



ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.
SEGURO DE VIAJES INTERNACIONALES
ASSA Travel

CLAUSULA 1: OBJETO DEL SEGURO.

Por la presente PÓLIZA, la ASEGURADORA se obliga a prestar al (los) ASEGURADO(S) individualizado(s) en el respectivo CERTIFICADO, las coberturas que se expresan en esta PÓLIZA, sujeto a los límites que se consignan en cada caso, obligándose por su parte el CONTRATANTE a pagar el premio convenido. El ASEGURADO estará facultado, previa consulta y aprobación por parte de la ASEGURADORA, a contratar por su cuenta y riesgo los servicios correspondientes, solicitando luego el reembolso respectivo a la ASEGURADORA, siempre sujeto a los límites establecidos en cada caso.

Sólo en casos de emergencia debidamente justificados el ASEGURADO podrá contratar los servicios necesarios sin autorización previa de la ASEGURADORA.

CLAUSULA 2: DEFINICIONES GENERALES

A los fines de la presente PÓLIZA los términos que se indican a continuación tendrán exclusivamente los siguientes significados y alcances:

ACCIDENTE:

Es el evento externo, súbito, involuntario y violento, cuya fecha de ocurrencia se encuentra perfectamente determinada y que ha sido la causa directa de la muerte, daño físico, o incapacidad permanente del ASEGURADO.

Se incluye en el concepto de accidente la acción de la temperatura ambiente o influencia atmosférica a que se encuentra sujeto el ASEGURADO, como consecuencia del mismo.

No se incluye en el concepto de accidente:

- Las enfermedades (incluso las profesionales), cualesquiera que sean sus causas, aunque sean provocadas, desencadenadas o agravadas directa o indirectamente por accidente, infecciones, estados septicémicos y embolias, resultantes de heridas visibles.
- Las complicaciones que sean consecuencia de la realización de exámenes, tratamientos clínicos o quirúrgicos, cuando no han derivado de un accidente cubierto.
- Escape accidental de gases y vapores.

ASALTO:

Es la sustracción (o su tentativa) de una cosa mueble ajena con ánimo de apropiársela, mediante la intimidación o violencia en las personas dueñas o tenedoras de esas especies sustraídas y que le cause al ASEGURADO una LESIÓN corporal, de la cual resulte su fallecimiento o invalidez con carácter permanente.

ASEGURADO(S):

Son las personas que figuran como tales en el respectivo CERTIFICADO y a quienes resultan aplicables las coberturas detalladas en la presente PÓLIZA.

ASEGURADORA:

La compañía **ASSA Compañía de Seguros, S.A.**, es responsable de otorgar cobertura bajo el presente **SEGURO DE VIAJES INTERNACIONAL** al ASEGURADO.

BENEFICIO:

Es la prestación, indemnización o reembolso a la que el ASEGURADO accederá en caso de ocurrencia de alguno de los hechos cubiertos por la presente PÓLIZA, de acuerdo con las condiciones del PLAN CONTRATADO.

CENTRAL DE ASISTENCIA:

Es el centro de atención telefónica que pone a disposición la ASEGURADORA para la atención de los llamados de los ASEGURADOS en caso de SINIESTRO o de la necesidad de solicitar alguno de los BENEFICIOS establecidos en la presente PÓLIZA, cuyo (s) número (s) de teléfono será (n) indicado (s) en el respectivo CERTIFICADO.

CERTIFICADO:

Es el documento entregado a los ASEGURADOS, donde constan los detalles de la cobertura individual otorgada a cada uno de ellos bajo la presente PÓLIZA, de acuerdo al PLAN CONTRATADO.

COMPAÑERO DE VIAJE:

Comprenden una o más personas que hayan efectuado reserva para acompañar al ASEGURADO en el VIAJE, que viajen en la misma fecha y vuelo que el ASEGURADO y cuyos pasajes hayan sido adquiridos simultáneamente.

CONDICION PRE-EXISTENTE:

Es la condición por la cual el ASEGURADO recibió o le fue recomendado cuidado, tratamiento o asesoramiento de un MÉDICO, o la existencia de antecedentes médico-hospitalarios, síntomas, señales o alteraciones perceptibles en el estado de salud, o exámenes de diagnóstico comprobatorios, dentro del plazo de dos años anteriores a la ocurrencia del SINIESTRO, o bien, una condición por la cual fue requerida la hospitalización o cirugía del ASEGURADO dentro del plazo de cinco años anteriores a la ocurrencia del SINIESTRO.

La CONDICIÓN PRE-EXISTENTE podrá ser verificada por la ASEGURADORA por todos los medios disponibles, incluyendo historias clínicas y/o legajos médicos-hospitalarios en consultorios, clínicas, laboratorios, HOSPITALES o por medio de examen médico u otro.

CONTRATANTE:

Es la persona física o jurídica que haya contratado el SEGURO DE VIAJES INTERNACIONAL y que se haga responsable por el pago del mismo.

CONTRATOS DE VIAJE:

Son los convenios o contratos celebrados por el ASEGURADO o CONTRATANTE con el objeto de que el Asegurado realice un viaje, tour o crucero a un país extranjero, ya sea que dicho VIAJE sea organizado por un operador de turismo, agente de viajes o línea de cruceros o bien directamente por el propio ASEGURADO o CONTRATANTE, y que se encuentra protegido por la presente PÓLIZA.

ESTABLECIMIENTO HOSPITALARIO (U HOSPITAL):

Es un lugar que:

- a) Cuenta con habilitación vigente, si así fuese requerido por la ley.
- b) Está dedicado especialmente al cuidado y tratamiento de personas enfermas o lesionadas.
- c) Cuenta con un cuerpo de uno o más MÉDICOS disponibles en forma permanente.
- d) Presta servicios de enfermería las 24 horas del día y cuenta al menos con un profesional de enfermería matriculado, de guardia en forma permanente.
- e) Cuenta con instalaciones organizadas para diagnóstico y cirugía, ya sea en el mismo lugar o en otras instalaciones disponibles del HOSPITAL, previamente acordados.

No son HOSPITALES los establecimientos geriátricos, de descanso o de convalecencia para personas de edad, ni un establecimiento operado como un centro de tratamiento para drogas y/o alcohol.

ENFERMEDAD DE CARÁCTER SÚBITO:

Es el evento de carácter mórbido, de causa no accidental, que sea contraído por el ASEGURADO o se manifieste por primera vez durante el VIAJE y que requiera tratamiento terapéutico por parte de un MÉDICO y no corresponda a una CONDICIÓN PRE-EXISTENTE.

EQUIPAJE:

Para los efectos de esta PÓLIZA, será considerado equipaje todo bulto acondicionado en compartimiento cerrado, despachado comprobadamente bajo responsabilidad del TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO.

FECHA DE LLEGADA:

Es la fecha que el ASEGURADO originalmente programó como regreso de su VIAJE y que está especificada en el respectivo CERTIFICADO.

FECHA DE SALIDA:

Es la fecha que el ASEGURADO originalmente programó como inicio de su VIAJE y que está especificada en el respectivo CERTIFICADO.

LESIÓN: Es un daño corporal causado exclusivamente por ACCIDENTE, ocurrido durante el VIAJE.

MÉDICAMENTE NECESARIO:

Es la recomendación hecha por el MÉDICO cuando ella es:

- Consistente con los síntomas, diagnóstico y tratamiento de la condición del ASEGURADO;
- Apropiaada en relación con las reglas de la buena práctica médica.

MÉDICO:

Es un profesional habilitado para practicar la medicina dentro del ámbito de su especialidad. No será considerado como MÉDICO:

- El ASEGURADO;
- Su cónyuge;
- Una persona que sea MIEMBRO DE LA FAMILIA del ASEGURADO o de su cónyuge o que tenga cualquier grado de parentesco con éstos, aun cuando se encuentre habilitado para ejercer la práctica de la medicina y cualquiera sea su lugar de residencia.

MIEMBRO DE LA FAMILIA:

Respecto de la persona a la que se haga referencia, significa su cónyuge o conviviente en aparente matrimonio tal como se defina en las disposiciones legales vigentes, sus hijos, hijastros, sus padres, padrastros, suegros, hermanos, hermanastros, cuñados, yernos, abuelos, nietos, nueras, menores bajo su tutela, tíos (entendiéndose por tales, los hermanos de su padre o madre) y sobrinos (comprendiendo únicamente, los hijos de un hermano), siempre y cuando residan en el mismo país del ASEGURADO.

MONTO MÁXIMO GARANTIZADO:

Es el monto máximo que asume la ASEGURADORA en virtud de la presente PÓLIZA por cada PLAN CONTRATADO, de acuerdo a lo indicado en la LISTA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS.

Este monto máximo resulta aplicable a todos los SINIESTROS amparados bajo un mismo CERTIFICADO durante la vigencia del mismo, ya sea originado en uno o más eventos.

El referido MONTO MÁXIMO GARANTIZADO resultará aplicable exclusivamente para las coberturas que así lo contemplan expresamente en la Cláusula 3 siguiente.

