidades de los huesos, presentando fibras reticulares y células.

Neonatología: Significa el cuidado del recién nacido hasta las 4 semanas de vida.

Número de días corridos: Significa el número total de días consecutivos de internación de un Beneficiario en un Hospital o en un Centro de Trasplantes.

Número de Días Interrumpidos: Significa el total de días de internación de un Beneficiario en un Hospital o en un Centro de Trasplantes, pudiendo corresponder tales días a más de un Período de Hospitalización.

Órgano: Significa una parte del cuerpo que ejerce una función específica.

Oncología: Se refiere al honorario de especialistas, a las pruebas diagnósticas, radioterapia, quimioterapia y gastos de hospitalización que se ocasionen para planificar y llevar a cabo el tratamiento del cáncer, a partir del momento en el que se diagnostica la enfermedad.

Paciente interno: Ver internación.

País de Residencia: Significa República Oriental del Uruguay.

Residencia: Lugar en que se reside.

Residir: Estar establecido en un lugar.

Periodo de Beneficios: Significa el periodo de tiempo de un año que comienza en la fecha de vigencia indicada en el Convenio y/o en las Condiciones Particulares y cualquier renovación de la misma, tal como se establece en las Condiciones Generales.

Periodo de espera o carencia: Significa el período indicado en las Condiciones Particulares contado a partir de la Fecha de Vigencia, durante el cuál los gastos incurridos por un Asegurado, no serán considerados Gastos Médicos Cubiertos y no serán reembolsados por el BSE.

Periodo de Hospitalización: Significa el período de tiempo durante el cual un Asegurado se encuentra internado en un Hospital o Centro de Trasplantes como paciente interno por, o como consecuencia de una Enfermedad o Accidente por el que, o debido al cual un Médico ha certificado dicha internación como una Necesidad Médica para tal Asegurado. Sucesivos Períodos de Hospitalización se considerarán como un solo Período de Hospitalización si el paciente es dado de alta de un Hospital o Centro de Trasplantes y readmitido al mismo o a otro Hospital o Centro de Trasplantes dentro de los 30 días. A los efectos del Período de Hospitalización se considerará que un día completo comprende los gastos incurridos por no menos de 24 horas consecutivas de internación en un Hospital o Centro de Trasplantes. No incluye horas de permanencia del asegurado en salas de emergencia o similares.

Plan de Asistencia Nacional de Salud: Significa cobertura médico quirúrgica proporcionada por una Institución de Asistencia Médica Colectiva o Privada (directamente o mediante Intermediación Financiera), o por un plan de Seguro de Salud de una Compañía de Seguros, dentro del territorio nacional.

Procedimiento Ambulatorio: SERVICIOS AMBULATORIOS: Tratamientos o servicios médicos necesarios provistos u ordenados por un médico para el Asegurado cuando este no está admitido en un hospital. Los servicios ambulatorios incluyen los servicios prestados en un hospital o sala de emergencias.

Periodo de observación: Estadía indicada luego de un procedimiento quirúrgico o médico en un área de observación sin ser ingresado como paciente interno, ya sea durante el día o durante la noche.

Quimioterapia: Significa el uso de agentes químicos prescritos por un médico para el tratamiento y control del cáncer.

Radioterapia: Tratamiento que usa altas dosis de radiación para destruir células cancerosas y reducir tumores.

Razonable y Acostumbrado: Significa un gasto que:

- Es el gasto usual que cobraría el proveedor de servicios médicos al Asegurado por un servicio igual o similar en el caso de que no existiera esta Cobertura.
- No excede el gasto usual cobrado por la mayoría de los proveedores similares por el mismo o similar servicio o suministro dentro de la zona geográfica en la que fue prestado el servicio.
- Cuando el Contratante tenga pactados contratos o módulos prestacionales con algún o algunos efectores a precios superiores a los usuales y acostumbrados, sólo serán aceptados por BSE si previamente le han sido comunicados y no fueran objetados por BSE dentro de los 15 días.

Receptor: Significa una persona que recibe un Trasplante de Órgano o de Tejido.

Recién Nacido o Neonato: Significa un bebé que tiene cuatro semanas o menos desde su nacimiento, bien sea por parto o por cesárea. El término se ajusta a recién nacidos a pre término, a término o pasados los 9 meses de embarazo.

