



**SERVICIO DE ACOMPAÑANTES
CONDICIONES GENERALES Y
PARTICULARES**



ZURICH SANTANDER · SEGUROS URUGUAY

CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES

CONDICIONES GENERALES

1. LEY DE LAS PARTES CONTRATANTES

Artículo 1: Las partes contratantes se someten a las disposiciones de la Ley 19.678 como a las del presente contrato de seguros y a las de la presente póliza en cuanto sea aplicable.

Esta póliza consta de Condiciones Generales y Condiciones Particulares. En caso de discordancia entre las mismas, prevalecen las Condiciones Particulares.

2. COBERTURA

Artículo 2: En virtud de este plan de Seguro, la compañía aseguradora pagará a los beneficiarios de la póliza, el capital asegurado señalado en las Condiciones Particulares, si el fallecimiento del asegurado se produce a consecuencia directa e inmediata de un accidente. En las Condiciones Particulares se podrá señalar distintos capitales asegurados según ocurra la muerte accidental.

Es condición esencial para que surja la responsabilidad de la compañía que la muerte sobreviniente sea consecuencia directa de las lesiones originadas por el accidente. Se entenderá como fallecimiento accidental aquel que ocurra a más tardar dentro de los 180 (ciento ochenta) días corridos de ocurrido el accidente.

La compañía cubrirá la consecuencia de muerte que pueda resultar de accidentes sobrevenidos al tratar de salvar vidas humanas.

La compañía pagará la indemnización correspondiente en un plazo máximo de 30 (treinta) días corridos a partir de la aprobación del siniestro.

Artículo 3: Definición de Accidente:

A los efectos de esta póliza se entiende por accidente: Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles, y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes.

No se considerarán como accidente los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo que sufra el asegurado.

3. PERSONAS ASEGURABLES

Artículo 4: Se entiende por personas asegurables cualquier persona que presente la solicitud de adhesión a esta póliza, siempre y cuando su edad resulte menor a la Edad Máxima de Ingreso estipulada en las Condiciones Particulares.

4. RIESGOS NO CUBIERTOS

Artículo 5: La cobertura que otorga esta póliza contempla la muerte del asegurado por accidente, sin exclusiones, a menos que el fallecimiento ocurra:

1° Por suicidio

2° Por participación del asegurado en guerra internacional, sea que Uruguay tenga o no intervención en ella; en guerra civil, dentro o fuera de Uruguay; o en motín o conmoción contra el orden público dentro o fuera del país, siempre que el asegurado tenga participación activa en dicho motín o conmoción.

3° Por participación como conductor o integrante de equipos en competencia de pericia o velocidad, con vehículos mecánicos o de tracción a sangre.

- 4° Por todo riesgo derivado de reacciones o accidentes nucleares, químicos, epidemias o peste.
- 5° Por riesgos catastróficos, entendiéndose por tales, entre otros, terremotos, inundaciones, aluviones, maremotos, erupciones de volcanes.
- 6° Por intervención en pruebas de prototipos de aviones, automóviles u otros vehículos a propulsión mecánica.
- 7° Por realizar pruebas de buceo, acrobacia, jockey o doma de potros o fieras, montañismo, paracaidismo, esquí acuático o de montaña, motonáutica u otras actividades análogas, manipuleo de explosivos y/o armas
- 8° Por exposición a radiaciones atómicas.
- 9° Por consumo de alcohol así como por abuso de drogas, estupefacientes, narcóticos o estimulantes. Se entiende consumo de alcohol, sin admitir prueba en contrario, toda concentración mayor a lo permitido por la Ley de tránsito, en caso de ocurrir el siniestro, conduciendo un vehículo.
- 10° Por acto ilícito provocado deliberadamente por el tomador o beneficiario.
- 11° Por participación en empresa criminal.
- 12° Por viajes acuáticos, subacuáticos o aéreos de cualquier naturaleza, excepto como pasajero de líneas regulares sujetas a itinerario fijo.
- 13° Actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por ninguna necesidad profesional, salvo en caso de tentativa de salvamento de vidas o bienes
- 14° Por terrorismo

Artículo 6: Los incapaces absolutos y los menores de 14 años de edad no son asegurables para el caso de muerte. El seguro tampoco ampara a los sordos, ciegos, miopes con diez o más dioptrías, mutilados, afectados con invalidez superior al 10%, paralíticos, epilépticos, toxicómanos, alienados, o aquellas que, en razón de defectos físicos o enfermedades graves que padezcan o de las secuelas de las que hubieran padecido, constituyan un riesgo de accidente agravado.