PLAN CONTRATADO:

Consiste en la combinación de COBERTURAS, BENEFICIOS y SUMAS ASEGURADAS contratados por el ASEGURADO y que se encuentran descritos en la LISTA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS de las Condiciones Particulares de la Póliza y en el respectivo CERTIFICADO.

PÓLIZA:

Es el presente contrato de SEGURO DE VIAJES INTERNACIONAL.

El presente documento, PÓLIZA o sus modificaciones y documentación anexa, conforman el SEGURO DE VIAJES INTERNACIONAL.

SINIESTRO:

Es la ocurrencia de un evento cubierto bajo la presente PÓLIZA y del cual resulta el derecho del ASEGURADO a obtener el BENEFICIO previsto, de acuerdo a los términos y condiciones de esta PÓLIZA.

SUMA ASEGURADA:

Es el monto máximo a cargo de la ASEGURADORA establecido por cada SINIESTRO y para cada cobertura incluida en la LISTA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS, de acuerdo al PLAN CONTRATADO por el ASEGURADO.

TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO:

Es cualquier medio de transporte de pasajeros a título oneroso por tierra, agua o aire, con recorrido fijo, operado con habilitación válida y en un todo de acuerdo a las disposiciones legales o reglamentarias aplicables. No están contemplados en la presente definición y por tanto quedan excluidos, los taxis, vehículos rentados, servicios de traslado de hotel o estacionamiento y cualquier otro medio de transporte privado de pasajeros.

VIAJE:

Es la salida del ASEGURADO de su país de residencia, con el fin de efectuar una visita, tour o crucero a un país extranjero, ya sea organizado a través de un operador de turismo, agente de viajes o línea de cruceros o bien directamente por el propio ASEGURADO o CONTRATANTE, y que se encuentra protegido por la presente PÓLIZA, comprendido entre las FECHAS de SALIDA Y LLEGADA especificadas en el CERTIFICADO.

CLAUSULA 3: COBERTURAS

Las coberturas descritas a continuación formarán parte de la presente PÓLIZA sólo en la medida que las mismas estén incluidas expresamente en el PLAN CONTRATADO por el ASEGURADO o CONTRATANTE, y sus SUMAS ASEGURADAS y límites estarán determinados según lo establecido en la LISTA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS.

3.1) MUERTE ACCIDENTAL

Al recibo de las debidas pruebas de fallecimiento de un asegurado, producida como consecuencia inmediata de un ACCIDENTE ocurrido exclusivamente durante el VIAJE, la Compañía pagará la suma asegurada convenida menos las cantidades abonadas en concepto de incapacidad total y permanente y desmembramiento, siempre que dicho accidente haya ocurrido:

- a) mientras se encuentre ascendiendo, descendiendo o viajando en un TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO;
- b) en ocasión de un ASALTO; o
- c) por cualquier otra causa contemplada en la definición de ACCIDENTE y que no se encuentre expresamente excluida por la presente PÓLIZA.

Todo ello de acuerdo a la SUMA ASEGURADA establecida para cada caso en la LISTA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS. En el caso que no se hubiera establecido SUMA ASEGURADA para

alguna de las causales descritas, se entenderá que no se otorgará cobertura bajo la misma, encontrándose excluida de la presente PÓLIZA.

Nota Importante:

- **Solamente se cubrirá la muerte que se produzca dentro de los 180 días de ocurrido el ACCIDENTE y siempre que la misma sea consecuencia inmediata de las LESIONES provocadas por el mismo.**

- **La edad máxima de permanencia en la póliza es hasta cuando el asegurado cumpla los 80 años de edad, por lo cual una vez cumplidos, la póliza quedará cancelada automáticamente, y la responsabilidad de la Compañía por recibir cualquier pago de prima bajo este beneficio con posterioridad a la fecha en la que el Asegurado cumpla los 80 años de edad, consistirá sólo en devolver la prima pagada en exceso.**

3.2) INCAPACIDAD PERMANENTE - TOTAL Y/O PARCIAL – POR ACCIDENTE

El pago de la SUMA ASEGURADA, de acuerdo al valor indicado en la Tabla de Cálculo de Indemnización inserta a continuación, en caso de invalidez de carácter permanente del ASEGURADO, como consecuencia de un ACCIDENTE ocurrido exclusivamente durante el VIAJE, ya sea:

- a) mientras se encuentre ascendiendo, descendiendo o viajando en un TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO;
- b) en ocasión de un ASALTO; o
- c) por cualquier otra causa contemplada en la definición de ACCIDENTE y que no se encuentre expresamente excluida por la presente PÓLIZA.

Todo ello hasta la SUMA ASEGURADA establecida para cada caso en la LISTA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS. En el caso que no se hubiera establecido SUMA ASEGURADA para alguna de las causales descritas, se entenderá que no se otorgará cobertura bajo la misma, encontrándose excluida de la presente PÓLIZA.

Se entiende como invalidez permanente la pérdida, reducción o impotencia funcional definitiva total del miembro u órgano.

Nota Importante: Solamente los casos listados a continuación se encuentran cubiertos:

TABLA PARA CÁLCULO DE INDEMNIZACION EN CASO INVALIDEZ PERMANENTE RESULTANTE DE ACCIDENTE

TOTAL

Estado absoluto e incurable de alienación mental, que no permita al Asegurado:

Ningún trabajo u ocupación, por el resto de su vida.....	100%
Fractura incurable de la columna vertebral que determine la invalidez total y permanente.....	100%

PARCIAL

a) Cabeza:		
Sordera total e incurable de los dos oídos.....		50%
Pérdida total de un ojo o reducción de la mitad de la visión binocular norma.....		40%
Sordera total e incurable de un oído.....		15%
Ablación de la mandíbula inferior.....		50%
b) Miembros superiores:		
	Der.	Izq.
Pérdida total de un brazo	65%	52%
Pérdida total de una mano.....	60%	48%
Fractura no consolidada de un brazo (seudo artrosis total)	45%	36%

Anquilosis del hombro en posición no funcional.....	30%	24%
Anquilosis del hombro en posición funcional	25%	20%
Anquilosis del codo en posición no funcional	25%	20%
Anquilosis del codo en posición funcional	20%	16%
Anquilosis de la muñeca en posición no funcional.....	20%	16%
Anquilosis de la muñeca en posición funcional	15%	12%
Pérdida total del pulgar.	18%	14%
Pérdida total del índice.....	14%	11%
Pérdida total del dedo medio	9%	7%
Pérdida total del anular o el meñique	8%	6%

En caso que el ASEGURADO fuera zurdo, se invertirán los porcentajes de indemnización fijados por la pérdida de los miembros superiores.

c) Miembros inferiores:

Pérdida total de una pierna.....	55%
Pérdida total de un pie.....	40%
Fractura no consolidada de un muslo (seudo artrosis total).....	35%
Fractura no consolidada de una pierna (seudo artrosis total).....	30%
Fractura no consolidada de una rótula.....	30%
Fractura no consolidada de un pie (seudo artrosis total).....	20%
Anquilosis de la cadera en posición no funciona.....	40%
Anquilosis de la cadera en posición funciona.....	20%
Anquilosis de la rodilla en posición no funcional.....	30%
Anquilosis de la rodilla en posición funcional.....	15%
Anquilosis del empeine (garganta del pie) en posición no funcional.....	15%
Anquilosis del empeine (garganta del pie) en posición funcional.....	8%
Acortamiento de un miembro inferior de por lo menos cinco centímetros.....	15%
Acortamiento de un miembro inferior de por lo menos tres centímetros.....	8%
Pérdida total del dedo gordo del pie.....	8%
Pérdida total de otro dedo del pie.....	4%

Nota Importante:

- 1) **Cuando como consecuencia de un mismo ACCIDENTE resulte incapacitado más de un miembro u órgano, la indemnización será calculada sumando los porcentajes respectivos. Sin perjuicio de lo anterior, el BENEFICIO total no debe exceder el 100% (cien por ciento) de la SUMA ASEGURADA, de acuerdo a la LISTA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS.**
- 2) **El PLAN CONTRATADO podrá establecer exclusivamente la cobertura de Incapacidad Permanente Total del ASEGURADO, quedando por lo tanto excluida cualquier Incapacidad Permanente Parcial. No obstante, si la suma de las distintas pérdidas de miembros u órganos alcanzara o superara el 80%, se considerará como Incapacidad Total y por consiguiente se abonará la respectiva SUMA ASEGURADA.**
- 3) **Solamente se cubrirán las incapacidades permanentes que se configuren dentro de los 180 días de ocurrido el ACCIDENTE y siempre que las mismas sean consecuencia inmediata de las LESIONES provocadas por el mismo.**
- 4) **La Cobertura de Incapacidad Total y Permanente no es aplicable a personas mayores de 65 años, jubilados o pensionados.**

3.3) ASISTENCIA MÉDICA POR ACCIDENTE Y/O ENFERMEDAD

La asistencia médica y HOSPITALARIA que requiera el ASEGURADO durante el VIAJE, como consecuencia inmediata de haber sufrido un ACCIDENTE o ENFERMEDAD DE CARÁCTER SÚBITO durante el mismo, sujeta al MONTO MÁXIMO GARANTIZADO y hasta la SUMA ASEGURADA establecida en la LISTA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS.