Red de Proveedores de Servicios Médicos: Significa el grupo de Hospitales, Médicos, y otros proveedores de servicios médicos autorizados con el objeto de proporcionar a los Asegurados, los servicios médicos cubiertos y que cuentan con la conformidad de BSE.

Siniestro: Es el evento cuyo acaecimiento hace exigible la obligación del BSE de pagar la prestación convenida. La fecha de siniestro es la fecha de Primer servicio.

Se consideran parte de un mismo siniestro todos los gastos cubiertos, derivados de una misma patología, en que haya incurrido un asegurado a partir de la fecha de siniestro y durante 12 meses contabilizados a partir de la misma, siempre que la póliza permanezca vigente. Se cubrirán excepcionalmente los gastos en que incurriese después del cese de vigencia cuando la causal de la cancelación fuese la estipulada en el capítulo 9, "Gastos realizados fuera del período de vigencia de la póliza, art. 11 literal a), durante un máximo de 90 días.

Sistema Nervioso Central: Significa el sistema que controla y regula las actividades del cuerpo y el cual está compuesto por el cerebro y la médula espinal.

Sub límite: Limitación del beneficio máximo que se establece para determinadas coberturas.

Tejido: Significa un conjunto de células similares y especializadas, las cuales están unidas para realizar una función determinada.

Terapia dirigida: Tratamiento que actúa sobre los cambios que promueven el crecimiento, la división y diseminación de las células cancerosas.

Terapia hormonal: Tratamiento que hace más lento o detiene el crecimiento del cáncer que usa hormonas para crecer.

Trasplante de Células Madre: Procedimiento que restaura las células madre formadoras de sangre que se destruyeron por las dosis elevadas utilizadas en tratamientos del cáncer, como quimioterapia o radioterapia.

Trasplante(s) de Órgano(s): Significa el procedimiento quirúrgico médicamente necesario, efectuado durante el período de vigencia mediante el cual se inserta en el cuerpo de un Asegurado cualquiera de los órganos (o parte de uno de ellos), de un Donante

fallecido o vivo.

Trasplante de Tejidos: Significa el procedimiento quirúrgico médicamente necesario, efectuado durante el período de vigencia mediante el cual se transfiere a un Asegurado Médula Ósea proveniente de un Donante, o del mismo paciente.

Tumor: Masa anormal de tejido que resulta cuando las células se multiplican más de lo debido o no mueren cuando debieran. Los tumores pueden ser benignos (no cancerosos) o malignos (cancerosos).

Unidad de Cuidados Intensivos: Significa una entidad especial segregada de un Hospital o Centro de Trasplantes donde los pacientes –debido a una Emergencia Médica, Enfermedad o Accidente,- reciben en forma continua y durante las 24 horas del día, bajo la dirección de un cuerpo de Médicos, un tratamiento especial, Médicamente Necesario, consistente en servicios, técnicas y equipos especiales para salvar vidas, bajo la continua observación de un cuerpo de enfermeras especialmente entrenadas y seleccionadas para este tipo de pacientes.

Urgencia: Es aquella patología cuya evolución es lenta y no necesariamente mortal, pero que debe ser atendida en máximo 6 horas.

Vasos sanguíneos: Significa las arterias que llevan la sangre desde el Corazón a las demás partes del cuerpo; y las venas que llevan al Corazón la sangre que previamente viajó por las arterias.

CAPÍTULO 12

Elegibilidad

Art. 13 - La elegibilidad para obtener una cobertura bajo esta póliza se inicia en la fecha de vigencia, tal como se indica en el capítulo Definiciones de estas Condiciones. Sin embargo, ninguna persona podrá convertirse en asegurado de esta póliza o continuar siendo un asegurado, si dicha persona:

- No pertenece a un Plan de Asistencia Nacional de Salud, de acuerdo a lo indicado en el capítulo de Definiciones de estas Condiciones.
- No cumple el requerimiento de residencia en la República Oriental del Uruguay, al menos nueve (9) meses en cada Año Póliza, o
- Reside físicamente en los Estados Unidos de América (incluyendo Puerto Rico), por más de tres (3) meses en cada Año Póliza, o
- Trabaja en forma temporal o permanente en Estados Unidos de América (incluyendo Puerto Rico), o
- Deja de pagar las primas correspondientes a la presente cobertura, conforme a lo establecido.

