

**PÓLIZA DE SEGURO DE SALUD**  
**COBERTURA DE INTERNACIÓN HOSPITALARIA EN EL EXTERIOR**

Se conviene celebrar el presente Contrato para la cobertura de Internación Hospitalaria en Estados Unidos de América (incluyendo Puerto Rico), que se compone de las **Condiciones Generales, Específicas y Particulares** que se detallan a continuación.

**CONDICIONES GENERALES**

**Artículo 1. RIESGOS CUBIERTOS.-**

**A.** En virtud de la presente póliza, y mediante el pago pertinente, el Banco de Seguros del Estado, en adelante llamado BSE, asegura -a las personas que revistiendo la calidad de Asegurados/Afiliados de los planes de Salud del Contratante, hayan presentado su solicitud y hayan sido aceptados en esta cobertura por el B.S.E., en adelante también denominados los Asegurados en esta Póliza y/o hayan sido incluidos en la nómina prevista en el artículo 4 de estas Condiciones- el pago de los gastos médicos en que incurran 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.

**B.** La responsabilidad de BSE respecto de cada Asegurado comienza en la fecha efectiva de su ingreso a esta cobertura, y queda sujeta a los términos, condiciones y limitaciones especificadas más abajo.

**Artículo 2. COMIENZO, DURACIÓN Y TERMINACIÓN.-**

**I) Del Contrato**

**A.** Este contrato entrará en vigencia y terminará en las fechas establecidas en las Condiciones Particulares de la Póliza. Si el contrato no hubiera sido objeto de rescisión, caducidad o anulación, salvo comunicación expresa de las partes en contrario con una antelación de 90 días al vencimiento, se renovará automáticamente por períodos iguales al inicial.

- B. Cualquiera de las partes puede rescindir este contrato sin expresión de causa, mediante un aviso a la otra por telegrama colacionado u otro medio auténtico de comunicación. La rescisión surtirá efecto a partir de los 90 días contados desde la fecha en que se hizo efectivo el aviso.
- C. El BSE no tendrá responsabilidad por gastos médicos cubiertos incurridos después de la fecha de finalización de la vigencia del presente contrato - siempre y cuando no hubiere sido renovado -, y aun cuando un ASEGURADO se encontrara bajo tratamiento, salvo lo establecido en artículo 3) incisos a, b y c de las Condiciones Específicas de este Contrato.

## **II) Del Asegurado**

- A. La cobertura para cada asegurado entrará en vigencia a partir de la fecha establecida en su Certificado Individual.
- B. En los casos en que no se emita Certificado Individual (operativa por nómina de Asegurados) la vigencia para cada asegurado será el primero del mes siguiente al de la presentación de la nómina en la cual ha sido incluido por el Contratante, luego de cumplidos y aceptados por el BSE los requisitos de asegurabilidad, de acuerdo a lo establecido en el artículo 4to. de estas mismas condiciones.
- C. El Asegurado podrá rescindir su cobertura sin expresión de causa, mediante aviso al BSE a través del Contratante por telegrama colacionado u otro medio auténtico de comunicación, salvo en aquellos casos en los cuales su incorporación a la nómina de Asegurados haya sido decidida por el Contratante. La rescisión surtirá efecto a partir del 1° del mes siguiente a la fecha de solicitud de la baja.
- D. El BSE no tendrá responsabilidad por gastos médicos cubiertos incurridos después de la fecha de rescisión de la cobertura individual.
- E. En caso de rescisión del Contrato celebrado entre el Contratante y el Banco de Seguros, se considerarán rescindidos todos los certificados individuales a partir de la fecha en que la misma surta efecto. Para aquellos Asegurados que se encuentren en tratamiento a la fecha de rescisión del contrato, será de aplicación el artículo. 3 incisos a, b y c de las Condiciones Específicas del Contrato, si corresponde.

### **Artículo 3. ALCANCE DE LA COBERTURA Y LÍMITES.-**

- A. El BSE garantiza exclusivamente el pago de los gastos médicos incurridos y cubiertos por este contrato, 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 Particulares y Condiciones Específicas 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.

- B.** Los límites de cobertura se indican bajo el título de “Riesgos Cubiertos” y “Beneficio máximo por persona”.

**Artículo 4. PREMIO DEL SEGURO.-**

- A.** El premio de la cobertura inicial será el que figura en las Condiciones Particulares por persona y por mes.
- B.** El Contratante informará la nómina con la totalidad de sus Afiliados/Asegurados que se hubieran incorporado a esta cobertura, indicando la condición que revisten. La mencionada nómina formará parte integrante del presente contrato.
- C.** La nómina podrá ser entregada por el Contratante al BSE:
- 1.** - En listados completos, a máquina o por impresora;
  - 2.** - En soporte magnético
- D.** Actualización de la nómina:
- 1** El Contratante deberá actualizar la mencionada nómina mensualmente, indicando las altas y bajas que se han producido. No basta una simple cuantificación de altas y bajas, es indispensable la identificación e individualización de las mismas (Nombre, Apellido, número de afiliado y número de documento). Si las circunstancias lo requieren podrán entregarse nuevas nóminas. Formarán parte de la nómina aquellos Asegurados que cumplan con los requisitos de asegurabilidad y hayan sido aceptados por el BSE como tales.
  - 2** La actualización podrá realizarse por listados o por medio magnético.
  - 3** La actualización de las nóminas, deberá realizarse antes del día 25 de cada mes, quedando conformada ese día la nómina que regirá a partir del 1er día del mes siguiente.
  - 4** La falta de presentación de la actualización de la nómina dará derecho a BSE a suspender la cobertura.
- E.** Cada Asegurado deberá abonar al Contratante por adelantado de 1 al 10 de cada mes el importe que individualmente le corresponda y que figura en las Condiciones Particulares.
- F.** La falta de pago en término por parte de un Asegurado lo hará incurrir en mora de pleno derecho y producirá a su respecto el cese automático de la cobertura sin necesidad de previa interpelación, intimación o notificación alguna, a partir del primer vencimiento impago.