A los fines de esta PÓLIZA, se entiende que la asistencia médica y HOSPITALARIA comprende:

- a) Servicios prestados por un MÉDICO.
- b) Internación HOSPITALARIA y uso de quirófano.
- c) Exámenes médicos, exámenes o tratamientos radiológicos y análisis de laboratorio.
- d) Anestesia (incluyendo administración de la misma).
- e) Fisioterapia: En caso de necesidad de Fisioterapia como resultado de LESIONES provenientes de ACCIDENTES ocurridos o ENFERMEDADES DE CARÁCTER SÚBITO contraídas o que se manifiesten por primera vez durante el VIAJE, el ASEGURADO recibirá atención fisioterapéutica, a condición de que ésta sea prescrita por el MÉDICO que atendió al ASEGURADO durante el VIAJE.
- f) Emergencias y urgencias médicas.

Nota Importante:

- **Constatada la CONDICIÓN DE PREEXISTENCIA de cualquier LESIÓN o enfermedad del ASEGURADO, los BENEFICIOS de asistencia médica serán suspendidos y la atención así como sus costos serán de responsabilidad exclusiva del ASEGURADO.**
- **La ASEGURADORA tendrá el derecho a someter al ASEGURADO hasta tres (3) exámenes médicos, con costo a su cargo, mientras hubiera BENEFICIOS pendientes.**

Se encuentran excluidos de la presente cobertura:

- a) **Servicios, suministros o tratamientos, incluyendo cualquier período de internación hospitalaria, que no hayan sido recomendados, aprobados y certificados como MÉDICAMENTE NECESARIOS por el MÉDICO.**
- b) **Exámenes físicos, de laboratorio o radiográficos de rutina o que no sean MÉDICAMENTE NECESARIOS.**
- c) **Cirugía reparadora, plástica o que no fuera absolutamente esencial y necesaria, excepto como resultado de una LESIÓN del ASEGURADO ocurrida durante el VIAJE y cubierta por esta PÓLIZA.**
- d) **Tratamientos rejuvenecedores o estéticos.**
- e) **Compras de prótesis u órtesis.**
- f) **Anormalidades congénitas y condiciones que resulten de las mismas.**
- g) **Asistencia relacionada con pie frágil, deformado o plano, callos o uñas del pie.**
- h) **Diagnóstico y tratamiento de acné.**
- i) **Tabique desviado, incluyendo resección submucosa y/o cualquier corrección quirúrgica de los mismos.**
- j) **Trasplante de órganos.**
- k) **Cuidados de niños sanos, incluyendo exámenes e inmunizaciones (vacunas).**
- l) **Servicios y suministros médicos en el país de residencia del ASEGURADO.**
- m) **Anteojos, lentes de contacto, audífonos y exámenes para la prescripción o ajuste de los mismos, a menos que la LESIÓN o la ENFERMEDAD DE CARÁCTER SÚBITO haya causado el deterioro de la visión o la audición.**
- n) **Tratamiento proporcionado por un HOSPITAL del Estado o prestador de servicios que no signifique un costo para el ASEGURADO, vale decir, cuyas prestaciones son gratuitas o reembolsables por un tercero.**
- o) **Trastornos mentales, nerviosos o emocionales o curas de sueño.**
- p) **Servicios y suministros médicos que hayan sido generados fuera del periodo de vigencia del VIAJE.**
- q) **Tratamientos odontológicos.**

r) Compra de medicamentos.

3.4) ASISTENCIA ODONTOLÓGICA POR ACCIDENTE Y/O ENFERMEDAD

La asistencia odontológica requerida por el ASEGURADO durante el VIAJE. El primer tratamiento deberá realizarse en el extranjero durante el VIAJE y deberá comenzar dentro de las 24 (veinticuatro) horas siguientes a la emergencia o al momento en que se presentó por primera vez el dolor agudo y repentino en dientes naturales permanentes del ASEGURADO, a consecuencia de ACCIDENTE ocurrido o ENFERMEDAD DE CARÁCTER SÚBITO contraída durante el VIAJE. Incluye los arreglos o substituciones de prótesis odontológicas siempre y cuando deriven de una LESIÓN.

El tratamiento odontológico y los servicios y suministros correspondientes, serán provistos por la ASEGURADORA hasta la SUMA ASEGURADA respectiva establecida en la LISTA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS según hayan tenido su origen en un ACCIDENTE o en una ENFERMEDAD DE CARÁCTER SÚBITO, todo ello sujeto al MONTO MÁXIMO GARANTIZADO. Esta cobertura sólo se extenderá por un período de 30 días contados desde la fecha del primer tratamiento, pudiendo continuar el tratamiento y la cobertura del mismo en el país de residencia del ASEGURADO, pero siempre dentro del plazo mencionado.

Se encuentran excluidos de la presente cobertura:

- a) Cualquier tratamiento rutinario o que no sea MÉDICAMENTE NECESARIO.**
- b) Tratamientos rejuvenecedores, estéticos o de ortodoncia, gastos en compras de prótesis (se excluyen los gastos en arreglos o reemplazos de prótesis odontológicas que sean producto de una LESIÓN).**
- c) Servicios y suministros odontológicos en el país de residencia del ASEGURADO.**
- d) Tratamiento proporcionado por un HOSPITAL del Estado o prestador de servicios que no signifique un costo para el ASEGURADO, vale decir, cuyas prestaciones son gratuitas o reembolsables por un tercero.**
- e) Compra de medicamentos.**

3.5) MEDICAMENTOS

La provisión de medicamentos necesarios (en virtud de la atención médica u odontológica cubierta por esta PÓLIZA), sujeto al MONTO MÁXIMO GARANTIZADO y hasta la SUMA ASEGURADA indicada en la LISTA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS, siempre que dichos medicamentos hayan sido requeridos con motivo de un ACCIDENTE ocurrido o ENFERMEDAD DE CARÁCTER SÚBITO contraída durante el VIAJE y hayan sido prescritos por un MÉDICO.

Se encuentran excluidos de la presente cobertura:

- a) Medicamentos que no hayan sido recetados o prescritos como MÉDICAMENTE NECESARIOS por el MÉDICO.**
- b) Compra de prótesis u órtesis.**
- c) Medicamentos adquiridos o requeridos en el país de residencia del ASEGURADO.**
- d) Medicamentos proporcionados por un HOSPITAL del Estado o prestador de servicios que no signifique un costo para el ASEGURADO, vale decir, cuyas provisión sea gratuita o reembolsable por un tercero.**
- e) Medicamentos que hayan sido adquiridos o requeridos fuera del periodo de vigencia del VIAJE.**

3.6) RECUPERACIÓN EN HOTEL -CONVALECENCIA

Hospedaje del ASEGURADO en hotel en caso de que el equipo MÉDICO del HOSPITAL donde se encuentre el ASEGURADO y el equipo MÉDICO indicado por la ASEGURADORA determinen la necesidad de prorrogar el periodo de estadía del ASEGURADO por convalecencia, después que fue dado de alta del HOSPITAL, debido a ACCIDENTE o ENFERMEDAD DE CARÁCTER SÚBITO.

Este BENEFICIO por convalecencia se encuentra sujeto a la cantidad máxima de días de estadía en hotel, al MONTO MÁXIMO GARANTIZADO y a la SUMA ASEGURADA máxima diaria, todos ellos

indicados en la LISTA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS.

Estos gastos deberán ser previamente autorizados por la ASEGURADORA, la que no será responsable del pago o reembolso de los gastos que sean responsabilidad de terceros o que estén ya incluidos en el CONTRATO DE VIAJE.

3.7) ACOMPAÑANTE EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN PROLONGADA.

El BENEFICIO correspondiente a cada una de las coberturas que se indican a continuación, estará sujeto a los límites y condiciones indicados seguidamente, así como también a la SUMA ASEGURADA total para este acápite y al MONTO MÁXIMO GARANTIZADO, consignados en el LISTADO DE COBERTURAS Y BENEFICIOS.

3.7.1) PASAJE AÉREO

La entrega de un pasaje aéreo de ida y vuelta en clase económica, salvo que se pacte una clase superior y se indique tal situación en la LISTA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS, a quien indique el ASEGURADO, cuando éste se encuentre viajando solo y los MÉDICOS indicados por la ASEGURADORA consideren necesaria su internación en un HOSPITAL por un periodo superior a 5 (cinco) días, siempre que previamente haya sido solicitado y aprobado a través de la CENTRAL DE ASISTENCIA. En caso de que el ASEGURADO no pueda indicar a un acompañante, se considerará al cónyuge o cualquier pariente en primer grado de consanguinidad y que sea mayor de edad.

Nota Importante: La persona indicada para acompañar al ASEGURADO deberá obligatoriamente residir en el mismo país que el ASEGURADO.