CAPÍTULO 13

Limitaciones y Exclusiones

Art. 14 - Esta póliza no cubre los gastos médicos incurridos por cualquier cirugía, servicio, tratamiento o suministro, aunque hubieren sido recibidos durante una internación hospitalaria en USA, Argentina, Brasil o Chile:

- 1 -
 - I - Proporcionado en relación con, o como resultado de cualquier enfermedad o condición que no esté cubierta bajo

este Contrato.

- II - Que resulte de una condición preexistente, de acuerdo a lo estipulado en las condiciones particulares.
- III - Que no haya sido proporcionado en relación con, o como consecuencia de cualquier enfermedad que no haya sido diagnosticada como Enfermedad o Condición, descriptos y comprendidos en el módulo contratado.
- IV - Enfermedades Congénitas.
- V - Incluyendo los gastos médicos incurridos en relación con una Enfermedad que haya sido causada o agravada por las Enfermedades mencionadas.
- VI - Admisión electiva en un hospital antes o después de una cirugía programada, excepto si es aprobada por escrito por el Asegurador.

2 - Incurrido en un Hospital que no haya sido aceptado por el BSE o sin la previa autorización del BSE; o incurrido fuera del territorio de cobertura.

3 - Incurridos por concepto de una internación en un Hospital o Centro de Trasplantes con una duración menor de 24 horas consecutivas contadas a partir de la fecha de ingreso; salvo aquellos tratamientos cubiertos por este contrato, previamente autorizados por el BSE.

4 - Servicios prestados a un Beneficiario como paciente externo, con la excepción de los beneficios pagaderos establecidos en las condiciones particulares y hasta los montos máximos indicados en las mismas.

5 - Suministrado durante el Período de Espera, tal como se define este término en el Contrato;

6 - Proporcionado a recién nacidos, patológicos o no, gestados mediante los procedimientos de fertilización asistida y sus consecuencias.

7 - Considerado Experimental o electivo o preventivo, o que haya sido proporcionado por una institución o centro de servicios que no estén reconocidos como un Hospital; o que haya sido proporcionado por un Pariente Cercano.

8 - Realizado con fines exclusivamente de diagnóstico.

9 - Realizado con el objeto de efectuar revisiones periódicas de salud;

10 - Que exceda los gastos Razonables y Acostumbrados; o que no sea Medicamento Necesario, o el cual no hubiese sido suministrado de no existir este Contrato; o por el cual no se hayan hecho gastos; o por el que un Asegurado no esté legalmente obligado a pagar;

11 - Proporcionado por cirugía o tratamiento cosmético o estético, salvo que se tratare de una cirugía o tratamiento reparador, consiguiente a una enfermedad, accidente o condición cubierta. Tratamiento o cirugía para la reducción de peso;

12 - Incurrido por concepto de orthesis, o por la compra o alquiler de todo tipo de arnés, bastones, muletas, sillas de ruedas, camas ortopédicas, trípodes; tutores externos; Elementos de tracción y reducción, taloneras, estribos, lechos; Andadores y sillas para patologías infantiles.

13 - Incurrido por internaciones clínicas correspondientes a enfermedades mentales, desórdenes nerviosos o emocionales,

neurosis o psicosis; y en general, en relación con cualquier terapia o tratamiento psicológico, psíquico o psiquiátrico.

14 - Alcoholismo, abuso o adicción de drogas, o toxicomanía, o a consecuencia de lesiones sufridas por accidente ocasionado por encontrarse el Beneficiario bajo el influjo del alcohol o drogas.

