

LLOYD'S
LMA 3133 SEGURO DE ACCIDENTES Y ENFERMEDAD
(Reino Unido)

Contrato de Seguro

Como contraprestación por el pago de la prima indicada en las Condiciones Particulares, el Asegurador cubrirá a la Persona Asegurada, sujeto a los términos y condiciones que contiene este contrato de seguros, o que se agreguen al mismo mediante endoso, contra lesiones y/o enfermedad en la forma y con el alcance que se establecen en este contrato que ocurran durante la vigencia del seguro.

CONDICIONES PARTICULARES

Póliza / Certificado No.:

Contrato No. (si lo hubiese)

Fecha de Propuesta:

Nombre del Asegurado:

Domicilio del Asegurado:

Actividad del Asegurado:

Vigencia del Seguro: Desde el .../.../... hasta el .../.../... (Ambos días incluidos) en el domicilio del Asegurado y durante los períodos posteriores que puedan pactar las partes.

Límites geográficos de este seguro: Mundial

Endosos y otras condiciones, si las hubiese:

Datos de contacto del intermediario de esta cobertura:

Prima:

Impuesto sobre la prima:

Fechado en Londres:

Cargo administrativo por cancelación:

NÓMINA DE BENEFICIOS (para cada Persona Asegurada):

Este contrato de seguro brinda los beneficios establecidos conforme a la Escala de Beneficios que se especifica en la Enumeración de Personas Aseguradas. Los porcentajes especificados en la siguiente Escala de Beneficios son porcentajes del capital Asegurado correspondiente a la Persona Asegurada.

No se otorga cobertura en los casos en que se insertan las letras N.C. (No Cubierto).

BENEFICIOS OTORGADOS POR LA SECCIÓN UNO: ACCIDENTES

		A	B	D	E	F	G
1	Muerte	100%	100%	100%	100%		100%
2	Pérdida de un miembro	N.C.	50%	50%	100%		50%
3	Perdida de dos o más miembros	N.C.	100%	100%	100%		100%
4	Pérdida de la visión de un ojo	N.C.	50%	50%	100%		100%
5	Pérdida de la visión de ambos ojos	N.C.	100%	100%	100%		100%
6	Pérdida de la visión de un ojo y pérdida de un miembro	N.C.	100%	100%	100%		100%
7	Invalidez total permanente (salvo la pérdida total e irrecuperable de la visión de uno o ambos ojos o pérdida de miembro(s))	N.C.	N.C.	100%	100%		100%

8. Invalidez total temporaria: la suma especificada en la Nómina de Personas Aseguradas que sufran dicha invalidez durante el período máximo de beneficio establecido en dicha Nómina, cualquiera sea la cantidad de accidentes que comiencen luego del vencimiento del período de carencia especificado en la Nómina de Personas Aseguradas, a contar desde la fecha en que la Persona Asegurada quedó inválida por primera vez.

BENEFICIOS OTORGADOS POR LA SECCIÓN DOS: ENFERMEDAD

		A	B	D	E	F	G
1	Pérdida de la visión de ambos ojos	N.C.	N.C.	N.C.	N.C.		100%
2	Invalidez Total Permanente	N.C.	N.C.	N.C.	N.C.		100%

3. Invalidez total temporaria: la suma especificada en la nómina de Personas Aseguradas aplicable para dicha invalidez durante el período máximo de beneficio establecido en dicha Nómina, cualquiera sea la cantidad de enfermedades que comiencen luego del vencimiento del período de carencia especificado en la nómina de Personas Aseguradas, a contar desde la fecha en que la Persona Asegurada quedó inválida por primera vez.

No se pagará el beneficio bajo más de uno de los rubros precedentes con respecto a las consecuencias de un accidente o de una enfermedad; tampoco se pagará el beneficio por invalidez total temporaria hasta que se haya determinado y prestado conformidad al monto total. Cuando se realice un pago por un beneficio de invalidez total temporaria, dicha suma se deducirá de toda suma fija que corresponda pagar con posterioridad con respecto al mismo accidente o enfermedad.