Tampoco son asegurables los que exceden el límite de edad de aceptación de la Compañía al momento de celebrarse el contrato, salvo acuerdo expreso y por escrito de ambas partes.

Artículo 7: La cobertura se extiende a la estancia, tránsito o permanencia del asegurado en el Uruguay, así como al tránsito o permanencia del asegurado en el extranjero, **salvo en países que no mantengan relaciones diplomáticas con el Uruguay, considerándose como tales aquellos que informe el Ministerio de Relaciones Exteriores de nuestro país.**

5. VIGENCIA

Artículo 8: La responsabilidad que el asegurador asume por el presente contrato, sólo comienza en la fecha de vigencia señalada en las condiciones particulares de la presente póliza, o en el certificado de incorporación, la que sea posterior, y previo pago del primer premio.

La presente póliza, y los certificados de incorporación, permanecerán vigentes mientras sea pagado el premio mensual estipulado.

Artículo 9: La póliza y los distintos riesgos cubiertos se cancelarán en los siguientes casos:

- a) Si la póliza dejase de hallarse en pleno vigor por falta de pago de cualquier premio, una vez vencido el plazo de gracia.
- b) A partir del fallecimiento del Asegurado.
- c) Al cumplirse un año de la fecha en que el Asegurado cumpla la Edad Máxima de Cobertura estipulada en las Condiciones Particulares.
- d) Por renuncia a continuar con el seguro por parte del asegurado.

En caso del inciso b), la cancelación de la póliza no obsta el debido cumplimiento de la cobertura, que el eventual fallecimiento accidental pudiera ocasionar.

6. PLURALIDAD DE SEGUROS

Artículo 10: Los asegurados que estuvieran o llegaran a estar incorporados a otra póliza de seguro colectivo emitido por la Compañía, análoga a la presente, deberán comunicarlo por escrito a la misma, la que podrá aceptar esa situación o reducir la suma a asegurar. En caso de transgresión, la Compañía considerará válido únicamente el certificado vigente de mayor suma y devolverá los premios cobrados de cualquier otro por el período de coberturas superpuestas.

7. DECLARACIONES

Artículo 11: La veracidad de las declaraciones hechas por el asegurado en la solicitud del seguro, en sus documentos accesorios y/o complementarios y en el reconocimiento médico, cuando éste corresponda, constituye condición de validez de este contrato de seguro.

Cualquier reticencia, declaración falsa o inexacta relativa al estado de salud, ocupación, actividades y/o deportes riesgosos del asegurado, aún hecha de buena fe, que pudiera influir en la apreciación del riesgo o de cualquier circunstancia que, conocida por el asegurador, pudiera retraerle de la celebración del contrato o producir alguna modificación sustancial en sus condiciones, faculta al asegurador para demandar la nulidad del contrato en cuyo caso se devolverá al asegurado o a sus herederos, el valor de los premios percibidos sin intereses y con deducción de los gastos originados por la emisión de la póliza. Transcurridos los tres años desde la celebración del contrato, la compañía aseguradora no podrá invocar reticencia del asegurado. En caso de existir mala fe del asegurado, la compañía aseguradora podrá invocar la reticencia del asegurado en cualquier momento.

8. PAGO DE LOS PREMIOS

Artículo 12: El pago de los premios será mensual y deberá realizarse en el lugar que el asegurador designe. Los premios a cargo de los asegurados se abonarán por intermedio del tomador. **Los premios convenidos, podrán modificarse de acuerdo a los incrementos anuales previstos de acuerdo a lo establecido en las condiciones particulares, cualquier otra modificación solo podrá aplicarse a partir del primer año de vigencia y la Compañía deberá notificar el cambio con un preaviso de 60 días naturales.**

Artículo 13: El premio mensual y la fecha de vencimiento del mismo figura en el Certificado de Incorporación. Vencido cualesquiera de los plazos de pago sin que éste se haya producido, la compañía otorgará un plazo de gracia, que figurará en el certificado de incorporación durante el cual, la cobertura se mantendrá vigente. Una vez finalizado el plazo de gracia, sin pago de primas, la cobertura quedará automáticamente suspendida desde la hora veinticuatro (24) del día de vencimiento impago, sin necesidad de interpelación extrajudicial o judicial alguna ni constitución en mora, la que se producirá por el sólo vencimiento de ese plazo. Sin embargo, el premio correspondiente al período de cobertura suspendida quedará a favor del Asegurador como penalidad.

