

TÉRMINOS DE LA PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES

IMPORTANT NOTE: The following is a **non-binding** translation that serves for informational purposes only.

NOTA IMPORTANTE: La siguiente es una traducción **complementaria y sin valor legal** que sirve únicamente para propósitos de información.

TABLA DE BENEFICIOS

En respecto, esta póliza solamente cubre aquellos beneficios que tengan un monto (o porcentaje de la Suma Capital de Cobertura) emparejado al lado derecho.

1. Muerte	100%
2. Pérdida total e irremediable de la vista en ambos ojos	100%
3. Pérdida total e irremediable de la vista en un solo ojo	50%
4. Pérdida de dos extremidades	100%
5. Pérdida de una extremidad	50%
6. Pérdida total e irremediable de la vista en un ojo y pérdida de una extremidad	100%

PÓLIZA

Esta póliza, junto con su **tabla de indemnización**, el formulario de solicitud y cualquier endoso, sirve como evidencia del contrato entre el **titular de la póliza** y **nosotros**. **Nosotros** acordamos el proveer la cobertura de seguro descrita en esta póliza solamente si la prima se paga a tiempo y si **nosotros** acordamos aceptarla.

DEFINICIONES

Nosotros utilizamos palabras en esta póliza que tienen un significado específico, y a veces esos significados pueden ser únicos a la póliza. Estas palabras se muestran más abajo, y cada vez que se utilizan en la póliza y en la **tabla de indemnización**, aparecen en **negrita**.

Accidente: significa un evento repentino, inesperado, fuera de lo común, y específico que ocurre en un tiempo y lugar identificable mientras que la póliza está vigente.

Lesión Corporal: significa una lesión física identificable que:

- ha sucedido a causa de un **accidente**, y
- tiene un motivo único e independiente a otras causas, con excepción de una **enfermedad** directamente relacionada con la lesión, una intervención médica o quirúrgica que se ha determinado como necesaria para el tratamiento de dicha lesión, o **su** muerte o discapacidad dentro de un rango de doce meses desde la fecha del **accidente**.

Enfermedad: significa una afección, dolencia o padecimiento.

Pérdida de una extremidad: significa la pérdida debida a una separación física de una mano a nivel o más arriba de la muñeca o de un pie a nivel o más arriba del tobillo, y también incluye la pérdida total e irremediable del uso de una mano, un brazo o una pierna.

Pérdida de la vista: La **pérdida** total y permanente **de la vista** será considerada como ocurrida:

- en ambos ojos, si **su** nombre se añade al Registro de Personas Ciegas bajo la autoridad de un especialista oftalmólogo y se declara sin ninguna esperanza de recobrase.

- b) en un solo ojo, si el nivel de vista que resta después de la corrección es 3/60 o menos en la Escala de Snellen y se declara sin ninguna esperanza de recobrase.

Tiempo operativo: es el tiempo operativo como se muestra en la **tabla de indemnización**.

Permanente: significa que dura doce meses, y que después del transcurso de ese tiempo no haya esperanza de recuperación o mejoría.

Titular de la Póliza: es la persona nombrada como el titular de la póliza.

Tabla de indemnización: es el documento que muestra los detalles de cobertura que **Ud.** ha comprado, los cuales forman parte y deben ser leídos en conjunción con esta póliza.

Actividad Terrorista: se refiere a cualquier acto, o actos, de una persona o de un grupo(s) de personas, unidos por propósitos políticos, religiosos, ideológicos, u otro similar con la intención de influir a cualquier gobierno y/o atemorizar al público, o a cualquier sector del público. La **actividad terrorista** puede incluir el uso real de la fuerza o la violencia y/o la amenaza del uso de ambas, pero no se limita a éstas. Además, los perpetradores de la **actividad terrorista** pueden actuar solos, a nombre de alguien, o en conexión con cualquier organización(es) o gobierno(s).

Nosotros, Nuestro(a)(s), nos: significa ciertos Aseguradores.