NÓMINA DE PERSONAS ASEGURADAS

Nombre	Ocupación	Fecha de Nacimiento	Suma Asegurada	Escala de Beneficios	Fecha de Propuesta

Nombre	Invalidez Temporaria (Suma Semanal)		Período de Carencia (Días)		Período Máximo del Beneficio (Semanas)	
	Beneficios					
	Sección 1 Beneficio 8	Sección 2 Beneficio 3	Sección 1 Beneficio 8	Sección 2 Beneficio 3	Sección 1 Beneficio 8	Sección 2 Beneficio 3

Índice

Definiciones

Información importante

Información suministrada por el Asegurado al Asegurador
Notificación al Asegurador de modificaciones o inexactitudes

Cancelación del seguro
Reintegro de prima

Coberturas

Sección Uno – Accidente

Sección Dos – Enfermedad

Coberturas excluidas

Cómo presentar un reclamo

Indemnización

Sanciones

Elección de legislación aplicable

Derechos de terceros

Formato de la póliza

Definiciones

Los siguientes términos tendrán los significados que se indican en cada caso.

Accidente	Significa un suceso súbito, inesperado, inusual, específico y externo que sucede durante la vigencia del seguro en un momento y lugar identificables.
Asegurado	El Asegurado designado en las Condiciones Particulares.
Asegurador	Los suscriptores del Lloyd's que participan en este seguro.
Condiciones Particulares	Significa las páginas de este documento en las que se indica el nombre del Asegurado y la vigencia del seguro. Las Condiciones Particulares incluyen la Nómina de Beneficios (para cada Persona Asegurada) y la Nómina de Personas Aseguradas.
Enfermedad	Significa una afección o enfermedad que sufre la Persona Asegurada cuyos síntomas aparecen por primera vez durante la vigencia del seguro y que resulta, en forma exclusiva e independiente de cualquier otra causa, en la invalidez total de la Persona Asegurada dentro de los doce (12) meses consecutivos posteriores a la primera aparición de los síntomas.
Intermediario	El productor o intermediario indicado en las Condiciones Particulares que colocó este seguro en nombre del Asegurado.
Invalidez Total Permanente	Significa la invalidez que impide a la Persona Asegurada toda concurrencia a cualquier actividad comercial u ocupación para la que dicha persona está capacitada prácticamente por entrenamiento, educación, conocimiento de una actividad comercial o industrial o experiencia, si tal invalidez dura doce (12) meses consecutivos y, al finalizar este período, se encuentra más allá de cualquier esperanza de mejoría.
Invalidez Total Temporaria	Significa la invalidez que impide a la Persona Asegurada toda concurrencia a cualquier aspecto de su actividad comercial u ocupación.
Lesión	Significa una lesión física identificable que <ul style="list-style-type: none">• Es causada por un accidente, y que• Por sí sola e independientemente de cualquier otra causa (con excepción de una afección o dolencia provocada directamente por tal lesión o cualquier tratamiento médico o quirúrgico que sea necesarios por tal lesión) resulta en la muerte o invalidez de la Persona Asegurada dentro de los doce (12) meses a contar desde la fecha del accidente
Parálisis	Significa la pérdida total e irreparable de la función de uno o más miembros.
Pérdida de miembro	Significa la pérdida permanente por separación física de una mano a la altura o arriba de la muñeca, o de un pie a la altura o arriba del tobillo, e incluye la pérdida total e irreparable del uso de una mano, brazo, pie o pierna de la Persona Asegurada.