3.7.2) ALOJAMIENTO

La estadía en hotel para hospedaje del acompañante del ASEGURADO en ocasión de la situación descrita en el acápite precedente y siempre que previamente haya sido solicitada y aprobada a través de la CENTRAL DE ASISTENCIA.

Este BENEFICIO se encuentra sujeto a la cantidad máxima de días de estadía en hotel y a la SUMA ASEGURADA máxima diaria, indicadas en la LISTA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS.

3.8) EVACUACIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA

La Evacuación Médica de Emergencia, hasta la SUMA ASEGURADA máxima que figura en la LISTA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS y sujeto al MONTO MÁXIMO GARANTIZADO, que resulte necesaria en caso de LESIÓN O ENFERMEDAD DE CARÁCTER SÚBITO del ASEGURADO.

Una Evacuación de Emergencia debe ser previamente solicitada y aprobada a través de la CENTRAL DE ASISTENCIA y requerida por un MÉDICO que certifique que la gravedad o la naturaleza de la LESIÓN o ENFERMEDAD DE CARÁCTER SÚBITO del ASEGURADO hace necesaria tal evacuación.

Los conceptos cubiertos por esta cláusula corresponden al transporte y tratamiento médico, incluyendo servicios y suministros médicos que sean necesarios con motivo de la Evacuación de Emergencia del ASEGURADO. El servicio de Evacuación Médica deberá ser realizado por la vía más directa y económica posible, utilizando el transporte compatible con el estado de salud del ASEGURADO.

El transporte deberá ser:

- a) Recomendado por el MÉDICO que atiende al ASEGURADO.
- b) Requerido por las regulaciones estándar del medio de transporte que traslada al ASEGURADO.
- c) Acordado y autorizado anticipadamente por la ASEGURADORA.

La Evacuación de Emergencia se aplica en los casos:

- a) Que la condición médica del ASEGURADO hace necesario el transporte inmediato desde el lugar donde éste se encuentra lesionado o enfermo hasta el HOSPITAL más cercano en donde se podrá obtener el tratamiento médico apropiado.

- b) Que luego de haber sido tratado en un HOSPITAL local, la condición médica del ASEGURADO hace necesario su transporte al país donde comenzó el VIAJE para recibir tratamiento médico adicional o para recuperarse.

3.9) REPATRIACIÓN FUNERARIA

En caso de fallecimiento del ASEGURADO durante el VIAJE, el pago del traslado de sus restos mortales hasta su país de residencia habitual, así como proveer un ataúd común o una urna funeraria. Este servicio comprende todo el proceso burocrático para la liberación de los restos mortales, pasaje aéreo y embalsamamiento, hasta la SUMA ASEGURADA indicada en la LISTA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS.

3.10) CANCELACIÓN DEL VIAJE

La ASEGURADORA reembolsará al ASEGURADO, hasta la SUMA ASEGURADA indicada en la LISTA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS y sujeto al MONTO MÁXIMO GARANTIZADO, los gastos por servicios no reembolsables por parte de terceros, pagados anticipadamente por el ASEGURADO en concepto de hospedaje en hotel y/o de cargos por cancelación de la utilización de un TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO, en caso de que el ASEGURADO se vea impedido de iniciar el VIAJE debido a una ENFERMEDAD DE CARÁCTER SÚBITO, ACCIDENTE o fallecimiento, ya sea del propio ASEGURADO, de su COMPAÑERO DE VIAJE o de algún MIEMBRO DE LA FAMILIA del ASEGURADO, siempre y cuando el ASEGURADO haya reservado y pagado o abonado estos costos antes que ocurriera tal ENFERMEDAD, ACCIDENTE o fallecimiento.

La ASEGURADORA se reserva el derecho de realizar una pericia médica comprobatoria.

Nota Importante:

1) En el caso de Cancelación del Viaje, la ASEGURADORA y el operador de turismo respectivo deberán ser notificados en un plazo máximo de 24 horas desde la ocurrencia de la ENFERMEDAD DE CARÁCTER SÚBITO, ACCIDENTE o fallecimiento. Vencido este plazo, la ASEGURADORA no se responsabilizará por multas o penalidades adicionales, cualquiera sea su naturaleza.

2) A los efectos de este BENEFICIO las ENFERMEDADES DE CARÁCTER SÚBITO deberán manifestarse por primera vez o ser contraídas con posterioridad a la fecha de contratación del SEGURO DE VIAJES INTERNACIONAL, la cual estará indicada en el respectivo CERTIFICADO.

3.11) INTERRUPCIÓN DEL VIAJE

El BENEFICIO correspondiente a cada una de las coberturas que se indican a continuación, estará sujeto a los límites y condiciones indicados seguidamente, así como también a la SUMA ASEGURADA total para este acápite y al MONTO MÁXIMO GARANTIZADO, consignados en el LISTADO DE COBERTURAS Y BENEFICIOS.

3.11.1) REEMBOLSO DE GASTOS

La ASEGURADORA reembolsará al ASEGURADO, hasta la SUMA ASEGURADA indicada en la LISTA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS, los gastos no reembolsables por parte de terceros, pagados anticipadamente por el ASEGURADO en concepto de hospedaje en hotel y/o de cargos por cancelación de la utilización de un TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO, en caso de que el ASEGURADO se vea impedido de concluir el VIAJE debido a incendio o robo en la residencia habitual del ASEGURADO, ENFERMEDAD DE CARÁCTER SÚBITO, ACCIDENTE o fallecimiento, ya sea del propio ASEGURADO, de su COMPAÑERO DE VIAJE o de algún MIEMBRO DE LA FAMILIA del ASEGURADO, siempre y cuando el ASEGURADO haya reservado y pagado o abonado estos costos antes que ocurrieran las mencionadas eventualidades.

La ASEGURADORA se reserva el derecho de realizar una pericia médica o técnica comprobatoria.

Nota Importante: En el caso de Interrupción del Viaje, la ASEGURADORA y el operador de turismo respectivo deberán ser notificados en un plazo máximo de 24 horas desde la ocurrencia del SINIESTRO. Vencido este plazo, la ASEGURADORA no se responsabilizará por multas o penalidades adicionales, cualquiera sea su naturaleza.

3.11.2) REGRESO ANTICIPADO

La entrega de un pasaje aéreo en clase económica, salvo que se pacte una clase superior y se indique tal situación en la LISTA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS, para el regreso del ASEGURADO a su país de residencia, en caso de que el mismo quede inhabilitado de continuar el VIAJE, conforme lo previsto precedentemente en 3.11.1).

Nota Importante: Este pasaje será entregado sólo en caso de que no sea posible utilizar el medio de TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO previsto originalmente para la finalización del VIAJE.

3.12) REGRESO DE COMPAÑEROS DE VIAJE

El otorgamiento de pasaje(s) aéreo(s) en clase económica, salvo que se pacte una clase superior y se indique tal situación en la LISTA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS, en TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO para el retorno del (los) COMPAÑERO(S) DE VIAJE a su domicilio, cuando se hubiera producido el fallecimiento del ASEGURADO durante el VIAJE o bien cuando el traslado del ASEGURADO hacia su país de origen sea MÉDICAMENTE NECESARIO e impida a su(s) COMPAÑERO(S) DE VIAJE continuar el VIAJE, todo lo cual deberá ser solicitado y autorizado previamente a través de la CENTRAL DE ASISTENCIA.

Este BENEFICIO se encuentra limitado a la SUMA ASEGURADA y sujeto al MONTO MÁXIMO GARANTIZADO consignados en el LISTADO DE COBERTURAS Y BENEFICIOS.

Nota Importante: Este pasaje será provisto en el caso de que no sea posible utilizar el medio de TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO previsto originalmente para la finalización del VIAJE.

3.13) RETORNO DE MENORES

El otorgamiento de un pasaje aéreo en clase económica, salvo que se pacte una clase superior y se indique tal situación en la LISTA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS, de ida y vuelta para que una persona adulta, designada por la familia del ASEGURADO, pueda acompañar al (a los) menor(es) de regreso al domicilio, siempre que haya sido previamente solicitado y aprobado a través de la CENTRAL DE ASISTENCIA

Este BENEFICIO se encuentra limitado a la SUMA ASEGURADA y sujeto al MONTO MÁXIMO GARANTIZADO consignados en el LISTADO DE COBERTURAS Y BENEFICIOS.

Nota Importante: Esta cobertura se aplica solamente cuando el ASEGURADO posea COMPAÑEROS DE VIAJE menor(es), de hasta 16 años de edad, y siempre que, debido a un ACCIDENTE, ENFERMEDAD DE CARÁCTER SÚBITO o fallecimiento del ASEGURADO durante el VIAJE, dicho(s) menor(es) se quede(n) sin compañía de una persona adulta durante el mismo.

En caso que el menor de edad posea una edad mayor a la indicada precedentemente y que de acuerdo a las disposiciones legales vigentes en el país en el que se encuentre al momento del SINIESTRO no pueda regresar sin compañía de un adulto a su país de residencia, este BENEFICIO se hará extensivo también a dicho menor de edad.

