

PROTECCIÓN INTEGRAL MUJER - CONDICIONES DEL SERVICIO

1.- SOBRE LAS PARTES CONTRATANTES

MetLife Seguros S.A., en adelante la Compañía, emite esta Póliza sobre el Asegurado cuyo nombre figura en las Condiciones Particulares.

Las partes contratantes se someten a las disposiciones de la Ley de Seguros N° 17.418 y a las de la presente Póliza que la complementan o modifican, cuando ello es admisible. La Compañía requerirá consentimiento por escrito del Asegurado cuando el Tomador del seguro no sea la persona cuya vida se asegura.

2.- DEFINICIONES

A. CÁNCER: Presencia de tumor maligno caracterizado por el crecimiento y dispersión incontrolable de células malignas y la invasión del tejido, incluyendo leucemia (excepto leucemia linfática crónica), pero se excluyen cánceres no invasivos in situ, tumores por la presencia de cualquier virus de inmuno deficiencia humana y cualquier cáncer de piel con excepción del melanoma maligno.

Cabe aclarar que ésta Póliza cubre sólo Cáncer Femenino, como ser: cáncer de ovario, cáncer de útero y cáncer de mama. El diagnóstico positivo deberá ser confirmado por examen anatómo-patológico positivo. Se deberá presentar a la Compañía la documentación relativa al examen anatómo-patológico.

B. ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL: Establecimiento que: (a) se halle habilitado legalmente para funcionar (si así lo estipula la ley), (b) brinde principalmente asistencia y tratamiento clínico a personas enfermas o accidentadas, (c) cuente con un cuerpo de facultativos de uno o más médicos disponibles en forma permanente, (d) brinde servicio de enfermería durante las 24 (veinticuatro) horas del día y disponga de al menos un enfermero diplomado de guardia permanente, (e) que cuente con equipos para cirugía y diagnóstico, ya sea en sus propias instalaciones o en establecimientos con los que haya acordado convenios para la prestación de dichos servicios. No se considera Establecimiento Asistencial los geriátricos, centros de descanso o de convalecencia para personas de edad, ni ningún establecimiento que funcione como centro de tratamiento para drogas y/o alcohol.

C. REQUERIMIENTO MÉDICO: Todo servicio, suministro, tratamiento u hospitalización que: (a) sea esencial para establecer el diagnóstico o tratamiento del daño o enfermedad para la cual el mismo se ordena o practica. (b) reúna los principios aceptados de la práctica médica; y (c) que sea ordenado por el médico.

D. MÉDICO: Facultativo debidamente matriculado y habilitado para la práctica de la medicina con ejercicio dentro del alcance de su incumbencia profesional.

No se aceptará la intervención ni el diagnóstico de ningún médico que, aún matriculado y habilitado para la práctica de medicina, (a) sea el Asegurado mismo, (b) sea el o la cónyuge del Asegurado o (c) sea familiar del Asegurado o de su cónyuge con parentesco de hasta cuarto grado de consanguinidad; o

(d) resida en la casa del Asegurado; o (e) efectuara el diagnóstico de la enfermedad crítica mediante acupuntura, uso de hierbas o empleara cualquier otra técnica no tradicional que no esté específicamente descripta en la presente Póliza.

E. CONDICIÓN PREEXISTENTE: Cualquier condición por la cual se haya recibido cuidado, atención, tratamiento o consejo médico o que se haya manifestado o contraído por primera vez con anterioridad de la fecha de inicio de vigencia de la cobertura.

F. SUMA ASEGURADA: En cualquier artículo donde se lo emplee, este término hará referencia a la Suma Asegurada descripta en las Condiciones Particulares de la Póliza.

G. SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA: Tiene el significado que la Organización Mundial de la Salud le atribuye. El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida incluirá el H.I.V. (Virus de Inmunodeficiencia Humana) detectado (o sea positividad en las reacciones de laboratorio habituales), encefalopatía (demencia), Síndrome de Debilitamiento del H.I.V y "ARC" (asociación de síntomas relacionados con el SIDA) y enfermedades asociadas (infecciones oportunistas, sarcoma de Karposi, etc.).