Pérdida de la visión	Significa la pérdida total de la visión que, a criterio del Asegurador, afectó: <ul style="list-style-type: none">• ambos ojos si, sobre la base de la opinión de un especialista en oftalmología debidamente calificado, causa una visión residual en ambos ojos, luego de ser corregida, de 3/60 o menos en la escala de Snellen (lo que significa que la Persona Asegurada puede ver a una distancia no mayor de tres pies lo que debería poder ver a una distancia de sesenta pies); o• un ojo si, sobre la base de la opinión de un especialista en oftalmología debidamente calificado, causa una visión residual, luego de ser corregida, de 3/60 o menos en la escala de Snellen (lo que significa que la Persona Asegurada puede ver a una distancia no mayor de tres pies lo que debería poder ver a una distancia de sesenta pies); o
Período de beneficio	Significa el número de semanas consecutivas (establecidos en las Condiciones Particulares) durante las que se pagará un beneficio por invalidez total temporaria.
Período de carencia	Significa la cantidad de días consecutivos (establecida en las Condiciones Particulares) que debe transcurrir luego de la fecha en que la Persona Asegurada sufrió por primera vez la invalidez, antes de que corresponda el pago de un beneficio por invalidez total temporaria.
Persona asegurada	significa cada una de las personas nombradas en la Enumeración de Personas Aseguradas.
Vigencia del seguro	significa el período durante el cual está vigente este seguro según se indica en las Condiciones Particulares.

Información importante

Este contrato de seguro está integrado por el presente documento, las Condiciones Particulares y los endosos adjuntos (si los hubiese). Este seguro establece las condiciones del contrato de seguro celebrado entre el Asegurado y el Asegurador. Se aconseja leer cuidadosamente la totalidad de este documento que se recomienda guardar en lugar seguro.

Se recomienda tomar nota que bajo este seguro se brinda un seguro separado para lesiones causadas por accidente y para enfermedad.

Es importante que

- el Asegurado verifique que la información que contienen las Condiciones Particulares es exacta y que éstas reflejan las secciones de cobertura solicitadas por el Asegurado (Ver la siguiente sección "Información Suministrada por el Asegurador").
- el Asegurado notifique al Asegurador sobre cualquier inexactitud en la información que contienen las Condiciones Particulares, o cualquier modificación introducida en dicha información (ver en la página la sección "Notificación al Asegurador de Modificaciones o Inexactitudes").
- el Asegurado cumpla con los "Qué Deben Hacer el Asegurado y la Persona Asegurada" en caso de un reclamo (ver página), con las obligaciones del Asegurado en cada sección y sus obligaciones bajo el seguro en su conjunto.

El incumplimiento de lo establecido anteriormente podría tener un efecto adverso sobre este seguro y cualquier reclamo presentado por el Asegurado.

Información suministrada por el Asegurado al Asegurador

Para decidir la aceptación de este seguro y establecer sus condiciones y la prima, el Asegurador se ha basado en la información que le suministró el Asegurado. El Asegurado debe actuar con cuidado al responder las preguntas que le formule el Asegurador para cerciorarse que toda la información suministrada es exacta y completa.

Si el Asegurador establece que el Asegurado le suministró información falsa o engañosa en forma deliberada o imprudente, el Asegurador considerará que este seguro nunca existió y rechazará todos los reclamos. Sin embargo, si el Asegurador establece que una Persona Asegurada, actuando sin conocimiento del Asegurado, suministró información falsa o engañosa en forma deliberada o imprudente, el Asegurador considerará que este seguro nunca existió en cuanto se relacione con la Persona Asegurada en cuestión y se negará a pagar todos los reclamos relacionados con tal Persona Asegurada.