15 - Por drogas y medicinas que no hayan sido prescritas por un médico, o para cuya obtención no se requiera una receta o prescripción de un Médico; y que no tengan relación alguna con los módulos cubiertos; o medicamentos recetados al paciente para consumo luego de que haya sido dado de alta del Hospital o Centro de Trasplantes;

16 - Incurrido por servicios de custodia, cuidado de la salud en el hogar, servicios proporcionados en un centro o institución de convalecencia, hospicio, asilo u hogar de ancianos, o en una institución o centro para tratamientos de rehabilitación, aunque el mismo pertenezca, o forme parte de un Hospital, y aunque tales servicios sean requeridos o necesitados como consecuencia de alguna de las patologías cubiertas;

17 - Proporcionados en relación con, o como resultado de tentativas de suicidio y/o lesiones o daños intencionalmente infligidos a sí mismo, ya sea en estado de cordura o pérdida de la razón y/o drogadicción o alcoholismo;

18 - Proporcionados en relación con, o como resultado de la participación activa en hechos delictivos, riñas, disturbios callejeros, huelgas, revoluciones, insurrección, servicio militar o naval de cualquier país, o en un acto de guerra, declarada o no; o vinculado a la práctica profesional de cualquier deporte, deportes arriesgados (tales como conducción de vehículos de competición, vuelos sin motor, alpinismo, buceo, esquí u otros similares).

19 - Suministrado en relación con, o como resultado de enfermedades o condiciones que hayan sido contraídas como resultado de contaminación nuclear, o como resultado de un ataque con productos químicos efectuado durante un acto de guerra.

20 - Proporcionado en procesos de esterilización; tratamiento de la infertilidad, inseminación artificial, implantación de embriones en vítreo o en vivo; reversión de una esterilización, frigidez, impotencia, o cambios de sexo.

21 - Servicios de traslado o ambulancia aérea.

22 - Cualquier condición relacionada con el virus HIV positivo del tratamiento del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o del Síndrome Completo Relativo al SIDA (SCRS).

23 - Proporcionado en relación con, o como resultado de cualquier enfermedad que no esté cubierta bajo este Contrato; o que resulte de una condición preexistente.

CAPÍTULO 14

Red de Proveedores y Prestadores Médicos en zona geográfica de cobertura

Art. 15 - Serán los que figuran en la lista que se encuentra en poder del contratante. Se deja expresa constancia que el BSE podrá eliminar alguno o agregar otros establecimientos a dicha lista.

CAPÍTULO 15

Riesgos cubiertos

Art. 16 - Módulos de internación clínica/quirúrgica hospitalaria

en la Red de Prestadores o proveedores de servicios médicos en los Estados Unidos de América (incluyéndose Puerto Rico), Argentina, Brasil y Chile.

Como excepción se cubrirá la internación hospitalaria postquirúrgica en la Red de Prestadores o Proveedores de Servicios Médicos en los Estados Unidos de América (incluyéndose Puerto Rico) Argentina, Brasil y Chile, cuando fuera continuación de una cirugía que por razones debidamente justificadas debió realizarse en la República Oriental del Uruguay bajo la cobertura de su Plan Nacional de Salud, según corresponda, y previo pago del deducible. En ningún caso se considerará cubierto el gasto realizado en el Uruguay, y el importe eventualmente pagado por el Asegurado no se considerará efectuado a cuenta del deducible.

Se cubrirán también los Servicios Ambulatorios previstos en el siguiente artículo 19, capítulo 18 (Beneficio por persona, deducible), inciso IV, apartado b).

Gastos Médicos cubiertos

En consecuencia, dentro de las sumas y bajo las condiciones indicadas en este Contrato se pagarán los gastos médicos cubiertos por los siguientes servicios, tratamientos y procedimientos médicos incurridos en relación con el módulo contratado:

1 - Internación en un Hospital o Centro de Trasplante, por concepto de:

a - habitación y comidas, y servicio general de enfermería durante la permanencia en una habitación semiprivada, o unidad de cuidado intensivo.

b - otros servicios hospitalarios (se exceptúan artículos de uso personal o que no sean de índole médica, o por servicios de cualquier clase proporcionados a un Pariente Cercano, acompañante o asistente), incluyendo los servicios prestados en el departamento de consulta externa de un Hospital,

2 - Intervenciones quirúrgicas efectuadas durante la internación hospitalaria.

3 - Servicios médicos proporcionados durante la internación hospitalaria.

4 - Honorarios, por concepto de tratamiento, cuidados médicos o por cirugía efectuada y prescritas por un médico.