Ud., Su(s), Ud. mismo: significa cualquier persona de 18 a 75 años de edad nombrada como una persona asegurada en la **tabla de indemnización**.

QUÉ ES LO QUE ESTÁ CUBIERTO

Si Ud. sufre una **lesión corporal** durante el **tiempo operativo** el cual resulta en muerte o discapacidad dentro del período de 12 meses, entonces **nosotros** le pagaremos a **Ud.** un monto que se iguala a la suma establecida en la **Tabla de indemnización**.

EXCLUSIONES

Nosotros no le pagaremos ninguna reclamación directa o indirectamente a causa de o atribuida a:

1. (a) Guerra, declarada o no, entre cualquier de los siguientes países, a saber, China, Francia, el Reino Unido, la Federación Rusa y los Estados Unidos de América, o
(b) Guerra en Europa, declarada o no, que no sea parte de una acción de reforzamiento por parte de o a nombre de las Naciones Unidas, en la cual cualquiera de los países mencionados en (a) anteriormente o cualquier fuerza armada esté involucrada;
2. **Actividad Terrorista** que implique el uso o el lanzamiento o la amenaza de cualquier arma nuclear o dispositivo o químico o agente biológico, independientemente de cualquier causa(s) contribuyente (s);
3. Contaminación radioactiva;
4. **Ud.** tomando parte en:
 - a) deberes operacionales como un miembro de las Fuerzas Armadas;
 - b) el buceo que implique el uso de aparatos para facilitar la respiración debajo del agua, el escalar montañas o rocas que normalmente impliquen el uso de cuerdas o guías, la espeleología, el vuelo con ala delta, el paracaidismo, el cazar a caballo, o el conducir, o ser pasajero(a), en cualquier tipo de carrera;
 - c) el conducir, o ser pasajero(a), de una motocicleta o de un escúter, excepto por ciclomotores;
 - d) deportes profesionales;
5. **Ud.** participando en vuelos, excepto como pasajero en un avión licenciado para transportar pasajeros;
6. **Ud.** intentando cometer o cometiendo autolesiones o suicidio;
7. Cualquier acto criminal o ilegal que **Ud.** cometa;
8. El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirido (SIDA) o el síndrome de adenopatía linfáticos (SAL) sin importar la manera en la que el síndrome se ha adquirido o el nombre que se le puede asignar;
9. El exponerse deliberadamente a un nivel de peligro extraordinario (excepto cuando se intente salvar una vida humana);

10. Estar **Ud.** bajo la influencia del alcohol o drogas (excepto si esa droga fuere prescrita por un médico calificado pero no para el tratamiento de una adicción a drogas);

11. **Enfermedad.**

LÍMITES GENERALES

Limitaciones de beneficios

Si una muerte ocurre a causa de una **lesión corporal** y ocurre dentro de un período de 12 meses desde la fecha del **accidente**, **nosotros** le pagaremos el dividendo de defunción tal como aparece en la **tabla de indemnización** solamente.

En la Tabla de Beneficios, **nosotros** nos haremos cargo de los pagos pertenecientes a los beneficios del 1 al 6 solamente para una **persona asegurada** en respecto a cualquier **accidente** y la cobertura bajo esta póliza terminará para esa persona luego del día de pago.

Condiciones médicas preexistentes

Si **Ud.** tiene una condición física o médica preexistente y **Ud.** tiene un **accidente** y sufre una **lesión corporal**, **nosotros** haremos que un médico independiente evalúe lo siguiente:

- a) Si **su** condición médica preexistente ha contribuido a su discapacidad post-**accidental**; o
- b) Si la discapacidad post-**accidental** ha empeorado su condición física o médica preexistente.

En cualquiera de ambos casos, **nosotros** le pediremos al médico que evalúe la diferencia entre **su** condición física o médica previa y posterior al **accidente**. Cualquier pago se basará en la diferencia, la cual será expresada como un porcentaje y aplicada al beneficio apropiado en la Tabla de Beneficios.