Si el Asegurador establece que el Asegurado suministró al Asegurador en forma imprudente información falsa o engañosa, ello podría tener un efecto adverso sobre este seguro y sobre cualquier reclamo presentado bajo el mismo. Por vía de ejemplo:

- el Asegurador podrá considerar que este seguro nunca existió negándose a pagar todos los reclamos y reintegrando la prima pagada. Sin embargo, si el Asegurador establece que una Persona Asegurada, actuando sin conocimiento del Asegurado, actuó en forma descuidada al suministrar información, el Asegurador considerará que este seguro nunca existió en cuanto se relacione con la Persona Asegurada en cuestión y se negará a pagar los reclamos relacionados con tal Persona Asegurada, reintegrando la proporción pertinente de la prima pagada que se relacione con ella. El Asegurador actuará de esta manera sólo si suministró al Asegurado una cobertura de seguro que de otro modo no habría ofrecido;

Si el Asegurador establece que el Asegurado o una Persona Asegurada actuaron en forma descuidada al suministrar información en la se basó el Asegurador para aceptar este seguro y establecer sus condiciones y la prima, el Asegurador:

- podrá modificar las condiciones de este seguro. Si un reclamo tuvo un efecto adverso por el descuido del Asegurado o de una Persona Asegurada, el Asegurador podrá aplicar estas condiciones modificadas como si ya estuviesen vigentes; o
- podrá requerir del Asegurado una prima superior por este seguro, o reducir la suma que pagará por un reclamo en la misma proporción existente entre la prima pagada por el Asegurado y la prima cuyo pago hubiese requerido el Asegurador; o
- podrá cancelar este seguro conforme a la siguiente sección "Cancelación del Seguro".

El Asegurador o el intermediario del Asegurado se comunicarán por escrito con el Asegurado si el Asegurador

- tiene la intención de tratar este seguro como si nunca hubiese existido; o
- necesita modificar las condiciones de este seguro; o
- requiere que el Asegurado pague más por este seguro.

Notificación al Asegurador de modificaciones o inexactitudes

Si el Asegurado toma conocimiento de que la información suministrada al Asegurador es inexacta o se ha modificado, deberá informarlo a su intermediario a la brevedad posible.

Una vez notificado el Asegurador que determinadas informaciones previamente suministradas por el Asegurado son inexactas o se han modificado, el Asegurador informará al Asegurado si ello afecta este seguro. Por vía de ejemplo, el Asegurador podrá modificar las condiciones de este seguro, requerir que el Asegurado pague más por el mismo, o cancelar este seguro conforme a la siguiente sección sobre "Cancelación del Seguro".

Si el Asegurado omite notificar al Asegurador que la información suministrada es inexacta o sobre modificaciones introducidas en la misma, este seguro podrá perder validez y el Asegurador podrá negarse a pagar un reclamo, o podrá reducir cualquier pago al Asegurado.

Cancelación del seguro

El Asegurado puede cancelar este seguro en cualquier momento mediante notificación escrita remitida a su intermediario.

El Asegurador puede cancelar este seguro previa notificación dada por escrito al Asegurado con treinta (30) días de antelación. El Asegurador sólo tomará tal medida por un motivo válido. Los siguientes son ejemplos de motivos válidos:

- Falta de pago de la prima;
- Una modificación del riesgo por la que el Asegurador no puede seguir suministrando la cobertura;
- Falta de cooperación o falta de presentación de información o documentación solicitada por el Asegurador; o
- El Asegurador tiene la intención de tratar este seguro como si nunca hubiese existido; o
- Comportamiento amenazante o abusivo o uso de lenguaje amenazante o abusivo.

Reintegro de prima

Este seguro tiene un período de reflexión de catorce (14) días desde la última de las siguientes fechas:

- la fecha en que el Asegurado recibe la documentación del seguro; o
- la fecha de inicio de vigencia del seguro.

Si el Asegurado cancela este seguro durante el período de reflexión, el Asegurador reintegrará la totalidad de cualquier prima pagada a condición de que el Asegurado no haya presentado un reclamo.

Si el presente seguro se cancela fuera del período de reflexión y a condición de que el Asegurado no haya presentado un reclamo, el Asegurado tendrá derecho al reintegro de cualquier prima pagada, sujeto a una deducción por cualquier período por el que el Asegurado haya gozado de cobertura. Esta deducción se calculará en forma proporcional. Por vía de ejemplo, si el Asegurado estuvo cubierto por seis (6) meses, la deducción por el tiempo en que la cobertura estuvo vigente será la mitad de la prima anual.