3.- BENEFICIOS

La Compañía abonará al Asegurado o la persona designada en carácter de Beneficiario según corresponda, la estructura de Beneficios acordada siempre y cuando se cumplan todas las siguientes condiciones:

- 1) que el Asegurado tenga una edad comprendida entre 18 (dieciocho) y 65 (sesenta y cinco) años al momento de inicio de la enfermedad y;
- 2) que el Asegurado padezca una de las enfermedades de cáncer descripta en forma específica en el artículo N° 2, inciso A, de la presente Póliza; y
- 3) que la enfermedad de cáncer padecida por el Asegurado sea diagnosticada por primera vez luego de transcurrido el período de carencia establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza que rige a partir de la fecha de inicio de vigencia de la misma; y
- 4) que ninguna de las exclusiones estipuladas en la presente sea de aplicación. En caso de que el diagnóstico se produzca dentro del período de carencia, entonces la Compañía reintegrará al Asegurado todas las primas que ha pagado por esta Póliza y la Compañía no se hará cargo de ningún otro pago o Beneficio.

La Compañía, a su propio cargo, tendrá la oportunidad y el derecho de realizar exámenes médicos a toda persona cuya enfermedad sea el motivo de la presentación de un reclamo. La Compañía, además, tendrá derecho a solicitar que se efectúe a su propio cargo, en caso del fallecimiento del asegurado, una autopsia o exhumación del cadáver, siempre que las leyes así lo permitan. En ese caso los Beneficiarios deberán prestar conformidad para la obtención de las correspondientes autorizaciones.

El Tomador al contratar el seguro acordará con la Compañía el percibir una estructura de Beneficios a Suma Única, la cual se define a continuación:

BENEFICIO A SUMA ÚNICA: La Compañía abonará al Asegurado, la Suma Asegurada establecida en las Condiciones Particulares de la Póliza siempre y cuando se cumplan las condiciones 1, 2, 3 y 4 señaladas en el artículo N° 3.

Se efectuará un único pago en concepto de Suma Asegurada al Asegurado durante la duración de esta Póliza.

El pago de la Suma Asegurada se hará dada la satisfacción de las condiciones anteriores y después que el pago esté hecho, la Compañía no se hará responsable de pagos posteriores. Una vez que el período de carencia descripto en el artículo N° 4 se haya cumplido, y habiéndose cumplimentado las condiciones estipuladas en los puntos 1, 2, 3 y 4 en el artículo N° 3, el Asegurado tendrá derecho a recibir el pago correspondiente al siguiente Beneficio:

Pago por Diagnóstico de enfermedad de Cáncer: Contra la confirmación del padecimiento de la enfermedad según diagnóstico médico, la Compañía abonará al Asegurado un monto fijo estipulado en las Condiciones Particulares de la Póliza que se definirá como Suma Asegurada. Con posterioridad al pago del Beneficio que correspondan al Asegurado y/o Beneficiarios respecto de la enfermedad cubierta por la Póliza presente, ninguna otra indemnización será exigible por parte del Asegurado o de sus Beneficiarios independientemente del número de enfermedades, invalidez o tratamientos que el Asegurado sufra o padezca durante el curso de su vida.

No se abonará indemnización alguna, a menos que la enfermedad de cáncer sea confirmada por un médico clínico y acreditada mediante el diagnóstico positivo de un médico patólogo (cuando la Compañía lo considere pertinente); quienes deberán fundamentar sus opiniones exclusivamente en la definición de cada enfermedad en particular contemplada en la presente, luego de considerar el examen histológico y los diagnósticos clínicos basados en la historia clínica del paciente, exámenes físicos, radiografías y/o cualquier otro análisis de laboratorio.

No se pagará indemnización alguna en caso que se diagnostique al Asegurado la enfermedad antes o dentro del período de carencia establecido en las Condiciones

Particulares que rigen a partir de la Fecha de Inicio de Vigencia de su cobertura conforme a la presente Póliza.