- G. El Contratante deberá hacer efectivo el pago del premio en las oficinas del BSE, del 1 al 10 de cada mes siguiente al de cobro. El importe resultante de la multiplicación del costo del módulo contratado por persona y por mes, por la cantidad de personas que se incorporen como Asegurados de esta póliza, será el importe que el Contratante deberá abonar a BSE.
- H. La falta de pago del premio en término por parte del Contratante lo hará incurrir en mora de pleno derecho y producirá el cese automático de la cobertura del seguro para todos los Asegurados, sin necesidad de previa interpelación, intimación o notificación alguna a partir del primer vencimiento impago.

Operado el cese de la cobertura del seguro prevista en este literal, el Banco realizará la difusión de la misma mediante una publicación en un diario de la capital de circulación nacional.

#### **Artículo 5. REHABILITACION.-**

El Contratante o el asegurado podrá solicitar dentro del año de operado el cese previsto en los incisos F y H del artículo 4 de estas condiciones, la rehabilitación de la cobertura mediante presentación de nueva prueba de asegurabilidad. El Banco 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 Contratante o al asegurado el pago de todas las primas pendientes más intereses. Los intereses se establecerán de acuerdo a las tasas medias del mercado de operaciones corrientes de crédito bancario del trimestre anterior, informadas por el BCU, más un 75% (setenta y cinco por ciento) de las mismas, a la fecha que el cálculo corresponda de acuerdo a las condiciones de la póliza.

#### **Artículo 6. DENUNCIA DE SINIESTROS.-**

La denuncia de siniestro se constituye con el formulario destinado a tales efectos, el cual debe ser completado por el Contratante y 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, 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 tres años anteriores a la fecha de diagnóstico, o bien completar dichos antecedentes. En ningún caso se considerará consolidado el siniestro si no se presenta la documentación requerida.

- B.** EL Asegurado deberá comunicar al BSE o a quién éste indique, a través del 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 prestaciones programadas: El Asegurado a través del Contratante tan pronto como sea posible, pero por lo menos con 10 días hábiles de anticipación a la fecha de admisión a un Hospital o Centro de Trasplantes, o a la fecha señalada para efectuar un procedimiento quirúrgico o tratamiento médico, deberá cumplir los requisitos exigidos en los literales A y B del presente artículo e indicar:
  - ⇒ El diagnóstico realizado a un Asegurado en relación con el ingreso en un Hospital, o Centro de Trasplantes certificado por el médico tratante, incluyendo – de ser posible –, el número estimado de días que permanecerá internado en el Hospital, o Centro de Trasplantes.
  - ⇒ La eventual necesidad médica de un Asegurado en relación con tratamientos o servicios cubiertos a efectuarse fuera de un Hospital, o Centro de Trasplantes, certificado por el médico tratante, con una indicación acerca de la naturaleza de los mismos.
- D.** Aviso al BSE en caso de urgencia: En caso de urgencia 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.

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.

**Artículo 7. ACEPTACION DEL BSE.-**

- A.** 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 este contrato;
  - ⇒ Que tales gastos serán incurridos durante el período de vigencia del contrato, pero fuera del período de espera, si lo hubiere;
  - ⇒ Que la cobertura no estuviere cesada conforme a lo indicado en el Artículo 4, incisos F y H de las Condiciones Generales, según correspondiere;
  - ⇒ Que la internación será efectuada en alguno de los establecimientos médicos de la Red de Prestadores que figuran en las Condiciones Particulares de esta Póliza;
  - ⇒ Que se han dado los correspondientes avisos de acuerdo al artículo 6º de las Condiciones Generales de esta Póliza;
  - ⇒ Que el Asegurado o el Contratante en su caso, se hizo cargo del deducible y/o el co-pago señalado en las Condiciones Particulares, si los hubiere.
- B.** 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.

**Artículo 8. GASTOS REALIZADOS FUERA DE LA RED.-**

Bajo la presente póliza sólo se reconocerán gastos médicos incurridos en prestadores médicos integrantes de la Red de Prestadores admitidos. Sin embargo, podrán aceptarse gastos médicos incurridos en los Estados Unidos de América pero fuera de la Red de Prestadores cuando hubieran sido inevitables por circunstancias de fuerza mayor derivadas de una urgencia o cuando haya mediado autorización por parte del BSE, y siempre sujeto a las limitaciones y condiciones de este contrato.

En tales casos, cuando la facturación no haya sido presentada por el prestador o proveedor de los servicios médicos directamente al BSE, los gastos cubiertos bajo este contrato deberán ser presentados por el Asegurado al BSE dentro de los 120 días siguientes a la fecha en la que el gasto fue incurrido.

Una vez que haya expirado dicho plazo, terminará su derecho a recibir los beneficios pagaderos bajo el Contrato, en relación con cada reclamo determinado.