Si el Asegurado cancela este seguro fuera del período de reflexión se aplicará un cargo adicional que se indica en las Condiciones Particulares para cubrir el costo administrativo de otorgar el seguro.

Si el Asegurador paga total o parcialmente cualquier reclamo, no se hará lugar a ningún reintegro de prima.

Qué se cubre

Sección uno

Accidente

Esta sección sólo cubre reclamos que correspondan a la definición de lesión, y no cubre ningún reclamo que tenga por causa o al que contribuya una enfermedad.

Qué se cubre

El Asegurador pagará el beneficio indicado en la Nómina de Beneficios si la Persona Asegurada sufre una lesión durante la vigencia del seguro que tenga alguna de las siguientes consecuencias para la Persona Asegurada:

1. Muerte
2. Pérdida de un miembro
3. Pérdida de dos o más miembros
4. Pérdida de la visión de un ojo
5. Pérdida de la visión de ambos ojos
6. Pérdida de la visión de un ojo y pérdida de un miembro
7. Invalidez total permanente (que no sea la pérdida total e irrecuperable de la visión de uno o ambos ojos o pérdida de uno o más miembros))
8. Invalidez total temporaria

Condiciones

1. Si no se cubre el beneficio de muerte y un accidente resulta en la muerte de la Persona Asegurada dentro de los doce (12) meses posteriores a la fecha del accidente, no se pagará ningún reclamo salvo el de invalidez total temporaria por cualquier período que corresponda antes de la muerte.
2. Si se cubre el beneficio de muerte y un accidente resulta en la muerte de la Persona Asegurada dentro de los doce (12) meses posteriores a la fecha del accidente y antes de la liquidación final del beneficio por invalidez previsto en los rubros 2 a 7 precedentes, sólo corresponderá pagar el beneficio indicado en el rubro 1 anterior.
3. No corresponderá el pago de ningún beneficio por invalidez total permanente antes del vencimiento de doce (12) meses posterior a la fecha de aparición de la invalidez como consecuencia de una lesión.
4. Si se cubre el beneficio de muerte, también corresponderá pagarlo en caso de desaparición de la Persona Asegurada. El Asegurador otorgará este beneficio sólo si:
 - a) No se encuentra el cuerpo de la Persona Asegurada dentro de los doce (12) meses desde su desaparición, y se presentan suficientes pruebas que conduzcan inevitablemente al Asegurador a concluir que la Persona Asegurada sufrió una lesión y que ésta causó su muerte; y
 - b) La persona o personas a quienes se pague dicha suma se comprometan por escrito a reintegrarla al Asegurador si se determina posteriormente que la Persona Asegurada está viva.

Sección dos

Enfermedad

Esta sección sólo cubre reclamos que correspondan a la definición de enfermedad, y no cubre ningún reclamo que tenga por causa o al que contribuya una lesión.

Qué se cubre

El Asegurador pagará el beneficio indicado en la Nómina de Beneficios si la Persona Asegurada sufre una enfermedad durante la vigencia del seguro que tenga alguna de las siguientes consecuencias para la Persona Asegurada:

1. Pérdida de la visión de ambos ojos
2. Invalidez total permanente causada únicamente por parálisis
3. Invalidez total temporaria.

Condición

1. Si una enfermedad causa la muerte de la Persona Asegurada dentro de los doce (12) meses desde la aparición de los síntomas de dicha enfermedad con anterioridad a que corresponda el pago de cualquier beneficio reclamado bajo los puntos 1 o 2 precedentes, el Asegurador sólo pagará al Asegurado con respecto al punto 3.