4.- PERÍODO DE CARENCIA DE COBERTURA

El Asegurado carecerá de cobertura durante los primeros 60 (sesenta) días a partir de la vigencia inicial de la cobertura.

5.- DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

El Asegurado tiene derecho de nombrar a los Beneficiarios según el caso. El Beneficiario es la persona que habrá de recibir el Beneficio del seguro pagadero en caso del fallecimiento del Asegurado.

La designación de los Beneficiarios se hará por escrito, al completar la Solicitud del Seguro o en cualquier otro momento posterior y será válida aunque se notifique a la Compañía después de producido el evento. Designadas varias personas sin indicación de proporciones, se entiende que el Beneficio es por partes iguales.

Si un Beneficiario hubiese fallecido antes o al mismo tiempo que el Asegurado, su asignación en el seguro acrecerá la de los demás Beneficiarios, si los hubiere, en la proporción de sus propias asignaciones. Cuando se designe a los herederos, se entiende a los que por ley sucedan al Asegurado, si no hubiera otorgado testamento. Si lo hubiese otorgado, se tendrá por designados a los herederos instituidos. Si no se fija cuota parte, el Beneficio se distribuirá conforme a las cuotas hereditarias.

6.- CAMBIO DE BENEFICIARIO

El Asegurado podrá cambiar, en cualquier momento, el o los Beneficiarios, 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 responsabilidad alguna por la validez del negocio jurídico que dio lugar a la designación o por las cuestiones que se susciten con motivo de ella. El cambio de Beneficiarios se hará por escrito sin formalidad determinada y será válida aunque se notifique a la Compañía después del fallecimiento del Asegurado.

La Compañía quedará liberada en el caso de pagar la indemnización correspondiente a los Beneficiarios designados con anterioridad a la recepción de cualquier comunicación modificatoria de esa designación.

7.- RIESGOS NO ASEGURADOS

La Compañía no pagará la indemnización cuando el reclamo del Asegurado sea consecuencia de alguna de las siguientes causas:

a) Guerra declarada o no, que no comprenda a la República Argentina; en caso de comprenderla las obligaciones del Tomador, como las de la Compañía, se regirán por las normas que, en tal caso, dictaren las autoridades competentes.

b) Infección oportunista y/o neoplasma maligno, si al momento de producirse la enfermedad, el Asegurado tuviere el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

(SIDA) o fuere cero positivo al HIV (Virus de Inmunodeficiencia Humana). Las infecciones oportunistas incluirán entre otras a la neumonía y pneumosistis carinü, organismo del virus de enteritis crónica y/o infección disimulada de hongos. El neoplasma maligno, incluirá, entre otros, al Sarcoma de Kaposi, al linfoma del sistema nervioso central y/u otras tumoraciones conocidas en la actualidad o que se conozcan, como causas de enfermedad en presencia del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida.

- c) Adicciones al alcohol, drogas, estupefacientes y/o alcaloides.
- d) Uso indebido o abuso de alcohol, drogas, estupefacientes y/o alcaloides, salvo que hubieren sido ingeridos en un todo de acuerdo con la prescripción del médico que lo asista.
- e) Enfermedad, diagnósticos, crisis o ataques existentes con anterioridad a la fecha de finalización del período de carencia descrito o que se detecten durante el período de carencia establecido en las Condiciones Particulares que comienza a regir a partir de la Fecha de Inicio de Vigencia del Seguro.
- f) Un daño o herida infligido por el Asegurado a sí mismo en forma deliberada.
- g) Condiciones preexistentes (tal como se definen en el artículo 2, inciso f, del presente)
- h) Cualquier daño o enfermedad que no esté específicamente definida en esta Póliza.

8.- RETICENCIA

Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Asegurado, aún hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones, si la Compañía hubiese sido cerciorada del verdadero estado de riesgo, hace nulo el contrato. La Compañía debe impugnar el contrato dentro de los 3 (tres) meses de haber conocido la reticencia o falsedad.