Los reclamos deberán formularse por escrito, adjuntando la documentación indicada en el artículo 6 incisos A y B y los Comprobantes de Gastos.

En el caso que después de haberse revisado el reclamo, el BSE considere necesario solicitar cualquier información adicional del Asegurado, del Contratante o de cualquier otra persona o entidad involucrada en dicho reclamo, el trámite de liquidación se considerará en suspenso hasta la fecha en la que BSE haya recibido la requerida información adicional. Cualquier solicitud de información adicional estará igualmente sujeta a un período separado de limitación de dos meses durante el cual la información adicional solicitada deberá ser suministrada.

Si el Asegurado no presentare los requeridos Comprobantes de Gastos dentro del término estipulado, su reclamo no se invalidará, siempre y cuando se demuestre que al Asegurado no le fue razonablemente posible enviar dichos Comprobantes de Gastos dentro del plazo requerido.

El BSE se reserva el derecho de solicitar de cualquier Compañía de Seguros, Empresa de Medicina Pre-paga, Mutualista, Obra Social, Empleador, Hospital, Médico, Entidad o Persona, la información que considere necesaria para procesar y liquidar un reclamo.

Todo reclamo, indemnización o reintegro deberá ser presentado en facturas originales del proveedor que prestó los servicios, con el detalle del gasto médico de que se trata.

Una vez que el BSE acepta que corresponde realizar el pago, el mismo se realizará dentro de los quince (15) días hábiles posteriores al momento en que el Asegurado haya completado la entrega de los Comprobantes de gastos que fueren necesarios.

#### **Artículo 9. AUDITORIA.-**

Queda expresamente convenido que el BSE o quien éste designe, tendrá derecho a efectuar auditorías médicas y contables tanto en relación a los gastos médicos cubiertos y a los reclamos que de ellos se derivaren cuanto a las nóminas presentadas y a la condición de los Asegurados. A tales efectos, el Contratante deberá autorizar al BSE a realizar auditorías médicas y permitirá hacerlo tanto en relación a los Asegurados cuanto en relación a los documentos médicos que a ellos se refieren, tales como historias clínicas, análisis y otros documentos, transfiriendo al auditor médico del BSE la información afectada por el secreto profesional.

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 y al Contratante para la revisión de la historia clínica de esa persona.- Asimismo será de responsabilidad del Contratante obtener del asegurado las autorizaciones correspondientes para los auditores médicos designados por el BSE a los efectos de adquirir los documentos médicos necesarios de la Institución de Asistencia Médica de Salud a la cual pertenece el asegurado.

**Artículo 10. JURISDICCIÓN.-**

Las partes contratantes se someten a las disposiciones legales de la República Oriental del Uruguay y a las del presente contrato que las complementan o modifican.

Toda disputa relacionada en cualquier forma con este Contrato y que no haya sido resuelta amigablemente entre las partes, será resuelta únicamente por los Tribunales competentes en la misma ciudad donde se encuentre la sede administrativa del B.S.E..

**Artículo 11. RETICENCIA.-**

Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Contratante o el Asegurado que de acuerdo con la opinión de peritos hubiera impedido la aceptación del presente contrato o modificado sus condiciones, si el BSE se hubiere cerciorado del verdadero estado de la situación, determinará la nulidad del seguro.

En el caso de que cualquier información que el Asegurado hubiera suministrado fuera falsa, incompleta, engañosa, o errónea, el BSE se reserva el derecho de reclamar al Asegurado cualquier cantidad que hubiera pagado basada en todo o en parte en dicha información.-

**Artículo 12. SUBROGACION.-**

El BSE se subroga en los derechos del Asegurado para repetir contra quien pudiera ser civilmente responsable por un hecho del que se derive un tratamiento, servicio o intervención quirúrgica con relación a los módulos cubiertos por este Contrato.

**Artículo 13. LEY DE LOS CONTRATANTES.-**

Queda expresamente convenido que el Banco y el Asegurado-Contratante se someten a todas las estipulaciones de la póliza como a la Ley misma.

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.

**Artículo 14- PLURALIDAD DE SEGUROS.-**

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 de mayor capital, en caso de capitales iguales se considerará la que se haya emitido primero.

**CONDICIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATO CELEBRADO ENTRE**

**BSE Y EL CONTRATANTE**

**Artículo 1. - MÓDULO CUBIERTO:**

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 particulares 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).

**Artículo 2.- GASTOS CUBIERTOS:**

A los efectos de este contrato, y estando sujetos a la sección titulada “Limitaciones y exclusiones”, y a todas las demás disposiciones y condiciones del Contrato, se entenderá por Gastos Médicos Cubiertos los:

- Médicamente Necesarios,
- Razonables y Acostumbrados,
- Incurridos en la Red de Proveedores en USA aceptada en este contrato.

**Artículo 3.- GASTOS REALIZADOS FUERA DEL PERÍODO DE VIGENCIA DE ESTE CONTRATO:**

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

**a)** que la no renovación o la rescisión del contrato sea por voluntad del BSE, y no del Contratante o del Asegurado.-

**b)** 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 del contrato.

**c)** que la intervención quirúrgica y/o tratamiento haya sido denunciado y aceptado por el BSE durante la vigencia del contrato y no haya sido posible de realizar, pero se hubiese programado dentro de los 30 días posteriores a la rescisión.