Toda rehabilitación podrá realizarse dentro de los 30 días de vencido el premio y surtirá efecto a partir del día siguiente a aquel en que el Asegurador reciba el pago del importe vencido. El Certificado transcurrido los 30 días de suspensión de la cobertura quedará rescindido de pleno derecho.

Los siniestros que ocurran durante el periodo de suspensión no tendrán la cobertura de esta póliza.

9. VALUACION DE PERITOS

Artículo 14: Si no hubiese acuerdo entre las partes, respecto de la naturaleza accidental del siniestro, la misma será analizada por dos médicos designados uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los 8 (ocho) días hábiles de su designación, a un tercer facultativo para el caso de divergencia.

Los médicos designados por las partes deberán presentar su informe dentro de los 30 (treinta) días hábiles y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de 15 (quince) días hábiles.

Si una de las partes omitiese designar médico dentro del octavo día hábil de requerido por la otra, o si el tercer facultativo no fuere electo en el plazo establecido en el apartado anterior, la parte más diligente podrá requerir su nombramiento al Ministerio de Salud Pública.

Los honorarios y gastos de los médicos de las partes serán a su respectivo cargo y los del tercero serán pagados por la parte cuyas pretensiones se alejen más del dictamen definitivo, salvo en caso de equidistancia en que se pagarán por mitades entre las partes.

10. IMPUESTOS, TASAS Y CONTRIBUCIONES

Artículo 15: Los impuestos, tasas y contribuciones de cualquier índole y jurisdicción que se crearen en lo sucesivo o los aumentos eventuales de los existentes, estarán a cargo de los Asegurados, de sus beneficiarios o de sus herederos, según el caso, salvo cuando la ley los declare expresamente a cargo exclusivo de la Compañía.

11. PRUEBAS DE FALLECIMIENTO

Artículo 16: El fallecimiento del asegurado se acreditará con el respectivo testimonio de partida de defunción otorgado por el Registro Civil, sin perjuicio de otros antecedentes que pueda solicitar el asegurador. En caso de muerte presunta, ésta deberá acreditarse de conformidad a la ley.

Recibida la documentación por parte de la Compañía, ésta tiene un plazo de 30 días corridos para notificar fehacientemente al Tomador su aprobación, rechazo o la solicitud de documentación adicional. En caso de silencio por parte de la Compañía, se considerará aprobado el siniestro.

Artículo 17: Será necesaria la presentación del testimonio de partida de nacimiento del asegurado para cobrar el importe de esta póliza.

Si la edad comprobada excediese la declarada y aplicada de acuerdo con la tarifa vigente a la fecha de la emisión de la póliza, el asegurador pagará el capital reducido en proporción a los premios realmente pagados. Si la edad fuese menor que la declarada, se pagará el capital y el exceso de premio cobrado.

La comprobación de la edad del asegurado será admitida por el asegurador en cualquier época.

12. DESIGNACION Y CAMBIO DE BENEFICIARIOS

Artículo 18: La designación del beneficiario o beneficiarios se hará por escrito, en formulario suministrado por la Compañía y recepcionado por funcionario autorizado por ésta. Designadas varias personas sin indicación de proporciones, se entiende que el beneficio es por partes iguales. Si un beneficiario hubiere fallecido antes o al mismo tiempo que el asegurado, la asignación correspondiente del seguro acrecerá a los demás beneficiarios, si los hubiere, en la proporción de sus propias asignaciones. Cuando se designe a los hijos se entiende los concebidos y los sobrevivientes al tiempo de ocurrido el evento previsto. Cuando se distingue a los herederos, se entiende a los que por ley suceden al asegurado, si no hubiere otorgado testamento; si lo hubiere otorgado se entenderá por designados a los herederos legales y a los testamentarios. Si no se fija cuota parte el beneficio se distribuirá conforme a las cuotas hereditarias.