3.14) RETRASO DEL VIAJE

El reembolso por los gastos de hospedaje y alimentación en que se incurra exclusivamente con motivo de atraso del VIAJE, hasta la SUMA ASEGURADA indicada en la LISTA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS y sujeto al MONTO MÁXIMO GARANTIZADO, en caso de que el VIAJE sufra un atraso de 12 horas o más, debido a:

- a) Retraso del vuelo regular causado por condición climática severa que demore su llegada o partida programada;
- b) Retraso por huelga u otro conflicto laboral de los empleados de la compañía aérea regular,

programada para ser utilizada por el ASEGURADO durante su VIAJE;

- c) Retraso causado por falla o desperfecto repentino o imprevisible del vuelo regular, que causó el retraso o la interrupción del servicio programado.

También se reembolsarán, hasta la SUMA ASEGURADA establecida en la LISTA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS, los gastos de alimentación y hospedaje causados por la pérdida de conexión o interrupción de los traslados programados, derivados de los eventos descritos anteriormente, siempre y cuando el atraso sea igual o superior a 12 horas.

Nota Importante:

- **El BENEFICIO se limita al pago de gastos de alimentación y hospedaje que no hayan sido pagados por la compañía aérea regular, mientras se mantenga el atraso.**
- **Este BENEFICIO se refiere exclusivamente a vuelos regulares de compañías aéreas, no incluyendo por tanto los vuelos alquilados o “chárter”.**

Se encuentran excluidos de la presente cobertura:

Retrasos cuyas causas hayan sido divulgadas públicamente con anticipación o sean de conocimiento del ASEGURADO con anterioridad a la fecha de solicitud de emisión del SEGURO DE VIAJES INTERNACIONAL.

3.15) PÉRDIDA DE EQUIPAJE

En caso de extravío, hurto o robo de EQUIPAJE del ASEGURADO una vez que el mismo se encuentre bajo la responsabilidad de una compañía de TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO, acreditado mediante la presentación del correspondiente informe de pérdida (PIR-Property Irregularity Report) o su equivalente, la ASEGURADORA pagará \$50.00 por cada kilo de EQUIPAJE, hasta la cantidad máxima contratada para esta cobertura indicada en la LISTA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS de acuerdo al peso del EQUIPAJE al momento del embarque, limitado al monto total declarado en el informe de pérdida (PIR-Property Irregularity Report) o su equivalente, **descontados aquellos pagos efectuados por la compañía de TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO a título de indemnización.** Sin perjuicio de lo anterior, el monto a indemnizar queda limitado a la SUMA ASEGURADA total indicada en la LISTA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS y al MONTO MÁXIMO GARANTIZADO.

En la eventualidad de que la compañía de TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO no haya efectuado el pesaje del EQUIPAJE del ASEGURADO, éste deberá efectuar un listado por ítem contenido en su EQUIPAJE. La ASEGURADORA estimará según el referido listado los kilos aproximados contenidos en el EQUIPAJE a los fines del cálculo del BENEFICIO.

Se encuentran excluidas de la presente cobertura las siguientes situaciones:

- a) **Cuando el EQUIPAJE se confisca o retiene por parte de la Aduana u otra autoridad gubernamental.**
- b) **Cuando se ha omitido la notificación del robo, hurto o extravío a la compañía transportadora, mediante el informe correspondiente, antes de abandonar el local de desembarque.**
- c) **Cuando el ASEGURADO no ha tomado las medidas necesarias para salvaguardar o recuperar el EQUIPAJE perdido.**

3.16) DEMORA DE EQUIPAJE

El reembolso de los gastos por compras de efectos personales, no provistos por el TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO, a causa del retraso o extravío del EQUIPAJE del ASEGURADO, una vez que el mismo se encuentre bajo la responsabilidad de una compañía de TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO. Para obtener el reembolso, el ASEGURADO deberá acreditar el retraso o extravío mediante la presentación del correspondiente informe de pérdida (PIR- Property Irregularity Report) o su equivalente. La ASEGURADORA otorgará este BENEFICIO cuando el EQUIPAJE no haya sido entregado al ASEGURADO dentro de las 24 horas posteriores al horario de llegada del ASEGURADO al destino indicado en su boleto de TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO. No se otorgará este BENEFICIO en caso que el destino del titular sea el de su residencia o domicilio.

Este BENEFICIO se encuentra limitado a la SUMA ASEGURADA indicada en la LISTA DE

COBERTURAS Y BENEFICIOS y sujeto al MONTO MÁXIMO GARANTIZADO.

Nota Importante:

- **El BENEFICIO está limitado al reembolso de gastos en la compra de efectos básicos de vestuario e higiene personal exclusivamente, que no hayan sido pagados por el TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO mientras dure el retraso.**
- **Del BENEFICIO a ser indemnizado serán descontados aquellos pagos efectuados por el TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO al ASEGURADO a título indemnizatorio.**

Se encuentran excluidas de la presente cobertura las siguientes situaciones:

- a) **Cuando el EQUIPAJE se confisca o retiene por parte de la Aduana u otra autoridad gubernamental.**
- b) **Cuando se ha omitido la notificación del robo, hurto o extravío a la compañía transportadora, mediante el informe correspondiente, antes de abandonar el local de desembarque.**
- c) **Cuando el ASEGURADO no ha tomado las medidas necesarias para salvaguardar o recuperar el EQUIPAJE perdido.**

3.17) PAGO DE FIANZAS

El pago o reembolso de los gastos de Fianza, originados en orden de prisión o detención indebida por parte de cualquier gobierno o poder extranjero, hasta la SUMA ASEGURADA establecida en la LISTA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS y sujeto al MONTO MÁXIMO GARANTIZADO.

3.18) HONORARIOS LEGALES

Asistencia legal por parte de un abogado, en caso de que el ASEGURADO sufra cualquier tipo de ACCIDENTE en el que sea necesaria tal asistencia, hasta la SUMA ASEGURADA indicada en la LISTA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS y sujeto al MONTO MÁXIMO GARANTIZADO.

CLAUSULA 4: EXCLUSIONES:

Se encuentran excluidas de todas las coberturas que otorga la presente PÓLIZA, los hechos que sean consecuencia de:

- a) **Enfermedades originadas en una CONDICION PRE-EXISTENTE al VIAJE del ASEGURADO y cualquiera de sus consecuencias, incluyendo secuelas, convalecencias y alteraciones durante tratamientos que no se encuentran todavía en una etapa consolidada. Esta exclusión no se aplica a los beneficios de Repatriación Funeraria, Interrupción del Viaje y Cancelación de Viaje, siempre y cuando en el caso de éstos dos últimos beneficios, se hubiere expedido la POLIZA en un lapso no mayor de 72 horas posterior a la fecha en que EL ASEGURADO hizo el pago total o parcial correspondiente a la reservación del hospedaje en hotel y/o por la utilización del Transporte Público Autorizado, conforme lo previsto en las cláusulas 3.10 y 3.11 anteriores. Transcurrido el referido plazo sin que se haya expedido la POLIZA, será aplicable la exclusión establecida en el presente literal a las coberturas de Interrupción del Viaje y Cancelación de Viaje.**
- b) **ACCIDENTES que sean resultado de la práctica de deportes extraordinarios y notoriamente peligrosos, aun cuando sean practicados como pasatiempo, tales como polo, hockey, paperchase, steeplechase, andinismo, deportes aéreos, deportes de combate, exploración de cavernas, bungee-jump, buceo autónomo a más de 30 metros de profundidad o que necesite de descompresión, y la práctica o participación del ASEGURADO en competencias deportivas en hielo o nieve, prácticas en carácter de competencia de automovilismo, motociclismo y deportes náuticos motorizados, sea en calidad de conductor o pasajero, y el uso de snowmobile o vehículos similares.**
- c) **Participación en cualquier equipo deportivo profesional o semiprofesional y cualquier deporte de combate o demostración de artes-marciales.**