**Artículo 4.- GASTOS INCURRIDOS POR QUIEN CESA DE SER ASEGURADO DE ESTA POLIZA:**

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 artículo 4to. Incisos F y H 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 del contrato.

**DEFINICIONES:**

**Accidente:** Significa toda lesión corporal que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta, sufrida independientemente de la voluntad de la persona, por la acción repentina y violenta de o con un agente físico.

**Acompañante:** Significa el pariente cercano, o cualquier otra persona adulta, que acompaña al Asegurado durante su período de hospitalización en un Hospital o Centro de Trasplantes.

**Angioplastia:** Dilatación de la abertura de un vaso sanguíneo, por medio de un catéter de balón, el cual se inserta a través de la piel, y atravesando la pared del vaso, alcanza el sitio de la estrechez, y al inflarse, aplana la placa que produjo la estrechez contra la pared del vaso sanguíneo.

**Año Póliza:** Significa el período de tiempo de doce (12) meses consecutivos, contabilizado a partir de la fecha de vigencia del certificado individual o doce meses a partir de la fecha efectiva de su ingreso a la cobertura.

**Asegurado:** Significa la persona designada como tal en la nómina de los Asegurados en este plan, que el Contratante remite mensualmente al BSE, y que siendo indistintamente llamados Asegurados, Asociados, Afiliados o Beneficiarios de un Plan de Salud del Contratante, han sido aceptados como Asegurados 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.

**Certificado Individual:** Corresponde al certificado de cobertura, entregado por el BSE a los Asegurados, una vez que hayan sido aceptados en la misma.

**Complicación del Embarazo:** Significa:

1. Un parto cesáreo que no fue electivo;
2. Un embarazo ectópico que ha terminado;
3. Una terminación espontánea del embarazo ocurrida durante un período de gestación en el cual no es posible un parto viable.

También se considera complicación del embarazo, aquellos casos en que el embarazo no haya terminado (por parto o por cualquier otro motivo), por cualquier condición médica que por afectar adversamente el embarazo exija la internación en un Hospital, tales como:

- a) Nefritis aguda;
- b) nefrosis;
- c) Descompensación cardiaca; o
- d) Aborto malogrado (el producto fetal es retenido en el útero durante cuatro (4) semanas o más después de la muerte del feto).

No se entenderá por Complicación del Embarazo el sangrado ocasional durante el embarazo, ni los períodos de descanso durante el embarazo, aun cuando sean ordenados por un Médico, o la náusea matutina causada por el embarazo.

**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.

**Contratante:** Es la persona jurídica que contrata el seguro con el BSE. De ser una Institución de Asistencia Médica la tomadora del seguro será ésta a cuyo plan de salud se encuentra afiliado el asegurado.

**Cónyuge:** Significa la persona que el "Afiliado" o "Asociado" designa como tal, y con quien "el Afiliado" reside en forma habitual durante el período de vigencia de este Contrato.

**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 o contratante, según corresponda.

**Dependientes Elegibles:** Significan las personas a cargo del Titular según el reglamento de afiliaciones del Contratante, si las hubiera. Solo quienes sean Dependientes Elegibles según dicho Reglamento y estén afiliados al Contratante podrán ser Asegurados por esta Póliza mientras mantengan dicha condición de afiliados.-

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

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

- a) no es Médicamente 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.

**Enfermedad o Enfermedades:** Significa una afección, dolencia o desorden físico.

**Enfermedad(es) Cardiovascular(es) Central:** significa una enfermedad del Corazón, pero excluyendo cualquier enfermedad o anomalía congénita del Corazón.

**Enfermedad(es) Congénita(s):** Significa cualquier desorden o Enfermedad que haya sido adquirida por herencia, o que estaba presente en el momento del nacimiento

**Enfermedad(es) Neurológica(s):** significa una enfermedad o desorden del Sistema Nervioso Central.

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

**Fecha de Vigencia:** Significa la fecha en la que entra en vigor la Cobertura.

Una vez aceptado por el BSE como asegurado, la fecha de vigencia es:

- la que consta en el certificado individual, si lo hay
- el primero del mes siguiente al de presentación de la nómina, por parte del Contratante, en la que ha sido incluido.

**Hermano:** Significa grado de parentesco colateral de segundo grado, coincidiendo las personas de los progenitores, o en su caso, uno solo de ellos (medios hermanos). -

**Habitación semiprivada:** Significa una habitación de un Hospital o Centro de Trasplantes con baño, la cual es compartida por dos pacientes.

**Hijo o Hijos:** Significa: hijo o hija legítima o natural, hijo o hija por adopción legal; o hijastro o hijastra, siempre que dependan totalmente del Afiliado y residan permanentemente en su domicilio.

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

**Internación Hospitalaria Clínica y/o quirúrgica** Significa el ingreso y estancia de un Asegurado en un Hospital o Centro de Trasplantes en calidad de Paciente Interno como resultado de una Enfermedad o Accidente cubierto por esta Póliza.

**Internación Hospitalaria Quirúrgica:** Significa el ingreso y estancia de un Asegurado 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.

**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 prescripto 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 patológico hasta los treinta (30) días del nacimiento.

**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, y que corresponden a un mismo Período de Hospitalización. El Número de Días Corridos está indicado en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares de este contrato.

**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. El Número de Días Interrumpidos está indicado en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares de este Contrato.

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

**País de Residencia:** Significa República Oriental del Uruguay.

**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.

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

**Período de Hospitalización,** significa el período de tiempo durante el cual un Beneficiario 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 Beneficiario. 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, incluyendo los cargos hechos por habitación y comida.