Cuando el asegurado no designe beneficiario o por cualquier causa la designación resulte ineficaz o quede sin efecto, se tendrá por tales a los herederos del asegurado.

Artículo 19: Todo asegurado podrá cambiar, en cualquier momento, el beneficiario o los beneficiarios por él designados salvo que la designación sea a título oneroso. Atento al carácter irrevocable de la designación de beneficiario a título oneroso, la Compañía en ningún caso asume la responsabilidad alguna por la validez del negocio jurídico que dio lugar a la designación y además, por las cuestiones que se susciten con motivo de esa designación beneficiaria.

13. AGRAVACION POR CONCAUSAS

Artículo 20: Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente de él, de un estado constitucional anormal con respecto a la edad del Asegurado, o de un defecto físico de cualquier naturaleza y origen, la indemnización que corresponda se liquidará de acuerdo con las consecuencias que el mismo accidente hubiera presumiblemente producido sin la mencionada concausa, salvo que ésta fuere consecuencia de un accidente cubierto por la póliza y ocurrido durante la vigencia de la misma.

14. EXTRAVIO O DESTRUCCION DE LA POLIZA

Artículo 21: En caso de extravío o destrucción de la póliza, el asegurador, a solicitud del tomador, emitirá un duplicado de la póliza. Todo gasto que resulte por este concepto será de cargo del tomador.

15. PRESCRIPCION

Artículo 22: Las acciones que puedan ejercerse, derivadas de este contrato de seguros entre las partes vinculadas por el mismo prescribirán al término de dos años contados desde que se comunica al asegurado la aceptación o el rechazo del siniestro en forma expresa o al verificarse la aprobación tácita del siniestro (según el artículo 16 de las presentes condiciones); o desde el vencimiento de la última cuota impaga; según corresponda.

16. RECLAMACIONES Y JURIDICCION

Artículo 23: Toda controversia judicial que se plantee con relación al presente contrato, en cuanto a su ejecución o sus consecuencias entre las partes vinculadas por el mismo, se dirimirá ante los Juzgados competentes de la República Oriental del Uruguay.

17. DOMICILIO

Artículo 24: Para todos los efectos legales del presente contrato de seguro, las partes señalan como domicilio especial la ciudad de Montevideo. El asegurado debe comunicar a la compañía aseguradora si, una vez vigente el contrato de seguros, tiene intención de fijar o residir fuera del país.

18. OTRAS CONDICIONES

Artículo 25: REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

La edad máxima de ingreso y la edad máxima de cobertura se indicarán en las condiciones particulares. El Asegurador excluirá a todos aquellos asegurados que no cumplan con los requisitos de asegurabilidad antes detallados. En caso de un siniestro de un asegurado que no haya cumplido con los presentes requisitos de asegurabilidad, la compañía solo se obliga a devolver el valor de los premios recibidos sin intereses y con deducción de los gastos incurridos.

Artículo 26: COMPROBACION DEL ACCIDENTE - Corresponde al beneficiario instituido:

- a. Denunciar el accidente dentro del año en que haya ocurrido el mismo, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia, so pena de perder todo derecho a indemnización;
- b. Suministrar pruebas sobre la fecha y causa del accidente, como acerca de la manera y del lugar en que se produjo;
- c. Facilitar cualquier comprobación o aclaración.

En casos debidamente justificados, la Compañía se reserva el derecho de gestionar la exhumación del cadáver y practicar la autopsia en presencia de uno de sus facultativos, con gastos a cargo de la misma. El beneficiario prestará su conformidad y su concurso para la obtención de las correspondientes autorizaciones para realizarla

Artículo 27: CERTIFICADO DE INCORPORACION - Se emitirá un “Certificado de Incorporación” a cada asegurado comprendido en esta póliza.