- d) Suicidio, intento de suicidio o LESIÓN intencionalmente infringida por el ASEGURADO a sí mismo.
- e) Homicidio o tentativa de homicidio al Asegurado intencionalmente por los beneficiarios de la presente póliza.
- f) Enfermedades de transmisión sexual. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o la infección del Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV).
- g) Embarazo o cualquier condición afín, incluyendo servicios y suministros con relación al diagnóstico y tratamiento de la infertilidad u otros problemas relacionados con la capacidad de concebir; control de natalidad, incluyendo intervenciones quirúrgicas y dispositivos a tal fin.
- h) Estar bajo la influencia de drogas, alcohol u otras sustancias tóxicas, a menos que hayan sido prescritas por un MÉDICO y tomadas como fueron prescritas.
- i) Participación en riñas o duelos.
- j) Guerras civiles nacionales o extranjeras, motines, movimientos populares, represalias, restricciones a la libre circulación, huelgas (excepto por lo establecido para la cobertura de Retraso del Viaje), explosiones, emanación de calor o radiación provenientes de la transmutación desintegración de núcleo atómico, de radioactividad u otros casos de fuerza mayor que impidan la intervención de la ASEGURADORA.
- k) Utilización de instrumentos de guerra y/o armas de fuego.
- l) Prestación de servicios en las fuerzas armadas o unidades auxiliares de las mismas.
- m) Secuestro e intento desecuestro.
- n) Pérdidas, daños, costos o gastos de cualquier naturaleza, directa o indirectamente causados por, resultante de, o relacionados con cualquier acto de terrorismo, aun cuando exista cualquier otra causa o acontecimiento que contribuya al evento en forma concurrente o en cualquier otra secuencia. Para los efectos de la presente cláusula, un acto terrorista consiste en una conducta calificada como tal por la ley, así como el uso de fuerza o violencia o la amenaza de ésta, por parte de cualquier persona o grupo, motivado por causas políticas, religiosas, ideológicas o similares, con la intención de ejercer influencia sobre cualquier gobierno o de atemorizar a la población o a cualquier segmento de la misma. Están excluidas también las pérdidas, daños, costos o gastos de cualquier naturaleza, directos o indirectos, originados en cualquier acción ejercida para controlar, evitar o suprimir actos de terrorismo o que se relacionen con éstos. Cuando los hechos en que se basa la exclusión de esta cláusula configuren un delito de cuya comisión están conociendo los Tribunales de Justicia, la ASEGURADORA no estará obligada a pagar ningún BENEFICIO por SINIESTRO, mientras no exista un sobreseimiento judicial basado en que no ocurrieron los hechos constitutivos del delito de que se trata esta exclusión, o bien, en que no se encuentra justificada la perpetración de dicho delito.
- o) El uso, liberación o el escape de materiales nucleares que directa o indirectamente resulte en una reacción nuclear, radiación o contaminación radiactiva, guerra nuclear, armas biológicas y/o químicas. Además, están excluidas las consecuencias de dispersión, utilización o escape de materiales biológicos y químicos patogénicos o venenosos. Sin embargo, lo mencionado anteriormente se aplica solamente si 50 o más personas resultan muertas o sufren lesión física seria, dentro del plazo de 90 días de la ocurrencia del incidente y que cause la muerte o lesión física seria. Para los propósitos de esta disposición, lesión física seria significa: (a) Lesión física que implica un riesgo substancial de la muerte; o (b) desfiguración física prolongada y obvia; o (c) pérdida prolongada o debilitación de la función de un miembro corporal u órgano.
- p) La operación o aprendizaje para operar cualquier aeronave o el desempeño de actividades como miembro de la tripulación de la misma.
- q) Pérdida, lesión, daño, responsabilidad civil, servicio o beneficio que se genere directa o

indirectamente por un viaje a, en, o a través de Afganistán, Cuba, República Democrática del Congo, Irán, Irak, Liberia o Siria.

- r) Pérdida, lesión, daño, responsabilidad civil, servicio o beneficio relacionado que sufra directa o indirectamente cualquier terrorista o miembro de alguna organización terrorista, traficante de narcóticos o proveedor de armamento nuclear, químico o biológico.

CLAUSULA 5: DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

La designación de beneficiario se hará por escrito y será válida aunque se notifique a la ASEGURADORA después del evento previsto.

Designadas varias personas sin indicación del porcentaje, se entiende que el beneficio es por partes iguales. Cuando el ASEGURADO no designe beneficiario o por cualquier causa la designación se haga ineficaz o quede sin efecto, se entiende que son las persona(s) establecidas por un Tribunal como herederos legales del Asegurado.

CLAUSULA 6: CAMBIO DE BENEFICIARIO

El ASEGURADO podrá cambiar en cualquier momento el beneficiario designado. Para que el cambio de beneficiario surta efecto frente a la ASEGURADORA, es indispensable que éste sea debidamente notificado por escrito.

La ASEGURADORA queda liberada si, actuando diligentemente, hubiera pagado la SUMA ASEGURADA a los beneficiarios designados con anterioridad a la recepción de cualquier notificación que modificara esa designación.

CLAUSULA 7: TERRITORIO

Salvo modificación expresa de esta PÓLIZA, las coberturas y BENEFICIOS que se establecen en ella sólo se aplicarán respecto de hechos ocurridos en cualquier país extranjero, quedando de este modo excluido los que ocurran en el país de residencia del ASEGURADO. Sin embargo, los siguientes BENEFICIOS tienen consideraciones especiales:

- Cancelación del Viaje. Tiene derecho al BENEFICIO en el país de residencia del ASEGURADO desde el momento en que se emite el CERTIFICADO.
- Retraso del Viaje. Tiene derecho al BENEFICIO mientras el ASEGURADO se encuentre fuera de su ciudad de residencia durante una conexión, escala o embarque en un TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO como parte de un VIAJE a un país extranjero, a pesar de todavía encontrarse en su país de residencia.

CLAUSULA 8: LISTA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS

Las coberturas discriminadas en la cláusula 3 de estas Condiciones están limitadas, de acuerdo a la opción del PLAN CONTRATADO descrito en las Condiciones Particulares de esta póliza y a los montos descritos en la LISTA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS que se anexa a esta PÓLIZA y a los respectivos CERTIFICADOS, formando parte de este contrato de seguro.

CLAUSULA 9: VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y DE LA COBERTURA INDIVIDUAL

9.1) La vigencia de la presente PÓLIZA es la indicada en las Condiciones Particulares, las que forman parte de la presente PÓLIZA.

9.2) El inicio de la vigencia de la cobertura individual del SEGURO DE VIAJES INTERNACIONAL en cada viaje, será a partir del paso del ASEGURADO por las autoridades de control migratorio en el lugar de embarque y en todo caso no antes de la fecha de inicio del VIAJE indicada en el CERTIFICADO, si ésta es posterior a la fecha de embarque.

9.3) La protección termina en cualquiera de las siguientes fechas, pero siempre la que ocurra primero.

- a) En la FECHA DE LLEGADA aún si ésta es anterior a la que estaba originalmente prevista. Se considerará como FECHA DE LLEGADA la del momento del paso de regreso por las autoridades de

control migratorio.

- b) Al final de la vigencia del CERTIFICADO.
- c) Al final del plazo de vigencia de la PÓLIZA.

9.4) Específicamente en el caso de la cobertura de Cancelación del Viaje, el inicio será en la fecha de emisión del CERTIFICADO, siendo su término la FECHA DE SALIDA del VIAJE.

9.5) Extensión de Cobertura.

La duración de la cobertura se extenderá en caso que el retorno del ASEGURADO sea demorado por circunstancias imprevistas y fuera de su control. Si la cobertura se extiende por esta razón, la cobertura terminará cuando el ASEGURADO llegue a su destino original.

CLAUSULA 10: PERSONAS ELEGIBLES. Serán elegibles como Asegurado las personas que no sean menores de 6 meses ni mayores de 80 años de edad.

CLAUSULA 11: PÉRDIDA DEL DERECHO AL BENEFICIO

El ASEGURADO o su(s) beneficiario(s) perderán el derecho a cualquier BENEFICIO en los siguientes casos:

- a) Inobservancia a las condiciones de la PÓLIZA;
- b) Al ser constatado o comprobado que el ASEGURADO o sus beneficiarios actuaron con engaño, fraude, simulación o culpa grave en la celebración de la PÓLIZA o para obtener o mejorar el monto de los BENEFICIOS.

CLAUSULA 12: PROCEDIMIENTO DE RECLAMO EN CASO DE SINIESTRO

12.1) PROCEDIMIENTO APLICABLE A TODOS LOS RECLAMOS

12.1.1) CONTACTAR en primera instancia con la CENTRAL DE ASISTENCIA del SEGURO DE VIAJES INTERNACIONAL.

Dándose la necesidad de utilizar alguna de las coberturas que otorga la presente PÓLIZA, el ASEGURADO tendrá que contactarse con la CENTRAL DE ASISTENCIA de la ASEGURADORA, mediante el número de teléfono que se indica en el CERTIFICADO.

En esta llamada el ASEGURADO deberá informar:

- Su nombre y el número de PÓLIZA y CERTIFICADO;
- El lugar y el teléfono donde se encuentra;
- El problema y el tipo de información o ayuda necesaria.

12.1.2) En los casos de Muerte Accidental, Incapacidad Permanente por Accidente o solicitud de reembolso de gastos cubiertos, el ASEGURADO o los beneficiarios comunicarán a la ASEGURADORA el acaecimiento del SINIESTRO dentro de los tres (3) 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.

12.1.3) El ASEGURADO o los beneficiarios estarán obligados a suministrar a la ASEGURADORA, a su pedido, la información necesaria para verificar el siniestro o la extensión del BENEFICIO, la prueba instrumental en cuanto sea razonable que la suministren, constancias de intervención policial o diligencias judiciales si correspondiera, y a permitirle a la ASEGURADORA las indagaciones necesarias a tales fines.

12.1.4) Toda la documentación debe ser entregada en original, salvo indicación en contrario, y estar acompañada del Formulario de Denuncia de Siniestros de la ASEGURADORA debidamente cumplimentado.