CONDICIONES GENERALES

Cambio de negocio

Ud. deberá notificarnos de cualquier cambio en **su** negocio, comercio o profesión dentro de un margen de tiempo razonable que no exceda treinta (30) días.

Plazo de devolución

Si la cobertura no es del agrado del **titular de la póliza** porque ésta no cumple los requerimientos esperados, entonces el **titular de la póliza** puede cancelar esta póliza dentro de catorce (14) días después del comienzo de la póliza o el día en que el **titular de la póliza** recibe los documentos, cualquiera suceda después.

Nosotros le haremos un reembolso completo de cualquier prima pagada al **titular de la póliza** siempre y cuando no se haya hecho ninguna reclamación durante ese período. **Nosotros** le proveeremos este reembolso dentro de 30 días después de la fecha en la cual recibimos noticia de cancelación del **titular de la póliza**.

Cancelación de la póliza después del período de devolución

El **titular de la póliza** puede cancelar esta póliza mediante un aviso por escrito con treinta (30) días de anticipación. La cobertura se termina el día en que **nosotros** recibamos el aviso de cancelación. **Nosotros** también podemos cancelar esta póliza enviándole con treinta (30) días de anticipación al **titular de la póliza** un aviso escrito por correo a la última dirección conocida.

Acto de contratos de 1999 (el derecho de terceras personas)

El Acto de Contratos de 1999 (el derecho de terceras personas) no se aplicará a esta póliza. Ningún tercero tendrá derecho a recibir beneficios de esta póliza. Esta póliza se puede cambiar o cancelar sin la autorización de terceros.

Acto de protección de datos de 1998

Ud. entiende que cualquier información que se **nos** haya entregado acerca de **Ud.** será procesada por **nosotros**, de acuerdo a provisiones del Acto de protección de datos de 1998, con el propósito de proveer un seguro y el manejo de reclamaciones, si alguno hubiese, que requiera el proveer tal información a terceras personas.

Desaparición

Si **Ud.** desaparece y si después de un período de tiempo adecuado es razonable el pensar que **Ud.** ha muerto a causa de **lesiones corporales**, entonces **nosotros** pagaremos el dividendo de defunción tal como se ha escrito

en la **tabla de indemnización**. Si este razonamiento prueba ser incorrecto, entonces la cantidad que se ha pagado se **nos** debe reembolsar.

Exposición

Para los propósitos de esta póliza, la exposición a condiciones de clima severas será vista como un **accidente**.

Fraude o engaño

Cualquier fraude, engaño o encubrimiento deliberado que **Ud.** haya hecho al solicitar cobertura o al hacer una reclamación hará que la póliza se anule y se invalide. En ese caso, cualquier beneficio que se deba bajo el contrato de la póliza se perderá, incluyendo cualquier beneficio que ya se haya pagado. No se devolverá ninguna prima.

Ley y jurisdicción

Las personas son libres de elegir la ley que se aplicará a este contrato de seguro. A no ser de que se acuerde lo contrario, este contrato será regido por la ley inglesa.

Interés

Ninguna suma que se deba pagar bajo esta póliza estará sujeta a interés.

Limitación

En ningún caso será posible que nuestra responsabilidad de pago en respecto a **Ud.** exceda la suma mayor que se ha asegurado en la **tabla de indemnización**.

Cumplimiento – falla de cumplir con las condiciones de póliza

Nuestra responsabilidad de hacer pagos bajo esta póliza está ligada a la condición de que **Ud.** observe todos los términos acordados, provisiones, condiciones y endosos de esta póliza. Si **Ud.** no cumple con la obligación de actuar de la manera especificada en esta póliza, esto puede perjudicar **su** posición de recuperar montos bajo cualquier reclamación.

Pago de beneficios

El dividendo de defunción se pagará a **su** representante(s) o ejecutor(es) personal(es) y el recibo de este monto hará que **nuestra** responsabilidad bajo la póliza termine. Cualquier otro beneficio se pagará al **titular de la póliza**, quien es el objeto de la reclamación.