Qué no se cubre (aplicable a las Secciones Uno y Dos)

- A. Este seguro no cubre reclamos que tengan por causa o a los que contribuyan de cualquier modo:
 1. Guerra (declarada o no), hostilidades, o cualquier acto de guerra o guerra civil;
 2. El uso real o la amenaza de uso por cualquier persona o personas de materiales patógenos o venenosos, sean biológicos o químicos, si ello se comete con fines políticos, religiosos, ideológicos o similares, con la intención de influir en cualquier gobierno y/o de amedrentar al público o a cualquier sector de este;
 3. Reacción nuclear, radiación nuclear o contaminación radiactiva;
 4. Que la Persona Asegurada se enrole o participe en servicios u operaciones de fuerzas armadas;
 5. Que la Persona Asegurada realice vuelos de cualquier tipo, salvo como pasajero;
 6. Que la Persona Asegurada cometa suicidio, intente suicidarse o se auto-inflija lesiones en forma intencional;
 7. Enfermedades venéreas o síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), complejo relacionado con SIDA (CRS) o Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), cualquiera sea la forma en que se adquirieron o el nombre que se utilice para referirse a ellos;
 8. Exposición deliberada de la Persona Asegurada a peligros excepcionales (salvo en intentos de salvar vidas humanas);
 9. Actos criminales cometidos por la Persona Asegurada;
 10. Intoxicación de la Persona Asegurada con alcohol o drogas;
 11. Neurosis, psiconeurosis, psicopatías o psicosis, ansiedad, stress, fatiga o cualesquiera otras afecciones o desórdenes mentales o emocionales de cualquier tipo;
 12. Síndrome de dolor crónico incluyendo, entre otros, síndrome de dolor regional crónico o complejo o fibromialgia (síndrome caracterizado por dolor crónico en los músculos y tejidos blandos que rodean las articulaciones, fatiga y sensibilidad dolorosa en lugares específicos del cuerpo);
 13. Cualquier condición, esté o no diagnosticada, por la que el Asegurado ha solicitado asesoramiento, diagnóstico, tratamiento u orientación, o sobre la que el Asegurado tenía o debería haber tenido conocimiento al inicio de este seguro o por la que el Asegurado fue tratado en cualquier momento durante los tres (3) años anteriores al inicio de este seguro.
- B. Este seguro no pagará ningún beneficio o cualquier porción del mismo como consecuencia de invalidez proveniente de la interacción entre una lesión y otra condición médica.

Cómo presentar un reclamo

Qué deben hacer el Asegurado y la Persona Asegurada

El Asegurado debe cumplir con las obligaciones establecidas a continuación. Si el Asegurador determina que un reclamo presentado por el Asegurado bajo este seguro fue afectado adversamente como consecuencia directa de no haber cumplido con las siguientes obligaciones, el Asegurador podrá negarse a pagar el reclamo del Asegurado o reducir el monto de cualquier pago que realice el Asegurador por el reclamo.

1. En caso de un accidente o enfermedad que cause o pueda causar un reclamo bajo este seguro, el Asegurado debe notificarlo a la brevedad posible a su intermediario.
2. En caso de un accidente o enfermedad la Persona Asegurada deberá buscar la atención de un profesional médico debidamente calificado. Deberá notificarse al intermediario del Asegurado en caso de muerte de la Persona Asegurada causada o presuntamente causada por un accidente.
3. La Persona Asegurada deberá suministrar al Asegurador o al asesor médico de éste la autorización necesaria para acceder u obtener toda las historias clínicas y antecedentes médicos, notas y correspondencia de la Persona Asegurada referidos al objeto de un reclamo o a una condición preexistente (según se describe en el punto A.13 de la pg.). Deberá permitirse al asesor médico que, con el fin de revisar el reclamo, examine a la Persona Asegurada según lo considere necesario el Asegurador.
4. El Asegurado deberá suministrar a su intermediario toda la información que el Asegurador pueda razonablemente requerir, incluyendo un formulario de reclamo completado en su totalidad.