12.1.5) A partir del cumplimiento de todas las exigencias establecidas en esta Cláusula 12 por parte del ASEGURADO, la ASEGURADORA tiene un plazo de 30 (treinta) días para pronunciarse acerca del derecho del ASEGURADO para acceder al BENEFICIO.

Una vez vencido el plazo señalado en el párrafo precedente para que la ASEGURADORA se pronuncie acerca del derecho del ASEGURADO, el BENEFICIO se pagará dentro de los quince (15) días de fijado el monto de la indemnización o de la aceptación de la indemnización ofrecida.

En el caso de las coberturas de Muerte Accidental e Incapacidad Permanente por Accidente, el pago del BENEFICIO se hará dentro de los 15 días de notificado el SINIESTRO o de cumplidos los requisitos a que se refiere esta cláusula 12, el que sea posterior.

12.2) EN CASO DE MUERTE ACCIDENTAL

Los beneficiarios tendrán que presentar los siguientes documentos:

- Completar formulario de reclamo a suministrar por la Compañía.
- Original del Certificado de Defunción del Asegurado y con los sellos originales, expedido por la autoridad competente.
- Informe de la Fiscalía (Protocolo de Necropsia).
- Fotocopias legibles de la Cédula de Asegurado y de los Beneficiarios o Certificado de Nacimiento en caso de ser los beneficiarios menores de edad.
- Cuando los beneficiarios fueran los herederos del ASEGURADO, la resolución de declaratoria de herederos dictada por un juez competente.
- Parte policivo en caso de accidente de tránsito.
- O cualquier otro documento que solicite la Compañía para comprobar la ocurrencia del accidente.

12.3) EN CASO DE INCAPACIDAD PERMANENTE – TOTAL Y/O PARCIAL- POR ACCIDENTE

Desde el momento de hacerse aparentes las lesiones, el ASEGURADO deberá someterse, a su cargo, a un tratamiento médico racional y seguir las indicaciones del facultativo que le asiste; deberá enviarse a la ASEGURADORA un certificado del MÉDICO que atiende al ASEGURADO expresando la causa y naturaleza de las lesiones sufridas por el ASEGURADO, sus consecuencias conocidas o presuntas, y la constancia de que se encuentra sometido a un tratamiento médico racional. El ASEGURADO remitirá a la ASEGURADORA las certificaciones médicas que informen sobre la evolución de las lesiones y actualicen el pronóstico de curación, cuando le sea requerido por la ASEGURADORA, con una frecuencia no inferior a quince (15) días. Asimismo, el ASEGURADO deberá someterse hasta tres (3) exámenes médicos que la ASEGURADORA solicite, siendo el costo de estos exámenes a cargo de la ASEGURADORA.

Para obtener el BENEFICIO previsto en esta cobertura, además de lo estipulado precedentemente, se deberá presentar la documentación pertinente que incluya la orden de alta y los certificados que acrediten el grado de incapacidad permanente.

12.4) EN CASO DE REQUERIR EL REEMBOLSO DE GASTOS

12.4.1) En caso de ASISTENCIA MÉDICA, ASISTENCIA ODONTOLÓGICA o EVACUACIÓN MÉDICA de EMERGENCIA:

El ASEGURADO tendrá que presentar los siguientes documentos:

- Certificado extendido por el MÉDICO donde se detalle el tratamiento recibido y el respectivo diagnóstico médico.
- Comprobante de pago original respecto del cual se solicita el reembolso.

Nota Importante: La ASEGURADORA tendrá el derecho a someter al ASEGURADO a hasta tres (3) exámenes médicos, con costo a su cargo, mientras el BENEFICIO o parte de él se halle pendiente de pago.

12.4.2) En caso de RETRASO DEL VIAJE:

El ASEGURADO tendrá que presentar los siguientes documentos:

- Copia del pasaje aéreo y tarjeta de embarque
- Comprobantes originales de los gastos de alimentación y alojamiento respecto de los cuales se solicita el reembolso.
- Declaración de la compañía aérea respecto del atraso.

12.4.3) En caso de MEDICAMENTOS:

El ASEGURADO tendrá que presentar los siguientes documentos:

- Certificado extendido por el MÉDICO donde se detalle el tratamiento recibido y el respectivo diagnóstico y receta médica.
- Boleta original de la compra del medicamento en el extranjero, respecto de la cual se solicita el reembolso.

12.4.4) En caso de PÉRDIDA DEL EQUIPAJE:

El ASEGURADO tendrá que presentar los siguientes documentos:

- Informe comprobante de la pérdida emitido por el TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO responsable (PIR- Property Irregularity Report) o su equivalente, que señale el peso en kilogramos del EQUIPAJE extraviado, o la declaración por ítem contenido en el EQUIPAJE, para la estimación de los kilos aproximados contenidos.
- Boleto original del embarque del EQUIPAJE.
- Recibo de indemnización emitido por el TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO.

12.4.5) En caso de COMPENSACIÓN POR DEMORA DE EQUIPAJE:

El ASEGURADO tendrá que presentar los siguientes documentos:

- Comprobantes originales de gastos por compras de efectos personales.
- Informe comprobante de la pérdida o demora emitido por el TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO responsable (PIR-Property Irregularity Report).
- Boleto original de embarque del EQUIPAJE.
- Recibo de indemnización emitido por el TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO.

12.4.6) En caso de CANCELACIÓN / INTERRUPCIÓN DEL VIAJE:

La ASEGURADORA podrá requerir lo siguiente

- La declaración del ASEGURADO si el gasto cuya devolución se solicita estaba cubierto por otros contratos de asistencia, seguros, sistemas, asistencias o instituciones que otorguen beneficios de Cancelación y/o Interrupción del Viaje y al cual pertenezca el ASEGURADO.
- La entrega a la ASEGURADORA de los originales extendidos a nombre del ASEGURADO de los recibos, boletas y facturas cuando corresponda, copia de los CONTRATOS DE VIAJE, pasajes, vouchers de hotel ería u otros documentos que acrediten el gasto incurrido y su cancelación o interrupción; como asimismo, en su caso, los que acrediten el pago o el reembolso de una parte de ellos, por las instituciones o entidades referidas en el inciso anterior.
- Carta explicativa con las razones de la cancelación y/o interrupción y el resultado que obtuvo junto a la empresa con la cual el ASEGURADO celebró el CONTRATO DE VIAJE, en la devolución de los valores pagados o adeudados.
- Documentos médicos que acrediten la identidad del ASEGURADO, COMPAÑERO DE VIAJE o MIEMBRO DE LA FAMILIA de alguno de los dos, en donde se demuestre la veracidad de la ENFERMEDAD DE CARÁCTER SÚBITO o ACCIDENTE que diera lugar a la cancelación o interrupción del VIAJE.
- En caso de fallecimiento de un MIEMBRO DE LA FAMILIA, el certificado de defunción correspondiente, y en caso de fallecimiento del ASEGURADO o COMPAÑERO DE VIAJE se regirán por el procedimiento para la cobertura de MUERTE ACCIDENTAL.
- Denuncia policial del robo del lugar de residencia o domicilio y/o reporte de bomberos en caso de incendio (Solo aplicable para el beneficio de Interrupción del VIAJE).

12.4.7) EN CASO DE RECUPERACIÓN EN HOTEL - CONVALECENCIA:

El ASEGURADO tendrá que presentar los siguientes documentos:

- Certificado extendido por el MÉDICO donde se detalle el tratamiento recibido y el respectivo diagnóstico y prescripción médica de la convalecencia.
- Originales extendidos a nombre del ASEGURADO de los recibos, boletas y facturas que acrediten el gasto incurrido en hotel, con el detalle de la cantidad de días de hospedaje y el costo diario respectivo.

12.4.8) EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN PROLONGADA:

El ASEGURADO tendrá que presentar los siguientes documentos:

- Certificado extendido por el MÉDICO donde se detalle el tratamiento recibido y el respectivo diagnóstico y prescripción médica de la internación.
- Originales extendidos a nombre del acompañante designado de los recibos, boletas y facturas que acrediten el gasto incurrido en hotel, con el detalle de la cantidad de días de hospedaje y el costo diario respectivo.
- Copia del pasaje de ida y vuelta a nombre del acompañante designado.

12.4.9) EN CASO DE REPATRIACIÓN FUNERARIA:

Además de cumplir con el procedimiento establecido para la cobertura de Muerte Accidental, el ASEGURADO tendrá que presentar los siguientes documentos:

- Originales de los recibos, boletas y facturas que acrediten el gasto incurrido con motivo de la repatriación de los restos mortales del ASEGURADO.

12.4.10) EN CASO DE REGRESO DE COMPAÑEROS DE VIAJE O RETORNO DE MENORES:

Además de cumplir con el procedimiento establecido para la cobertura de Interrupción del Viaje, el ASEGURADO tendrá que presentar los siguientes documentos:

- Copia del pasaje de vuelta a nombre del COMPAÑERO DE VIAJE o de ida y vuelta a nombre del acompañante designado para el o los menores.
- En caso que la interrupción del VIAJE se hubiera producido como consecuencia del fallecimiento del ASEGURADO, se deberá cumplir además con el procedimiento establecido para la cobertura de Muerte Accidental.