**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.

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

**Radioterapia,** significa el uso de Rayos X o de otras sustancias radioactivas recetadas por un Médico para el tratamiento y control del cáncer.

**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; y
- 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 en los Estados Unidos de América (incluyendo Puerto Rico) y que cuentan con la conformidad de BSE.

**Siniestro:** Es el evento cuyo acaecimiento hace exigible la obligación del Banco de pagar la prestación convenida. La fecha de siniestro es aquella en la cual es aprobada por el BSE o por quien éste designe, la documentación requerida.

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 inciso 2 E del artículo 2 de las Condiciones Generales, 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.

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

**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.

**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.

**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.

**Artículo 5.- ELEGIBILIDAD:**

La elegibilidad para obtener una cobertura bajo este Contrato 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.
- Deja de pertenecer como asegurado o afiliado del Contratante,
- no cumple el requerimiento de residencia en la República Oriental del Uruguay, al menos nueve (9) meses en cada Año Póliza, o
- no está nombrado como Asegurado en la Nómina de afiliados que el Contratante remite a BSE, 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 en el Artículo 4 de las Condiciones Generales.

**Artículo 6.- LIMITACIONES Y EXCLUSIONES:**

Este Contrato no cubre los gastos médicos incurridos por cualquier cirugía, servicio, tratamiento o suministro aunque hubieren sido recibidos durante una internación hospitalaria en USA.

**1.**

- Proporcionado en relación con, o como resultado de cualquier enfermedad o condición que no esté cubierta bajo este Contrato;
- Que resulte de una condición preexistente, de acuerdo a lo estipulado en las condiciones particulares
- 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,
- Enfermedades Congénitas.-
- incluyendo los gastos médicos incurridos en relación con una Enfermedad que haya sido causada o agravada por las Enfermedades mencionadas;

**2.** Incurrido en un Hospital que no haya sido aceptado por el BSE (salvo lo establecido en el artículo 7º de las Condiciones Generales) o sin la previa autorización del BSE; o incurrido fuera de los Estados Unidos de América (incluyéndose Puerto Rico);

3. Incurrido por Maternidad, incluyendo embarazo, parto y complicaciones del embarazo; o incurrido por aborto voluntario, y sus consecuencias, aunque fuera realizado en países donde no estuviera penado por la ley;
4. Suministrado durante el Período de Espera, tal como se define este término en el Contrato;
5. Proporcionado a recién nacidos, patológicos o no, gestados mediante los procedimientos de fertilización asistida y sus consecuencias.
6. Considerado Experimental o electivo, 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
7. Realizado con fines exclusivamente de diagnóstico, o con el objeto de efectuar revisiones periódicas de salud;
8. Que exceda los gastos Razonables y Acostumbrados; o que no sea Médicamente 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;
9. 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;
10. 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.
11. 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; o 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;
12. 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;
13. 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;

14. 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;
15. 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)
16. 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;
17. 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.
18. 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;
19. Servicios de traslado o ambulancia aérea;
20. Cualquier condición relacionada con el virus HIV positivo del tratamiento del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o del Síndrome Completo Relativo al SIDA (SCRS).
21. 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.
22. Proporcionado en relación con, o como resultado de cualquier enfermedad que no esté cubierta bajo este Contrato; o que resulte de una condición preexistente.

**Artículo 7.-RED DE PROVEEDORES Y PRESTADORES MEDICOS EN LOS ESTADOS UNIDOS:**

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.

**CONDICIONES PARTICULARES DEL CONTRATO CELEBRADO  
ENTRE "BSE" Y EL CONTRATANTE**

**Artículo 1 COMIENZO DE LA COBERTURA**

Vigencia de estas Condiciones: 1° de Mayo de 2019.-

**Artículo 2 DURACIÓN DE LA COBERTURA**

Esta cobertura tendrá vigencia de 12 meses a partir de la fecha de Comienzo de la Cobertura y se renovará automáticamente a su vencimiento por períodos anuales, mientras ninguna de las partes manifieste su intención de no renovarla o de cancelarla de acuerdo a lo establecido en las Cláusula 2a. de las Condiciones Generales y 3a. de estas Condiciones Particulares.

Será responsabilidad del Contratante comunicar a sus socios y/o afiliados la cancelación de esta cobertura en el caso que se resuelva la rescisión, caducidad o anulación del contrato celebrado entre el BSE y el Contratante.

**Artículo 3 CANCELACIÓN DE LA COBERTURA:**

Por nota con noventa (90) días de pre aviso en relación a la fecha de renovación.

**Artículo 4 RIESGOS CUBIERTOS:**

**Módulos de internación quirúrgica hospitalaria** en la Red de Prestadores o proveedores de servicios médicos en los Estados Unidos de América (incluyéndose Puerto Rico).

Como excepción se cubrirá la internación hospitalaria post-quirúrgica en la Red de Prestadores o Proveedores de Servicios Médicos en los Estados Unidos de América (incluyéndose Puerto Rico), cuando fuera continuación de una cirugía que por razones de urgencia debió realizarse en la República Oriental del Uruguay bajo la cobertura de su Plan Nacional de Salud o del Contratante, 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 5, inciso IV, apartado b) de estas Condiciones Particulares.