5 - Visitas médicas en el Hospital, efectuadas a un Asegurado mientras se encuentre internada en un Hospital. El BSE pagará solamente una visita diaria mientras dure la hospitalización, y se entenderá por visita médica la visita personal hecha por el Médico consultante al Asegurado en el Hospital, o Centro de Trasplantes.

6 - Por los servicios y tratamientos siguientes:

a - anestesia y su administración, siempre que haya sido proporcionada por un médico anestesista.

b - exámenes de Rayos X con fines de diagnóstico, exámenes de laboratorio, tomografías computarizadas, resonancia nuclear magnética, cámara gama y otras pruebas similares, requeridas en relación con cada módulo cubierto siempre que hayan sido suministradas por un Médico, o bajo la supervisión de un Médico;

c - oxígeno, y su administración;

7 - Drogas, materiales descartables, alimentación parenteral y medicinas que sean recetados por un médico como parte

del tratamiento durante la internación.

8 - Prótesis: Contrariamente a lo establecido en el artículo 10 del capítulo de Limitaciones y Exclusiones, se reconocerán los elementos protésicos en función de la indicación médica que generó la derivación para su tratamiento y posterior implante en el Hospital o Centro de Trasplantes, cuando la implantación de dicha prótesis sea considerada médicamente necesaria, dentro de los gastos razonables y acostumbrados. Se excluyen las prótesis electrónicas o computarizadas.

9 - Ablación y traslado de órganos y tejidos (sin que la obtención del órgano o tejido esté a cargo del BSE):

A - Por servicios prestados durante el proceso de remoción, preservación y transporte de un Órgano o Tejido que se intenta trasplantar a un Asegurado (de un donante fallecido).

B - Por servicios prestados a un donante vivo durante el proceso de remoción de un Órgano o Tejido con el propósito de efectuar un Trasplante de Órgano o de Tejido a una Asegurado, incurridos por:

a - Investigación de donantes Potenciales;

b - Servicios prestados al donante en un Hospital o Centro de Trasplantes, por concepto de habitación privada, sala o pabellón, comidas, servicio general de enfermería, servicios regulares suministrados por el personal de un Hospital o Centro de Trasplantes, pruebas de laboratorio y uso de equipos y otros servicios hospitalarios (exceptuándose artículos de uso personal que no sean de índole médica) y siempre que sean requeridos durante el proceso de remoción del Órgano o Tejido que se va a trasplantar;

c - Cirugía y servicios médicos relacionados con la remoción del Órgano o Tejido del Donante, que se intenta trasplantar al Asegurado.

10 - Cultivo de la médula ósea, por servicios y materiales suministrados por el cultivo de Médula Ósea, en relación con un Trasplante de Tejido practicado en el Asegurado.

CAPÍTULO 16

Preexistencias - Carencias

Art. 17 - Una vez aceptado el Asegurado para esta Cobertura deberá transcurrir un período no menor de 3 (tres) meses a partir de la fecha de inicio de Vigencia indicada en las Condiciones Particulares, para que los Gastos Médicos incurridos sean considerados Gastos Médicos cubiertos.

No se cubrirán en esta póliza las enfermedades o condiciones preexistentes (cualquier su naturaleza) que afecten a los Asegurados y que hayan sido detectadas antes de la vigencia de la póliza.

CAPÍTULO 17

Módulo de enfermedad/es de cáncer

Art. 18 - El Módulo de Enfermedad(es) de Cáncer cubre los Gastos Médicos Cubiertos incurridos por un Asegurado bajo esta Póliza, por concepto de servicios, tratamientos, y/o suministros proporcionados durante una Internación Hospitalaria clínico y/o Quirúrgica dentro de la red de proveedores en los Estados Unidos

de América (incluyendo Puerto Rico) Argentina, Brasil y Chile, pero solamente si tales servicios, tratamientos, y/o suministros son requeridos para el tratamiento clínico y/o quirúrgico de una condición o enfermedad que haya sido diagnosticada como Cáncer por un Médico especialista en la enfermedad diagnosticada.

Para que una condición califique para ser tratada como una Enfermedad de Cáncer cubierta bajo esta cobertura, se requerirá como parte del diagnóstico positivo hecho por un Médico Especialista, las copias de los exámenes de laboratorio, Rayos X, o cualesquiera otros reportes o resultados de pruebas ó procedimientos en los que fue basado dicho diagnóstico.