Cuando la reticencia no dolosa es alegada en el plazo del artículo N° 5 de la Ley de Seguros, la Compañía, a su exclusivo juicio, puede anular el contrato restituyendo la prima percibida con deducción de los gastos, o reajustarla con la conformidad del Asegurado al verdadero estado del riesgo.

Si la reticencia fuese dolosa o de mala fe, la Compañía tiene derecho a las primas de los períodos transcurridos y del período en cuyo transcurso invoque la reticencia o falsa declaración. En todos los casos, si el Siniestro ocurre durante el plazo para impugnar, la Compañía no adeuda prestación alguna.

Cuando el contrato se efectúe por cuenta ajena se juzgará la reticencia por el conocimiento y la conducta del contratante y del Asegurado.

9.- AGRAVACIÓN O MODIFICACIÓN DEL RIESGO

El Asegurado debe denunciar a la Compañía las agravaciones del riesgo asumido, causadas por un hecho suyo, antes de que se produzcan; y las debidas a un hecho ajeno, inmediatamente después de conocerlas.

Se entiende por agravación del riesgo asumido, la que si hubiese existido al tiempo de la celebración, a juicio de peritos hubiera impedido este contrato o modificado sus condiciones. Se consideran agravaciones del riesgo únicamente las que provengan de las siguientes circunstancias:

- a) Modificación del estado físico o mental del Asegurado
- b) Modificación de su profesión o actividad
- c) Fijación de residencia fuera del país Cuando la agravación se deba a un hecho del Tomador y/o Asegurado la cobertura queda suspendida. La Compañía, en el término de 7 (siete) días deberá notificar su decisión de rescindir. Cuando la agravación resulte de un hecho ajeno al Tomador y/o Asegurado, la

Compañía deberá notificarle su decisión de rescindir dentro del término de un mes y con un preaviso de siete días. Se aplicará el artículo N° 39 de la Ley de

Seguros si el riesgo no se hubiera asumido según las prácticas comerciales de la Compañía.

No obstante, cuando la agravación provenga del cambio de la profesión o actividad del Asegurado y si de haber existido ese cambio al tiempo de la celebración, la Compañía hubiera concluido el contrato por una prima mayor, la Suma Asegurada se reducirá en proporción a la prima pagada.

La rescisión del contrato por agravación del riesgo da derecho a la Compañía:

- a) Si la agravación del riesgo le fue comunicada oportunamente, a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido.
- b) Si no le fue comunicada oportunamente, a percibir la prima por el período de seguro en curso, no mayor de un año.

10.- CARGAS DEL ASEGURADO O BENEFICIARIO

El Asegurado o los Beneficiarios comunicarán a la Compañía el acaecimiento del Siniestro dentro de los 30 (treinta) días de conocerlo, bajo pena de perder el derecho a ser indemnizado, salvo que

acredite caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia. El Asegurado en cuanto le sea posible, debe impedir o reducir las consecuencias del Siniestro, y observar las instrucciones de la Compañía al respecto, en cuanto sean razonables.

El Asegurado o los Beneficiarios están obligados a suministrar a la Compañía, a su pedido, la información necesaria para verificar el suministro o la extensión de la prestación a su cargo, la prueba instrumental en cuanto sea razonable que la suministre, y a permitirle a la Compañía las indagaciones necesarias a tales fines.

Contra la recepción de la notificación de existencia de la enfermedad, la Compañía entregará al reclamante los formularios adecuados para la presentación de la Prueba de Diagnóstico Positivo. El Asegurado o su representante deberá entregar a la Compañía prueba escrita del Diagnóstico Positivo que acredite la enfermedad dentro de los 90 (noventa) días posteriores a la fecha en que haya confirmado el diagnóstico. Si existieren causas razonables por las que no fuere posible entregar tal prueba dentro del plazo establecido, el incumplimiento de esta obligación no invalidará ni reducirá reclamo alguno a condición de que en todos los casos, excepto en el de incapacidad legal, se efectúe la presentación de dicha prueba dentro de un período razonable, en ningún caso mayor que el plazo de prescripción mencionado en el artículo N° 24.