**Artículo 5 BENEFICIOS POR PERSONA, DEDUCIBLES:**

**I.- Beneficio máximo:** pagadero por año póliza y/o por siniestro, por Beneficiario:

**U\$S 500.000**

**II.- Deducible:** Por siniestro, 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 quirúrgica hospitalaria:**

Internación clínica quirúrgica hospitalaria (Limitados a los Gastos Cubiertos Incurridos por un Beneficiario durante un período de Hospitalización, incluyendo los servicios de ambulancia en USA)

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 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 hasta

**U\$S 10.000.-**

Se incluye como beneficio dentro del sub-límite de Quimioterapia y Radioterapia hasta el capital indicado, el tratamiento de Gamma Knife: tratamiento de las lesiones vasculares y tumorales, malignas y no malignas, mediante procedimientos Endovasculares tales como embolización, coils, y radio quirúrgicos, aun cuando el periodo de internación del paciente sea inferior a 24 horas.

**c) 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:

**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 semi-privada, 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.

**8) 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.

**Artículo 6.- MONEDA DEL CONTRATO**

Dólares de los Estados Unidos de América.

**Artículo 7.- COSTO Y PARTICIPACIÓN**

Conforme a lo acordado con el Contratante.

**Artículo 8-TERRITORIO Y PRESTADORES**

Estos tratamientos y trasplantes se realizarán únicamente en los Estados Unidos de América (incluyéndose Puerto Rico), y en la Red de Proveedores de Servicios a que hace referencia el artículo 7 de las Condiciones Específicas y teniendo en cuenta lo establecido en el artículo 8º de las Condiciones Generales.

**Artículo 9.- PREEXISTENCIAS - CARENCIAS Y LIMITES DE EDAD**

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 el Certificado Individual, para que los Gastos Médicos incurridos sean considerados Gastos Médicos cubiertos. No obstante, no tendrán un período de espera los servicios requeridos como resultado de un Accidente.

Contrariamente a lo establecido en las Condiciones Específicas, se establece el siguiente régimen para las preexistencias:

1.- No se cubrirán en esta póliza las enfermedades o condiciones preexistentes (cualesquiera su naturaleza) que afecten a los Asegurados y que hayan sido detectadas antes o a su ingreso como Socios/Afiliados del Contratante.

2.- Cuando la enfermedad o condición preexistente haya aparecido con posterioridad a su ingreso como Socio /Afiliado del Contratante, pero antes de su ingreso como Asegurado de esta póliza, dicha condición será cubierta luego de un período de espera o carencia de dos años a contar desde el ingreso a la presente póliza siempre que:

a) sea comunicada al Banco de Seguros del Estado en la solicitud de ingreso a la presente cobertura.

b) dicha condición no sea excluida de la cobertura mediante comunicación escrita, en cuyo caso, el BSE no será responsable por ningún gasto incurrido en relación con la condición ó enfermedad, ni por los gastos ocasionados como consecuencia de patologías derivadas de dicha condición o enfermedad.

**Artículo 10.- REQUISITOS DE INGRESO:**

1.- La admisión de socios/afiliados del Contratante hasta los 60 años de edad inclusive, se hará previa declaración jurada de salud, que se cumplirá en los formularios que el BSE utilice a tales efectos.

2.- La admisión de un asegurado del Contratante a partir de los 61 años y hasta los 65 años de edad como asegurado de esta Póliza se hará previa declaración jurada de salud y examen médico. Los gastos incurridos por estos exámenes serán de total cargo del solicitante. En su caso, podrán establecerse para el asegurado períodos especiales de carencia. Luego de los 65 años, no se admitirá el ingreso de Asegurados a esta Póliza

3.- La admisión de un Afiliado del Contratante que tenga su residencia habitual fuera del Departamento de Montevideo y que reciba sus servicios asistenciales en el ámbito nacional en Instituciones radicadas en otros Departamentos que tengan convenios con el Contratante, se hará previo cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad que haya establecido el Banco de

Seguros, luego de analizar la declaración jurada de salud que debe ser presentada con la firma del médico de cabecera o por el Director Médico de la Institución donde habitualmente recibe sus servicios asistenciales, o por los profesionales que designe el BSE, en su caso.-

4.- La admisión de un afiliado del Contratante que haya residido fuera del país durante los últimos dos años, se hará previo cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad que haya establecido el Banco de Seguros, luego de analizar la Declaración Jurada de Salud que debe ser

presentada con la firma del médico de cabecera. El BSE podrá solicitar en los casos en que no hay antecedentes un examen médico al solicitante.

**5.- Edad máxima de permanencia:** Luego de ingresado a la Póliza, el Asegurado no tendrá edad máxima de permanencia en esta póliza.

**CONDICIONES ESPECIALES: ENDOSO 1**

**Póliza de Seguro de Salud**

**Cobertura de Internación Clínica Quirúrgica Hospitalaria**

El Contrato de Agrupamiento Número 72370, identificado como Cobertura de Internación Clínica Quirúrgica Hospitalaria, efectuado entre **Banco de Seguros del Estado y SUAT S.C.**, queda enmendado, en virtud del conocimiento y aprobación de las partes, pero solamente en lo que concierne a las pólizas de seguro de salud emitidas bajo el referido Contrato de Agrupamiento a los afiliados de **SUAT S.C.**, en la forma que a continuación se indica:

**Condiciones Particulares del Contrato Celebrado entre el Banco de Seguros del Estado y el Contratante**

**Artículo 5**, Beneficios por Persona, Deducibles, Inciso IV Beneficios que paga El Plan, Numeral B Servicios Ambulatorios, que forma parte de las Condiciones Particulares de la referida póliza queda modificado como a continuación se describe:

**Servicios Ambulatorios:**

1. Como excepción, y limitado a los Gastos Cubiertos incurridos por un asegurado como paciente externo de 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\$S 50,000.-**

Se incluye como beneficio adicional dentro del sub.-límite de Quimio y Radioterapia que se describe en este Endoso, el tratamiento de Gamma Knife, el cual consiste en el tratamiento Medicamente Necesario de lesiones vasculares y tumorales, aun cuando las mismas no sean causadas por la enfermedad de cáncer, y sin tener en cuenta si se trata de lesiones malignas o no malignas, proporcionado mediante procedimientos: (1) Endovasculares, tales como embolización, y “coils”; (2) radio quirúrgicos .

Los beneficios pagaderos por el tratamiento de Gamma Knife están incluidos en el beneficio máximo de U\$S 50,000.- pagadero por Quimioterapia y/o Radioterapia, anteriormente indicado, y sujeto a la satisfacción del deducible correspondiente. Se pagarán beneficios por el tratamiento de Gamma Knife aun cuando el período de internación hospitalaria del paciente sea inferior a las 24 horas.

**2. Gastos Pre y Post operatorios:**

Tratamientos y ó 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 éste durante una Internación Hospitalaria cubierta por este seguro, (indicados en el Artículo 4 RIESGOS CUBIERTOS de estas Condiciones Particulares) y siempre que tales servicios sean:

- Proporcionados al asegurado como Paciente Externo de un Hospital o Centro de Trasplante.
- 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 definitivamente por el médico de cabecera. Se pagarán beneficios hasta el límite indicado en estas Condiciones Particulares.***

**Beneficio máximo pagadero por año póliza por Tratamientos**

**y/o Servicios Pre-operatorios ..... U\$S 20,000.-**

**Beneficio máximo pagadero por año póliza por Tratamientos**

**y/o Servicios Post-operatorios ..... U\$S 20,000.-**

La póliza queda modificada solamente en lo que refiere a este Endoso. Todas las cláusulas, y demás términos y condiciones de la misma, incluyendo todas las limitaciones y exclusiones, con la única excepción de la referente a los tratamientos ambulatorios mencionadas en el párrafo anterior, se mantienen vigentes.

**CONDICIONES ESPECIALES: ENDOSO 2**

**Póliza de Seguro de Salud**

**Cobertura de Internación Clínica Quirúrgica Hospitalaria**

El Contrato de Agrupamiento Número 72370, identificado como Cobertura de Internación Clínica Quirúrgica Hospitalaria, efectuado entre **Banco de Seguros del Estado y SUAT S.C.**, queda enmendado, en virtud del conocimiento y aprobación de las partes, pero solamente en lo que concierne a las pólizas de seguro de salud emitidas bajo el referido Contrato de Agrupamiento a los afiliados de **SUAT S.C.**, en la forma que a continuación se indica:

Sujeto a todas las demás condiciones, exclusiones y términos acordados bajo el citado Contrato de Agrupamiento, las partes acuerdan incluir como Riesgos Cubiertos bajo la Cobertura de Internación Quirúrgica Hospitalaria en los Estados Unidos de América, e identificada de aquí en adelante como “Póliza de Seguro de Salud”, los gastos Razonables y Acostumbrados incurridos por un afiliado por concepto de **Servicio de Segunda Opinión Médica**, de aquí en adelante identificado como “Interconsulta(s)”, que esté referida a una patología cubierta bajo la Póliza de Seguro de Salud.

Los beneficios pagaderos bajo este Endoso por Interconsultas estarán sujetos a los siguientes términos y condiciones:

- 1.- La tramitación y coordinación de las Interconsultas se efectuará únicamente a través de la compañía de asistencia contratada para este fin, la cual queda identificada de aquí en adelante como “La Compañía”. Entre las funciones de La Compañía se incluyen las siguientes:
  - Proveer al paciente de la autorización inicial para obtener el servicio de Interconsulta;
  - Mantener el control del número total de Interconsultas efectuadas durante un año póliza;
  - Proporcionar nómina de Prestadores del Servicio de Interconsulta a disposición para la elección por parte del Contratante.
  
- 2.- El médico de cabecera del paciente asegurado y/o el Contratante, que asiste a éste en el territorio de la República Oriental del Uruguay deberá certificar por escrito la necesidad médica de la Interconsulta para su paciente. El Contratante deberá enviar dicho certificado a La Compañía, a fin de obtener la autorización de ésta.

- 3.- Todas las Interconsultas deberán ser efectuadas por médicos licenciados en los Estados Unidos de América y debidamente acreditados como especialistas en el ramo de Medicina que corresponda a la condición o enfermedad del paciente. El objetivo básico de las Interconsultas es el proveer al paciente de una segunda opinión médica profesional, mediante el análisis del historial médico del paciente, permitiéndole a éste y a su médico, el tener acceso a información y recursos médicos más avanzados. El reporte médico obtenido como resultado de la Interconsulta, deberá ser enviado de vuelta al Contratante a través de La Compañía.
- 4.- El beneficio pagadero por cada Interconsulta será el 100% de los gastos Razonables y Acostumbrados, sujeto a todas las condiciones, exclusiones y límites de beneficios indicados en la Póliza de Seguro de Salud.
- 5.- El número total de Interconsultas pagaderas bajo este Endoso, no podrá exceder a un máximo de cinco (5) Interconsultas a efectuarse entre el número total de afiliados a SUAT S.C., que están asegurados bajo la Póliza de Seguro de Salud, por cada año póliza.