Exclusiones. Además de las limitaciones y exclusiones incluidas en la Condiciones de esta Póliza, regirán las siguientes exclusiones en relación con este Módulo de Enfermedad(es) de cáncer:

- No se pagarán beneficios por ningún tratamiento, procedimiento, servicio, cirugía o suministro proporcionados en relación con o como consecuencia de:
 - 1 - cualquier enfermedad o condición que no haya sido diagnosticada como Cáncer por un médico Especialista, aun cuando tal condición o enfermedad haya sido causada, agravada, complicada o directamente afectada por Cáncer;
 - 2 - tumores, o cualquier otra condición causada como consecuencia de, o presentes en personas que sean portadores del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o del Síndrome Completo Relativo al SIDA (SCRS), incluyendo la enfermedad conocida como Sarcoma de Kaposi ; y
 - 3 - cualquier cáncer de la piel, con la excepción del melanoma maligno de la piel.

CAPÍTULO 18

Beneficios por persona, Deducible

Art. 19 -

I - Pagadero por año póliza y/o por siniestro, por beneficiario: U\$S 100.000 (incluido el deducible).

II - Deducible Por año Póliza y/o por siniestro y por Beneficiario: U\$S 10.000.

III - Porcentaje de beneficios pagaderos por año póliza y/o por siniestro después del deducible: 100%

IV - Beneficios que paga el plan:

a - Internación clínica y/o quirúrgica hospitalaria:

Internación Hospitalaria Quirúrgica (Limitados a los Gastos Incurridos por un Beneficiario durante un período de Hospitalización, incluyendo los servicios de ambulancia en USA), en relación con el tratamiento quirúrgico de una condición o enfermedad especificada en el artículo 4 RIESGOS CUBIERTOS de estas Condiciones Particulares.

Máximo Número de Días de Internación por Paciente por año pagaderos en Un Año Póliza:

Máximo Número de días corridos:

Noventa (90)

Máximo Número de días Interrumpidos:

Ciento veinte (120).

b - Servicios Ambulatorios:

Como excepción, y limitados a los Gastos Cubiertos incurridos por un Beneficiario como paciente externo en un Prestador de la Red de Proveedores de Servicios Médicos de USA por concepto de tratamiento de Radioterapia y/o Quimioterapia proporcionado por o como consecuencia de una enfermedad de Cáncer, después de haber sido satisfecho el deducible.

Beneficio máximo pagadero por año póliza, por concepto de Quimioterapia y/o Radioterapia combinados, u otros medicamentos específicos suministrados en forma ambulatoria para tratamiento de enfermedad de cáncer: U\$S 10.000. El capital indicado es sub límite del beneficio máximo

Dentro del sub-límite de **Quimio y Radioterapia**, se incluye el tratamiento de Gamma Knife para enfermedad de cáncer.

Se pagarán beneficios por el tratamiento de Gamma Knife aun cuando el período de internación hospitalaria del paciente sea inferior a las 24 horas.

c - Gastos pre y post operatorios:

Tratamientos y/ o Servicios pre-operatorios o post-operatorios que sean considerados Médicamente Necesarios para el Paciente a causa de, o como consecuencia de: un tratamiento quirúrgico efectuado a este durante una Internación Hospitalaria cubierta por este seguro, (indicados en el artículo 16 RIESGOS CUBIERTOS de estas Condiciones) y siempre que tales servicios sean:

- Proporcionados al Asegurado como Paciente Externo de un Hospital o Centro de Trasplante.

- Hayan sido ordenados por el Médico Cirujano que efectuó la cirugía.

- Solamente estarán cubiertos los tratamientos y/o servicios que se proporcionen al Paciente antes de la fecha en la que éste sea dado de alta definitiva por el Médico o Cirujano. Se pagarán beneficios hasta el límite indicado en estas Condiciones Particulares.

Tratamientos y/o servicios pre-operatorios:

Hasta U\$S 15.000

Tratamientos y/o servicios post-operatorios:

Hasta U\$S 15.000

Los capitales indicados son sub límite del beneficio máximo.

d - Servicios de Asistencia:

Pagaderos a un Acompañante durante el Período de Hospitalización de un Beneficiario.

Beneficio máximo pagadero por día de internación:
U\$S 200.