11.- VALUACIÓN POR PERITOS

Si no hubiere acuerdo entre las partes, las consecuencias indemnizables serán determinadas por dos médicos designados uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los 8 (ocho) días 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 y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de 15 (quince) días.

Si una de las partes omitiese designar médico dentro del octavo día 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 a la Secretaría de Estado de Salud Pública de la Nación Argentina.

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.

12.- CUMPLIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE LA COMPAÑÍA

El pago se hará dentro de los 15 (quince) días de notificado el Siniestro o de cumplidos los requisitos estipulados en el artículo N° 10. En caso de muerte de un Asegurado designado en la presente Póliza, la indemnización remanente, si la hubiere, será pagadera al Beneficiario que conste en la Solicitud.

El pago realizado por la Compañía conforme a los términos y condiciones de este artículo liberará totalmente a la Compañía de toda otra obligación con respecto al mismo.

Adicionalmente, se deja expresamente establecido que:

La presente Póliza no cubre el fallecimiento ni la incapacidad resultante de enfermedades o lesiones contraídas o padecidas por el Asegurado que no estén en estricta concordancia con los términos y condiciones de la misma.

13.- PLURALIDAD DE SEGUROS

Si se realizara más de una cobertura de la enfermedad con distintos aseguradores cubriendo la misma persona por el mismo riesgo o parte de él, deberá comunicarse sin dilación tal circunstancia a cada Asegurador con indicación de la suma y Riesgo Asegurado.

14.- PRIMAS

Las primas deberán ser pagadas por adelantado para que la cobertura entre en vigencia.

En caso de solicitarse, la Compañía emitirá un recibo oficial debidamente firmado, pudiendo la firma, ser facsimilar. El Tomador de la Póliza, puede convenir con la Compañía el pago de la prima en fracciones de año por adelantado.

15.- PLAZO DE GRACIA

En caso de no abonarse la prima en la fecha indicada en la facturación, el Tomador contará con un Plazo de Gracia de 30 (treinta) días corridos, contados a partir del momento en que la deuda resulta exigible. Transcurrido el Plazo de Gracia estipulado sin que el Tomador regularice tal situación, se generará la caducidad de la Póliza, quedando la Compañía liberada de toda obligación emergente de este contrato.

Esta Póliza se mantendrá vigente durante el Plazo de Gracia, pero si el Asegurado sufriera durante el transcurso del mismo un Siniestro indemnizable por ésta, la Compañía deducirá de las prestaciones a su cargo las fracciones de prima impagas.

16.- CADUCIDAD POR INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES

Conforme con lo dispuesto por la Ley de Seguros, el incumplimiento de las obligaciones y cargas impuestas al Tomador y/o Asegurado por la Ley de Seguros y por el presente contrato, produce la caducidad de los derechos del Asegurado y/o Beneficiarios.

17.- RESCISIÓN UNILATERAL

Cualquiera de las partes tiene derecho a rescindir el presente contrato sin expresa causa. Cuando la Compañía ejerza este derecho, dará un preaviso no menor de 30 (treinta) días, y devolverá al Tomador la prima proporcional por el plazo no corrido. Cuando lo ejerza el Tomador, la rescisión se producirá desde la fecha en que notifique fehacientemente esa decisión.

18.- REHABILITACIÓN DE LA PÓLIZA

No obstante haya tenido lugar la cancelación de la cobertura como consecuencia de no haberse efectivizado el pago de alguna prima durante el período de gracia, el Tomador podrá solicitar el restablecimiento de la Póliza.

La Póliza será rehabilitada a partir de la fecha en la cual la Compañía proceda a dar por aprobada la Solicitud de Rehabilitación. En consecuencia, la Compañía sólo responderá por los siniestros a consecuencia de accidentes producidos con posterioridad a la fecha de rehabilitación.

En caso que el Tomador solicite la rehabilitación de la Póliza dentro de los 120 (ciento veinte) días inmediatos posteriores a la fecha en que la Póliza haya entrado en estado de caducidad, no se deberá dar cumplimiento nuevamente al período de carencia establecido en las Condiciones Particulares.