La Póliza de Seguro de Salud queda modificada exclusivamente en relación con los cambios indicados en el presente Endoso. Todos los demás términos y condiciones de la misma, incluyendo definiciones, período de espera, y limitaciones, se mantienen vigentes.

**CONDICIONES ESPECIALES: ENDOSO 3**

**Póliza de Seguro de Salud**

**Cobertura de Internación Clínica Quirúrgica Hospitalaria**

El Contrato de Agrupamiento Número 72370, identificado como Cobertura de Internación Clínica Quirúrgica Hospitalaria, efectuado entre **Banco de Seguros del Estado y SUAT S.C.**, queda enmendado, en virtud del conocimiento y aprobación de las partes, pero solamente en lo que concierne a las pólizas de seguro de salud emitidas bajo el referido Contrato de Agrupamiento a los afiliados de **SUAT S.C.**, en la forma que a continuación se indica:

**Condiciones Específicas del Contrato Celebrado entre el Banco de Seguros del Estado y el Contratante**

Contrariamente a lo establecido en el inciso 13 del Artículo 6 de Limitaciones y Exclusiones y aun cuando no se hayan utilizado los gastos médicos previstos en el Contrato para el tratamiento de la patología o accidente que origina la necesidad de rehabilitación, se cubren los tratamientos de Rehabilitación limitados a terapia ocupacional y física, siempre que los mismos:

1. sean considerados médicamente necesarios para reestablecer la pérdida de una función corporal debido a:
  - un accidente cubierto bajo el contrato y ocurrido durante el periodo de vigencia del mismo, o
  - un tratamiento post quirúrgico de una patología cubierta bajo el contrato y ocurrida durante el periodo de vigencia del mismo.
  
2. hayan sido coordinados y programados inmediatamente después de que se haya proporcionado al paciente el tratamiento cubierto, o
  
3. comiencen a prestarse al paciente dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha en la que ocurrió el tratamiento cubierto.

**Beneficio máximo pagadero por año póliza, por siniestro y por persona asegurada por Tratamiento de Rehabilitación ..... U\$S 30.000.-**

La póliza queda modificada solamente en lo que refiere a este Endoso. Todas las cláusulas, y demás términos y condiciones de la misma, incluyendo todas las limitaciones y exclusiones, con la única excepción de lo mencionado en el párrafo anterior, se mantienen vigentes.

**CONDICIONES ESPECIALES: ENDOSO 4**

**Póliza de Seguro de Salud**

**Cobertura de Internación Clínica Quirúrgica Hospitalaria**

El Contrato de Agrupamiento Número 72370, identificado como Cobertura de Internación Clínica Quirúrgica Hospitalaria, efectuado entre **Banco de Seguros del Estado y SUAT S.C.**, queda enmendado, en virtud del conocimiento y aprobación de las partes, pero solamente en lo que concierne a las pólizas de seguro de salud emitidas bajo el referido Contrato de Agrupamiento a los afiliados de **SUAT S.C.**, en la forma que a continuación se indica:

- **Se amplía el ámbito territorial de cobertura a los siguientes países: Argentina, Brasil y Chile** para los Módulos de internación hospitalaria y los tratamientos y servicios ambulatorios que se describen en las condiciones particulares 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 “
- Por lo anteriormente expuesto cada vez que en las Condiciones Generales, Específicas o Particulares hace referencia a los **Estados Unidos de América, se entiende que dicha definición queda extendida a Argentina, Brasil y Chile.**

La Póliza de Seguro de Salud queda modificada exclusivamente en relación con los cambios indicados en el presente Endoso. Todos los demás términos y condiciones de la misma, incluyendo definiciones, período de espera, y limitaciones, se mantienen vigentes.

**CONDICIONES ESPECIALES: ENDOSO 5**

**Póliza de Seguro de Salud**

**Cobertura de Internación Clínica Quirúrgica Hospitalaria**

El Contrato de Agrupamiento Número **72370**, identificado como Cobertura de Internación Clínica Quirúrgica Hospitalaria, efectuado entre **Banco de Seguros del Estado y SUAT S.C.**, queda enmendado, en virtud del conocimiento y aprobación de las partes, pero solamente en lo que concierne a las pólizas de seguro de salud emitidas bajo el referido Contrato de Agrupamiento a los socios de **SUAT S.C.**, en la forma que a continuación se indica:

**Condiciones Específicas del Contrato Celebrado entre el Banco de Seguros del Estado y el Contratante**

**Enfermedades Congénitas**

1. Congénitas diagnosticadas al nacimiento, se cubren con sublímite de U\$S 30.000 de por vida, si la inclusión del recién nacido fue realizada como asegurado prenatal.
2. Congénitas diagnosticadas antes del ingreso al seguro, no se cubren.
3. Congénitas no diagnosticadas, cobertura normal con un sublímite de U\$S 200.000 por patología por año.

La póliza queda modificada solamente en lo que refiere a este Endoso. Todas las cláusulas, y demás términos y condiciones de la misma, incluyendo todas las limitaciones y exclusiones, con la única excepción de la referente a los tratamientos ambulatorios mencionadas en el párrafo anterior, se mantienen vigentes.