Máximo número de días durante los cuales se pagará este Beneficio: **Treinta (30)**

V - Gastos Médicos cubiertos:

En consecuencia, dentro de las sumas y bajo las condiciones indicadas en este Contrato se pagarán los gastos médicos cubiertos por los siguientes servicios, tratamientos y procedimientos médicos incurridos en relación con el módulo contratado:

Riesgo cubierto

Art. 1 - Se cubren las prestaciones médicas y/o servicios indicados en el Art.2, siempre que su importe supere el valor de la franquicia no deducible. Los Gastos Especiales requeridos como consecuencia de una enfermedad y/o accidente presente al momento de la contratación o de una enfermedad preexistente y sus consecuencias, **quedarán cubiertos luego de 3 años de vigencia del seguro.**

El asegurado podrá hacer uso de esta cobertura cuando quiera contratar los servicios fuera de su prestador habitual, ya sea dentro o fuera del territorio nacional.

Franquicia no deducible

Suma que en cada siniestro y según lo pactado en las Condiciones Particulares, será a cargo del Asegurado/Contratante. Superada la franquicia no deducible, el BSE pagará la indemnización sin deducción de dicha cantidad o porcentaje.

La franquicia no deducible será de aplicación en relación a cada uno de los servicios por los que se reclame, salvo el traslado.

Art. 2 - Prestaciones médicas y/o servicios cubiertos:

a - Tratamientos/estudios cubiertos:

- Procedimientos cardíacos*: Marcapaso - Prótesis valvular
- Prótesis aórtica - STENT con drogas - Estudio electrofisiológico ablación de vías accesorias.

- STENT vascular*.

- Prótesis híbrida esofágica*.

- Intervención quirúrgica por método de Laparoscopia.

- Tratamiento de litiasis renal por Litotricia extracorpórea.

- Bomba de insulina.

- Aparato concentrador de oxígeno portátil por hipoxia.

- Aparato CPAP, para tratamiento de apnea de sueño.

- PET**.

- Resonancia**.

- Tomografía**.

- Cápsula endoscópica**.

- Fertilización in vitro, limitada a un evento para la toda la vigencia del seguro, y en exceso de la cobertura cubierta por el Fondo Nacional de Recursos. Este procedimiento deberá ser efectuado a la persona asegurada. No incluye medicación previa y post al procedimiento.

- Rehabilitación por accidente y/o enfermedad en un establecimiento asistencial. Se cubre la rehabilitación considerada médicamente necesaria para restablecer el órgano o pérdida de función corporal, siempre que comience a prestarse dentro de los 90 días siguientes a la fecha que ocurrió el accidente o de diagnóstico de la

1 - Internación en un Hospital o Centro de Trasplantes, por concepto de:

- habitación y comidas, y servicio general de enfermería durante la permanencia en una habitación semi-privada, o unidad de cuidado intensivo.

- otros servicios hospitalarios (se exceptúan artículos de uso personal o que no sean de índole médica, o por servicios de cualquier clase proporcionados a un Pariente Cercano, acompañante o asistente), incluyendo los servicios prestados en el departamento de consulta externa de un Hospital.

2 - Intervenciones quirúrgicas efectuadas durante la internación hospitalaria.

3 - Servicios médicos proporcionados durante la internación hospitalaria.

4 - **Honorarios**, por concepto de tratamiento, cuidados médicos o por cirugía efectuada y prescritas por un médico.

5 - **Visitas médicas en el hospital**, efectuadas a un ASEGURADO mientras se encuentre internado en un Hospital. BSE pagará solamente una visita diaria mientras dure la hospitalización, y se entenderá por visita médica la visita personal hecha por el Médico consultante al ASEGURADO en el Hospital, o Centro de Trasplantes.

6 - Por los servicios y tratamientos siguientes:

- Anestesia y su administración, siempre que haya sido proporcionada por un médico anestesista.

- Exámenes de Rayos X con fines de diagnóstico, exámenes de laboratorio, tomografías computarizadas, resonancia nuclear magnética, cámara gama y otras pruebas similares, requeridas en relación con cada módulo cubierto siempre que hayan sido suministradas por un Médico, o bajo la supervisión de un Médico;

- Oxígeno, y su administración.