En caso que la rehabilitación de la Póliza se solicite luego los 120 (ciento veinte) días inmediatos posteriores a la fecha en que la Póliza haya entrado en estado de caducidad, se restablece el período de carencia a los plazos originales establecidos en la misma

19.- RENOVACIÓN AUTOMÁTICA

La presente Póliza es de vigencia anual. La Compañía procederá a renovar la Póliza en forma automática hasta el aniversario Póliza inmediatamente anterior a la fecha en que el Asegurado alcance la edad de 65 (sesenta y cinco) años, salvo expresa manifestación, por parte del Tomador, de su voluntad de no continuar con la cobertura o de existir alguna de las causas de terminación de la cobertura especificadas en el artículo N° 20 de la presente.

20.- TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

Esta cobertura terminará en la primera de las siguientes fechas:

- a) Aquella en la que habiendo tenido lugar el vencimiento de Vigencia de la Póliza, el Tomador manifestara su intención de no continuar con la cobertura.
- b) Aquella en que tenga lugar la finalización del período de gracia concedido para efectuar el pago de primas, sin que el Tomador hubiese regularizado su situación deudora.
- c) Aquella en la que por incumplimiento de las obligaciones impuestas al Asegurado y/o Tomador, la Póliza se torne en estado de caducidad.
- d) Aquella en que alguna de las partes ejerza la opción de rescisión unilateral de la Póliza.
- e) A partir de la fecha correspondiente a la primera fracción considerada para el pago de prima, en que el Asegurado alcance los 65 (sesenta y cinco) años de edad para el seguro.
- f) Aquella en que el Asegurado y/o Beneficiarios hallan percibido el 100% del Beneficio estipulado en la presente Póliza.

21.- DUPLICADO DE PÓLIZA Y COPIA

En caso de robo, pérdida o destrucción de esta Póliza, el Tomador podrá obtener un duplicado en sustitución de la Póliza original. Una vez emitido el duplicado, el original pierde todo valor. Las modificaciones efectuadas después de emitido el duplicado serán las únicas válidas. El Tomador tiene derecho a que se le entregue copia de las declaraciones efectuadas para la celebración del contrato y copia no negociable de la Póliza. Serán por cuenta del Tomador, en ambos casos, los gastos correspondientes.

22.- IMPUESTOS, TASAS Y CONTRIBUCIONES

Los impuestos, tasas y contribuciones de cualquier índole y jurisdicción que pudieran crearse en lo sucesivo o los aumentos eventuales de los existentes, estarán a cargo del Tomador, de los Beneficiarios o los herederos, según el caso, salvo cuando la ley los declare expresamente a cargo exclusivo de la Compañía.

23.- DOMICILIO

El domicilio en el que las partes deben efectuar las denuncias, declaraciones y demás comunicaciones previstas en este contrato o en la Ley de Seguros, es el de la Compañía y los últimos declarados por el Tomador y el Asegurado según el caso.

24.- PRESCRIPCIÓN

Las acciones fundadas en la Póliza prescriben al año de ser exigible la obligación correspondiente. El plazo de prescripción se computa desde el momento de inicio de la enfermedad, pero en ningún caso excederá de 3 (tres) años contados desde la fecha de ocurrencia del Siniestro.

25.- JURISDICCIÓN

Toda controversia que se plantee con relación al presente contrato, será dirimida ante los Tribunales Ordinarios competentes del Lugar de Emisión de la Póliza.

26.- MONEDA DEL CONTRATO

Se deja expresa constancia que es voluntad de las partes efectuar los pagos emergentes de las obligaciones pactadas en el presente contrato, en la moneda prevista que figura en las Condiciones Particulares. Si la moneda prevista no fuese la de curso legal en la República Argentina los premios cobrados serán transformados en la moneda correspondiente de acuerdo con el último valor del

dólar de referencia fijado por el Banco Central de la República Argentina el día de la real efectivización de los fondos en la Compañía. De la misma forma se actuará en cuanto a los Beneficios que correspondieren a los Asegurados y/o Beneficiarios.