Artículo 28: RECLAMOS DE LOS BENEFICIARIOS DEL SEGURO - Queda entendido y expresamente aclarado que el tomador no será responsable para el caso de reclamaciones de siniestros por parte de los beneficiarios del seguro ofrecido por la compañía. Las referidas reclamaciones deberán ser dirigidas a la Compañía Aseguradora. Toda relación entre el asegurado o sus beneficiarios y el Asegurador será cursada exclusivamente entre éstos, no teniendo el tomador injerencia ni participación alguna en dicha relación más allá de lo previsto para el pago de los premios correspondientes.

Artículo 29: NOTIFICACIONES - Toda notificación entre las partes se considerará válida si lo es a través de telegrama colacionado u otro medio fehaciente.

CONDICIONES PARTICULARES

1. **TOMADOR** - Socur S.A.
2. **ASEGURADOR** –Zurich Santander Seguros Uruguay S.A.
3. **PLAN DE SEGURO** –Plan de Protección Accidentes Personales
4. **ASEGURADOS** – Las personas físicas relacionadas con el tomador que cumplan los requisitos de asegurabilidad de la póliza y que figuren en los listados computacionales de la Aseguradora.
5. **REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD:**
 - **Planes Individuales:**

Planes A-B: La edad máxima de ingreso se establece a los 69 años de edad inclusive y la edad máxima de cobertura se establece a los 69 años inclusive.

Planes C-D: La edad mínima de incorporación se establece a los 70 años de edad inclusive, la edad máxima de ingreso se establece a los 84 años inclusive y la edad máxima de cobertura se establece a los 85 años, inclusive.
 - **Planes Familiares:**

Plan E-F: El grupo familiar estará compuesto por hasta cuatro (4) integrantes. Como máximo contendrán dos (2) integrantes mayores de 18 años de edad y menores de 70 años.

Plan G-H: El grupo familiar estará compuesto por hasta cuatro (4) integrantes. Como máximo contendrán dos (2) integrantes mayores de 70 años de edad y menores de 85 años, el resto de los integrantes deberá ser menores de 18 años de edad.
6. **CAPITAL ASEGURADO** – Planes Individuales: \$ 121.000 (pesos uruguayos ciento veintiún mil) para el titular del seguro. Planes Familiares: \$ 121.000 (pesos uruguayos ciento veintiún mil) para cada uno de los integrantes del Grupo Familiar.
7. **PREMIO MENSUAL DEL SEGURO:**
 - Plan A: \$ 292,00 (pesos uruguayos doscientos noventa y dos).
 - Plan B: \$ 560,00 (pesos uruguayos quinientos sesenta).
 - Plan C: \$ 858,00 (pesos uruguayos ochocientos cincuenta y ocho).
 - Plan D: \$ 1.705,00 (pesos uruguayos mil setecientos cinco).
 - Plan E: \$ 825,00 (pesos uruguayos ochocientos veinticinco).
 - Plan F: \$ 1.595,00 (pesos uruguayos mil quinientos noventa y cinco).
 - Plan G: \$ 1.815,00 (pesos uruguayos mil ochocientos quince).
 - Plan H: \$ 3.590,00 (pesos uruguayos tres mil quinientos noventa).
8. **CLAUSULAS ADICIONALES INCORPORADAS: SERVICIO DE ACOMPAÑANTES EN SANATORIO, PRESTADOR DEL SERVICIO DUENDE S.R.L. (SECOM).**
 - **Planes Individuales:**

Planes A-C: hasta 5 días por cada año de cobertura (máximo por día 8 horas), para el titular del seguro. Con un periodo de espera de 30 días corridos desde la fecha indicada en el Certificado de Incorporación para internaciones no originadas en Patologías Agudas o Accidentes.

Planes B-D: hasta 10 días por cada año de cobertura (máximo por día 8 horas), para el titular del seguro. Con un periodo de espera de 30 días desde la fecha indicada en el Certificado de Incorporación para internaciones no originadas en Patologías Agudas o Accidentes para acceder a 5 días de cobertura y de 60 días corridos para acceder a 10 días de cobertura.