12.4.11) EN CASO DE PAGO DE FIANZAS U HONORARIOS LEGALES:

El ASEGURADO tendrá que presentar los siguientes documentos:

- Copia de la denuncia policial del ACCIDENTE que originara la necesidad de contratar asesoramiento legal por parte del ASEGURADO.
- Copia de las actuaciones judiciales, en caso de corresponder, que hubieran dado lugar al pago de la fianza o a la necesidad de contratar asesoramiento o defensa legal.
- Originales extendidos a nombre del ASEGURADO de la fianza abonada o de los recibos, boletas y facturas extendidos por el o los abogados que lo hubieran representado, de donde surja claramente el detalle de los conceptos facturados.

CLAUSULA 13: LÍMITE DE RESPONSABILIDAD

En todos los casos el profesional MÉDICO o cualquier abogado sugerido o coordinado por la ASEGURADORA actuarán, de acuerdo a su capacidad médica o jurídica, sólo en nombre y por cuenta exclusiva del ASEGURADO. La ASEGURADORA no asume responsabilidad alguna por el asesoramiento o por el servicio prestado por tal profesional MÉDICO o abogado. El ASEGURADO no tendrá acción ni podrá reclamar contra la ASEGURADORA con motivo de la sugerencia o coordinación de un profesional MÉDICO o abogado o debido a cualquier consecuencia legal o de otra índole que resulte de la misma. El ASEGURADO será responsable por el costo de los servicios coordinados por la ASEGURADORA que no tengan cobertura de acuerdo a esta PÓLIZA. En el caso en que la ASEGURADORA pague servicios no protegidos por esta PÓLIZA, se reserva el derecho de cobrar esos importes del ASEGURADO.

CLAUSULA 14: EXISTENCIA DE UN SEGURO O CONTRATO DE ASISTENCIA TOMADO POR EL ASEGURADO

La protección que otorga esta PÓLIZA es por la diferencia no cubierta por cualquier seguro u otro CONTRATO de asistencia válido tomado por el ASEGURADO, sin perjuicio de lo que las partes puedan libremente convenir.

CLAUSULA 15: SUBROGACIÓN

Por el pago de los BENEFICIOS pactados en esta PÓLIZA, la ASEGURADORA se subroga en la

totalidad de las acciones y derechos que el ASEGURADO tenga en contra de los terceros que resulten responsables por daños causados a su persona o a bienes protegidos por esta PÓLIZA, quedando limitada la subrogación al monto de dichos pagos.

Por consiguiente, el ASEGURADO renuncia a liberar de responsabilidad a terceros responsables de daños en su persona y patrimonio por aquellos hechos protegidos bajo esta PÓLIZA y pagados por la ASEGURADORA.

En el evento que la ASEGURADORA reciba una suma superior a la efectivamente desembolsada por concepto de indemnización y otros gastos, restituirá la diferencia al ASEGURADO.

La ASEGURADORA no puede valerse de la subrogación en perjuicio del ASEGURADO. La subrogación no es aplicable en las coberturas de Muerte e Incapacidad.

CLAUSULA 16: JURISDICCIÓN Y LEY APLICABLE EN CASO DE DISCREPANCIA

Las partes se someten a la jurisdicción de los Tribunales Ordinarios de la República de Panamá para resolver las controversias o conflictos que surjan a raíz o con motivo de la ejecución o aplicación del presente contrato.

CLAUSULA 17: LEY APLICABLE

Los términos y condiciones de esta POLIZA estarán sujetos a las leyes de la República de Panamá. En caso de discordancia entre las Condiciones Generales y las Particulares que conforman la presente PÓLIZA, predominarán estas últimas.

En todo lo que no esté previsto en este contrato se aplicarán las leyes vigentes.

Los términos de esta POLIZA que estuvieren en conflicto con las leyes de la República de Panamá quedan modificados para concordar con dichas leyes.

CLAUSULA 18: RETICENCIA

Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO, aún hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido la celebración del contrato o la emisión del CERTIFICADO, o modificado sus condiciones, si la ASEGURADORA hubiese sido cerciorada del verdadero estado del riesgo, hace nula la PÓLIZA o el CERTIFICADO, según el caso. El Asegurador debe impugnar la PÓLIZA o el CERTIFICADO dentro de los tres meses de haber conocido la reticencia o falsedad.

Cuando la reticencia no dolosa es alegada en el plazo indicado en el párrafo anterior, la ASEGURADORA, a su exclusivo juicio, puede anular la PÓLIZA o el CERTIFICADO restituyendo la prima percibida, con deducción de los gastos o reajustarla con la conformidad del CONTRATANTE y/o ASEGURADO al verdadero estado del riesgo. .

Si la reticencia fuese dolosa o de mala fe, la ASEGURADORA 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 ASEGURADORA no adeuda prestación alguna.

CLAUSULA 19: TERMINACIÓN UNILATERAL

EI CONTRATANTE y la ASEGURADORA tendrán derecho a terminar el presente contrato sin expresar causas. Cuando la ASEGURADORA ejerza este derecho, dará un preaviso no menor de 15 días. Cuando lo ejerza el CONTRATANTE, la terminación se producirá desde la fecha en que notifique fehacientemente esa decisión. Si la ASEGURADORA ejerce el derecho de terminar, la prima se reducirá proporcionalmente por el plazo no corrido.

Si el CONTRATANTE opta por la terminación, la ASEGURADORA tendrá derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido, según las tarifas de corto plazo.

CLAUSULA 20: PAGO DE LA PRIMA

Se entiende por prima la remuneración que asume LA ASEGURADORA por la asunción del riesgo más los impuestos, tasas, gravámenes y todo otro recargo adicional a la misma.

La prima es debida desde la celebración del contrato, pero no es exigible sino contra entrega de la PÓLIZA, salvo que se haya emitido un certificado o instrumento provisorio de cobertura.

La prima de este seguro debe pagarse al contado en la fecha de expedición del certificado de seguros, o en el caso de así convenirse, a la iniciación de su vigencia.

Las disposiciones de la presente Cláusula son también aplicables a las primas de los seguros adicionales por endosos o suplementos de la póliza realizados.

El incumplimiento del pago de la prima que corresponda al período de cobertura amparado por esta POLIZA, será motivo para cancelar el seguro mediante el cumplimiento de las formalidades establecidas por la Ley de seguros vigente, respecto al tema del "Efecto de Pago de la Prima".

CLAUSULA 21: PRESCRIPCIÓN

Las acciones fundadas en el presente contrato prescriben en el plazo de un año, computado desde que la correspondiente obligación es exigible. Los actos del procedimiento establecido por la Ley o el presente contrato para la liquidación del daño, interrumpen la prescripción para el cobro de la prima y de la indemnización.

CLAUSULA 22: COMUNICACIONES

Cualquier notificación o aviso que desee dar la Compañía al ASEGURADO y/o CONTRATANTE podrá ser entregado personalmente o enviado por correo recomendado a la dirección del ASEGURADO y/o CONTRATANTE que aparezca en la condiciones particulares o a la dirección del corredor de la póliza.

Se entenderá que se ha hecho la notificación o dado el aviso desde la fecha de la entrega personal o desde que sea depositado en las oficinas del correo.

Las comunicaciones que deban hacerse a la Compañía deberán ser dirigidas por escrito a la misma y recibidas en sus oficinas principales ubicadas en la Ciudad de Panamá.

CLAUSULA 23: CAUSALES DE CANCELACION

Esta póliza podrá ser cancelada por el Asegurado y/o Contratante, mediante envío a la Compañía de notificación escrita expresando a partir de cuándo después de dicho aviso la cancelación surtirá efecto. Esta póliza puede ser cancelada por la Compañía, mediante notificación escrita al Asegurado, con no menos de quince (15) días hábiles de anticipación a la fecha efectiva de cancelación.

Causales de Cancelación por parte de la Compañía:

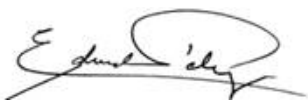
- **Por falta de pago de la prima, conforme a la Ley vigente de Seguros de la República de Panamá.**
- **Declaraciones falsas o inexactas por parte del Asegurado y/o Contratante, conforme al artículo 1000 del Código de Comercio.**

Si la cancelación se efectúa por parte del Asegurado y/o el Contratante, las primas devengadas serán computadas de acuerdo a la tabla de Corto Plazo usualmente utilizada por la Compañía. Si la cancelación es efectuada a opción de la Compañía, las primas devengadas serán computadas a prorrata.

Queda entendido y convenido que el Asegurado y la Compañía han leído y convenido las condiciones generales, particulares y endosos que forman parte de la póliza, en fe de lo cual se firma en Panamá, República de Panamá.

ASSA Compañía de Seguros, S.A.

Contratante



Representante Autorizado

Representante Autorizado