Alteración de la póliza

Nosotros podemos cambiar los términos y las condiciones de la póliza, incluyendo la prima, tal como sea considerado necesario para acomodar a cualquier evento fuera de **nuestro** control que **nosotros** esperamos tendrá un impacto en futuras reclamaciones, el cual **nosotros** no pudimos haber previsto razonablemente la última vez que las hipótesis fueron revisadas, o en el evento de cualquier cambio en la ley que afecta a la póliza, por ejemplo un cambio en el Impuesto a Primas de Seguros. Antes de hacer cualquier cambio, **nosotros** enviaremos un aviso por escrito al **titular de la póliza** con treinta (30) días de anticipación a la última dirección conocida. Alternativamente, el **titular de la póliza** puede cancelar esta póliza y dejar de hacer pagos de primas por completo.

PROCEDIMIENTO DE RECLAMACIONES

Si **Ud.** desea hacer una reclamación bajo esta póliza, lo puede hacer por escrito a:

RFIB
20 Gracechurch St
London
EC3V 0AF
Teléfono: +44 (0) 20 7621 1263
Fax: +44 (0) 20 7623 6175
Email: david.ambridge@rfib.co.uk

Ud. nos debe notificar tan pronto como sea razonablemente práctico después de sucedido el **accidente**, completando una forma de reclamación y retornándola a **nosotros**.

Su reclamación puede ser rechazada si **Ud.** espera un largo tiempo posterior al accidente, lo que hace que una investigación **nuestra** sea muy dificultosa o imposible de completar adecuadamente.

Nosotros podemos solicitarle que se someta a uno o más exámenes médicos. Si lo hacemos, **nosotros** pagaremos el costo de los exámenes si lo hemos acordamos de antemano. Si **Ud.** no se presenta y no tiene una buena razón por haber faltado, entonces **su** reclamación puede ser rechazada.

Nosotros le solicitaremos que **Ud.** nos provea certificados e información que atesten su **reclamación** pagados por **Ud.** Si **Ud.** no nos provee la información que **nosotros** necesitamos, entonces **su** reclamación puede ser rechazada.

Si **Ud.** da cualquier testimonio a favor de su **reclamación** que sea engañoso o que se descubre sea incorrecto, **su** reclamación será rechazada y **su** póliza será cancelada. Cualquier monto que se haya pagado previamente se **nos** debe devolver de inmediato. **Nosotros** nos reservamos el derecho de pedir un examen post-mortem o autopsia pagado por nuestra cuenta.

PROCEDIMIENTO PARA QUEJAS

Nosotros nos dedicamos a proveerle a **Ud.** con un servicio de alta calidad, y nos queremos asegurar que **nosotros** mantengamos esa calidad todo el tiempo. Si **Ud.** considera que **nosotros** no le hemos ofrecido un servicio de primera calidad, por favor escríbanos informándonos al respecto para así **nosotros** hacer todo lo posible para solucionar el problema.

Si **Ud.** tiene cualquier pregunta o duda acerca de **su** seguro o el manejo de una reclamación, **Ud.** debería comunicarse de inmediato con la siguiente persona:

RFIB
20 Gracechurch St
London
EC3V 0AF
Teléfono: +44 (0) 20 7621 1263
Fax: +44 (0) 20 7623 6175
Email: stephen.grant@rfib.co.uk

CLÁUSULA DE SECUESTRO

Sujeto a los términos y condiciones de la póliza, por la presente se acuerda que el término "**Accidente**" incluirá el secuestro, o cualquier otro atentado de allí, y la exposición que resulta por el mismo.

La cobertura referida anteriormente continuará mientras que el **titular de la póliza** esté bajo el control de la persona(s) o sus asociados que están llevando a cabo el secuestro durante el viaje directo a su domicilio y/o destinación original, por un período que no exceda doce meses desde el día que comenzó el secuestro.

Definición

Secuestro significa la detención ilegal o ejercicio abusivo de control de una nave o transporte aéreo, o de la tripulación presente, en la cual el **titular de la póliza** está viajando como un pasajero(a).