- **Planes Familiares:**
Plan E-G: hasta 5 días por cada año de cobertura (máximo por día 8 horas), para cada integrante del grupo familiar. Con un periodo de espera de 30 días corridos desde la fecha indicada en el Certificado de Incorporación para internaciones no originadas en Patologías Agudas o Accidentes.
Plan F-H: hasta 10 días por cada año de cobertura (máximo por día 8 horas), para cada integrante del grupo familiar. Con un periodo de espera de 30 días desde la fecha indicada en el Certificado de Incorporación para internaciones no originadas en Patologías Agudas o Accidentes para acceder a 5 días de cobertura y de 60 días corridos para acceder a 10 días de cobertura.

9. **VIGENCIA** – La presente póliza inicia su vigencia el 02 de Febrero de 2020. Las partes acuerdan que la presente póliza tendrá un plazo de vigencia anual, siendo su renovación automática al cabo de este período. La presente póliza permanecerá vigente mientras sea pagada el premio estipulado y sólo durante el período que este cubra.
Cualquiera de las partes podrá dejar sin efecto la proroga o renovación mediante una notificación por escrito a la otra parte, efectuada en un plazo de treinta días corridos de anticipación a la conclusión del periodo de seguro en curso.
Sin embargo, el Tomador podrá poner término anticipado a la vigencia, previo aviso por escrito al Asegurador, mediante carta certificada de su decisión con una anticipación, no menor a un mes. El Asegurador podrá rescindir el contrato mediante justa causa, siempre que lo comunique fehacientemente al Tomador, mediante carta certificada, con una antelación de un mes.
Terminada la vigencia del contrato, sea anticipada o no, cesará toda responsabilidad de la compañía aseguradora de los riesgos que asume y esta no tendrá obligación alguna respecto de los siniestros que ocurran con posterioridad a la fecha de término correspondiente a los premios ingresados.
10. **AJUSTE ANUAL:** En los meses de Diciembre, los importes de premios y capitales asegurados se incrementarán un 10% sobre los valores previamente vigentes.

CLAUSULA ADICIONAL

SERVICIO DE ACOMPAÑANTES EN SANATORIO

1. COBERTURA

Artículo 1: A través de este servicio el o los asegurados podrán contar con la asistencia de un Acompañante Calificado durante la internación en Sanatorio u Hospital dentro de la República Oriental del Uruguay, hasta los límites indicados en las Condiciones Particulares y el Certificado de Incorporación, de acuerdo al plan contratado. Es condición esencial para la utilización de servicios la existencia de un ingreso sanatorial.

El periodo de espera para la utilización de los servicios es indicado en las Condiciones Particulares y en el Certificado de Incorporación.

Para aquellas internaciones producto de Patologías Agudas (enfermedades que tienen un comienzo súbito y una evolución rápida, incluyendo su resolución) o Accidentes la utilización del servicio es a partir de la fecha de contratación indicada en el Certificado de Incorporación no existiendo periodo de espera.

Artículo 2: El prestador se reserva un plazo de hasta 24 hs. para la efectiva coordinación de los servicios.

Artículo 3: El prestador no será responsable por los accidentes que ocurran al asegurado mientras este internado, con el acompañante designado, o sin este.

2. RIESGOS NO CUBIERTOS

Artículo 4: Quedan excluidas de la cobertura:

1. Solicitud de Servicio de Acompañantes en el domicilio de o de los asegurados.
2. Servicios solicitados cuando la patología o las características clínicas del paciente impliquen riesgo cierto o razonablemente probable de daño grave de la salud del acompañante.
3. Solicitud de servicios en ocasión de epidemias, salvo se compruebe la no infección del asegurado y se autorice el ingreso por parte del Sanatorio u Hospital
4. Cuando exista riesgo cierto de daño moral o físico al personal del Prestador.
5. Cuando por dos veces, consecutivas o no, el asegurado rechace el acompañante que le es enviado, sin causa justificada.

3. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

Artículo 6: El Asegurado ante la necesidad de un servicio deberá:

1. Solicitar los servicios en forma telefónica al 2 400 0800 en el horario de 7 a 24 hs.
2. El Asegurado o su Representante (Persona que acredita su actuación en representación del Asegurado) deberán sugerir los horarios de la prestación del servicio, permaneciendo inamovibles durante toda la prestación.
3. El Asegurado o su Representante se obligan a recibir a los supervisores del departamento de Atención al Socio del prestador, quienes concurrirán rutinariamente a verificar la correcta prestación del servicio.