Cada Persona Asegurada puede reclamar por uno (1) de los beneficios incluidos en la Nómina de Beneficios con respecto a las consecuencias de un accidente o de una enfermedad; no corresponderá el pago de ninguna invalidez total temporaria hasta que se haya prestado conformidad al monto total. En caso de realizarse cualquier pago por invalidez total temporaria, el importe pagado se deducirá de cualquier suma fija que corresponda pagar con posterioridad con respecto al mismo accidente o enfermedad.

Cómo se Gestiona el Reclamo del Asegurado

Una vez que el Asegurado notifica un reclamo a su intermediario, el Asegurador le enviará un formulario de reclamo que el Asegurado debe completar y devolver al Asegurador.

Una vez aceptado el reclamo del Asegurado, el Asegurador le pagará la suma establecida en la sección pertinente de la Nómina de Beneficios.

1. El período máximo de beneficio con respecto a una invalidez total temporaria será el período del beneficio indicado en la Nómina de Beneficios, luego de finalizar el período de carencia.
2. La suma total a pagar bajo este seguro con respecto a uno (1) o más reclamos no superará en total el mayor beneficio bajo cualquiera de los rubros que contiene la Nómina de Beneficios.

Reclamos fraudulentos

Si el Asegurado o quien actúe en su nombre presenta un reclamo sabiendo que es falso o fraudulento, ya sea en su monto o en cualquier otro aspecto, este seguro perderá validez. Esto significa que el Asegurador no pagará el reclamo falso o fraudulento ni ningún reclamo posterior. Sin embargo, si la Persona Asegurada presentó un reclamo falso o fraudulento, el Asegurador podrá negarse a pagar un reclamo o a considerar este contrato de seguro como si nunca hubiese existido en cuanto se relacione con la Persona Asegurada en cuestión.

Como presentar una queja

Es propósito del Asegurador cerciorarse que todo aspecto relacionado con el presente seguro se trate con rapidez, eficiencia y ecuanimidad. El Asegurador se compromete a brindar en todo momento al Asegurado los más elevados estándares de servicio.

Si el Asegurado tiene cualquier pregunta o inquietud sobre su póliza o la forma en que se gestiona un reclamo deberá, en primera instancia, ponerse en contacto con [INSERTAR NOMBRE Y DATOS DE CONTACTO DEL AGENTE GENERAL / TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE SUSCRIPCIÓN ('COVERHOLDER' O LO QUE CORRESPONDA)]. En caso de que el Asegurado siga sintiéndose insatisfecho y desee presentar una queja, podrá hacerlo dirigiéndose ya sea a [INSERTAR NOMBRE Y DATOS DE CONTACTO DEL AGENTE GENERAL / TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE SUSCRIPCIÓN ('COVERHOLDER') O LO QUE CORRESPONDA] o al Departamentos de Quejas [*Complaints*] de los Servicios al Mercado de Lloyd's [*Lloyd's Market Services*], One Lime Street, Londres, EC3M 7HA; teléfono: +44 (0)20 7327 5693, Fax: +44 (0)20 7327 5225, Correo electrónico: complaints@lloyds.com; website: www.lloyds.com/complaints.

En el folleto "Su Queja – Cómo Podemos Ayudar" ("Your Complaint – How We Can Help"), disponible en en www.lloyds.com y también en el domicilio arriba indicado, se describen los procedimientos de quejas de Lloyd's, incluyendo plazos. Si el Asegurado sigue insatisfecho luego que Lloyd's haya considerado su queja o, en cualquier caso, luego de un plazo de ocho semanas desde que presentó su queja, el Asegurado podrá presentar su queja al Servicio del Ombudsman Financiero (Financial Ombudsman Service – FOS). El FOS es un servicio independiente existente en el Reino Unido para la resolución de disputas entre consumidores y empresas que suministran servicios financieros. Los datos de contacto del FOS son: The Financial Ombudsman Service, Exchange Tower, Londres E14 9SR. Teléfono: 0800 023 4 567 (las llamadas a este número realizadas des teléfonos fijos en el Reino son gratuitos) o 0300 1239123 (las llamadas a este número son pagas a la misma tarifa que a los números 01 y 02 o tarifas de teléfonos celulares en el Reino Unido). Correo electrónico: complaints.info@financial-ombudsman.org.uk. Más información sobre el FOS puede hallarse en www.financial-ombudsman.org.uk).