7 - **Drogas, materiales descartables, alimentación parenteral y medicinas que sean recetadas por un médico como parte del tratamiento durante la internación.**

8 - **Prótesis:** Contrariamente a lo establecido en el numeral 10 del capítulo de Limitaciones y Exclusiones, se reconocerán los elementos protésicos en función de la indicación médica que generó la derivación para su tratamiento y posterior implante en el Hospital o Centro de Trasplantes, cuando la implantación de dicha prótesis sea considerada médicamente necesaria, dentro de los gastos razonables y acostumbrados. Se excluyen las Prótesis electrónicas o computarizadas.

Territorio y Prestadores

Art. 20 - Estos tratamientos y trasplantes se realizarán únicamente en los Estados Unidos de América (incluyéndose Puerto Rico), Argentina, Brasil y Chile dentro de la Red de Proveedores de Servicios a que hace referencia el Capítulo 14, dejándose a salvo lo establecido en el Capítulo 15 de estas Condiciones.

enfermedad. Se contabilizará el costo total del tratamiento y se liquidará finalizado el mismo. No se cubren los estudios y gastos con fines de diagnóstico y control.

- Prótesis total o parcial por amputación de miembros superiores e inferiores, por enfermedad o accidente.

- Operación de cataratas por técnica de facoemulsificación.

*Se cubre el dispositivo, su implantación y los estudios previos.

** Por diagnóstico y/o control.

b - Traslados

Se cubren los traslados dentro del territorio nacional cuando el asegurado deba salir de su departamento de residencia, para la realización de los Tratamientos/Estudios indicados en el punto a).

c - Medicación

Se cubrirá la medicación para Enfermedad de Cáncer, Esclerosis Múltiple y Hepatitis C.

Se entiende por medicamento una sustancia o preparado que tiene propiedades curativas o preventivas, se administra a las personas y ayuda al organismo a recuperarse de los desequilibrios producidos por las enfermedades o a protegerse de ellos.

CAPÍTULO 2

Capital

Art. 3 - El capital máximo por año póliza o por siniestro por Gastos Especiales, se indica en las Condiciones Particulares.

En caso de medicación, se cubrirá un capital adicional en exceso al de gastos especiales, estando ambos indicados en las Condiciones Particulares. El gasto por medicación se valorará teniendo en cuenta la dosis mensual.

El capital contratado es por año póliza y/o por siniestro.

CAPÍTULO 3

Comprobación y liquidación del Siniestro

Art. 4 - Sin perjuicio de lo dispuesto en las Condiciones Generales del seguro, respecto a la liquidación del siniestro, se requerirá la presentación de la documentación que a continuación se detalla: Informe del Médico Especialista en el que conste diagnóstico, fecha del mismo y necesidad del tratamiento y/o estudio realizado al asegurado y por el que se reclama.

El BSE se reserva el derecho de solicitar exámenes médicos adicionales.

Art. 5 - El BSE procederá a liquidar el gasto especial cubierto por la póliza, una vez realizado el mismo y contra factura del gasto.

CAPÍTULO 4

Exclusiones

No estarán cubiertos los gastos derivados de:

a - Tratamientos derivados de cirugía estética de belleza.

b - Enfermedad diagnosticada durante el período de 3 meses de carencia desde la correspondiente fecha de vigencia de la póliza.

c - Asistencia odontológica en todas sus formas.

d - Consultas y/o tratamientos psicológicos/psiquiátricos en todas sus formas.

e - Anteojos y lentes.

CONDICIONES ESPECÍFICAS FALLECIMIENTO

CAPÍTULO 1

Riesgo cubierto

Art. 1 - Se considerará riesgo cubierto el fallecimiento de la Persona cuya vida se asegura, ocurrido durante la vigencia del presente contrato y siempre y cuando el mismo no sea derivado de un accidente anterior ni de una enfermedad preexistente.

Sin perjuicio de lo establecido en el artículo precedente, se cubrirán las enfermedades preexistentes luego de transcurridos 3 años de vigencia del presente contrato.

CAPÍTULO 2

Capital

Art. 2 - El capital asegurado se establece en las Condiciones Particulares.



EN BSE PODÉS CONFIAR TODA TU VIDA