La presentación de una queja no afecta el derecho del asegurado a accionar legalmente.

Indemnización

Los aseguradores de Lloyd's están cubiertos por el Plan de Indemnización para Servicios Financieros ('Financial Services Compensation Scheme'). Si el Asegurado tuviese derecho a una indemnización bajo el Plan, el nivel y alcance de la misma dependerá de la naturaleza de este seguro. Para mayor información sobre el plan, dirigirse a Plan de Indemnización para Servicios Financieros ('Financial Services Compensation Scheme'), 10º Piso, Beaufort House, 15 St. Botolph St., Londres EC3A 7QU) o a su sitio www.fsc.org.uk.

Protección de Información

Toda información que suministre el Asegurado será tratada por el Asegurador cumpliendo con las disposiciones de la Ley de Protección ('Data Protection Act') de 1998. Es posible que, con el fin de suministrar este seguro y gestionar cualquier reclamo o queja, es posible que el Asegurador necesite transferir a terceros determinada información que el Asegurado le haya proporcionado.

Sanciones

El Asegurador no suministrará ningún beneficio bajo este seguro en tanto se refiere al otorgamiento de cobertura, pago de reclamos o suministro de beneficios si, por hacerlo, el Asegurador violaría cualquier sanción, prohibición o restricción impuestas por leyes o normas.

Elección de Legislación Aplicable

El Asegurado y el Asegurador tienen libertad para elegir la legislación aplicable a este contrato de seguro. A menos que se acuerde específicamente otra cosa, este contrato de seguro se regirá por las leyes y se someterá a la jurisdicción exclusiva de Inglaterra y Gales.

Derechos de Terceros

Una persona que no sea parte de este contrato carecerá de todo derecho bajo la Ley de Contratos (Derechos de Terceros) ('Contracts (Rights of Third Parties Act') de 1999 para hacer valer cualquier condición de este seguro, pero ello no afectará ningún derecho o recurso de terceros que existan o estén disponibles fuera de dicha Ley.

Formato de la Póliza

Si se lo solicita, el Asegurador puede entregar versiones de la póliza de la documentación relacionada en leguaje Braille, audio o en tipografía grande, incluyendo el documento sobre Hechos Clave. Si el Asegurado requiere un formato alternativo deberá solicitarlo a través del intermediario por cuyo intermedio se colocó esta póliza.

En este contrato de seguro los números de sindicato y proporciones de participación de cada Asegurador aparecen en el cuadro adjunto. Los Aseguradores se obligan separadamente y no en forma mancomunada; en consecuencia, en caso de producirse un reclamo, cada uno de los Aseguradores (y nuestros Albaceas y Administradores) será responsable sólo por su propia cuota en la participación de sus sindicatos en el riesgo.

El Asegurado o su representante podrá obtener el nombre de cada uno de los Aseguradores y sus respectivas participaciones, solicitándolo a Market Services, Lloyd's, One Lime St., Londres EC3M 7HA.

Los Aseguradores cuentan con la autorización de la Autoridad de Regulación Prudencial ('Prudential Regulation Authority') y son supervisados por la Autoridad de Conducta Financiera ('Financial Conduct Authority') y la Autoridad de Regulación Prudencial ('Prudential Regulation Authority').

El o los Números de Referencia de la Firma de los Aseguradores y otros detalles pueden encontrarse en el Registro de Servicios Financieros ('Financial Services Register') en www.fca.org.uk