



SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES - VIAJEROS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

PRIMERA - CONSTITUCIÓN DEL CONTRATO

El contrato de seguro queda constituido por la solicitud del Asegurado (o del contratante, en su caso) a la Compañía, que es la base de este contrato, por la presente Póliza y por los Anexos que formen parte de la misma, si los hubiere.

El contrato de seguro se perfecciona por la aceptación por escrito del Asegurador, sin que pueda supeditarse su vigencia al pago de la prima inicial, o a la entrega de la Póliza o de un documento equivalente.

SEGUNDA - DOLO O CULPA GRAVE

Comprobándose el dolo o culpa grave en las declaraciones del Asegurado, o la omisión dolosa o culposa de ellas, respecto a hechos importantes para la apreciación del riesgo, da derecho a la Compañía para pedir la rescisión del contrato dentro de los 3 (tres) meses siguientes al día en que haya conocido la inexactitud u omisión dolosa o culposa, quedando a favor de la misma la prima correspondiente al período del seguro en curso en el momento en que se conozca el dolo o culpa grave, y en todo caso, la prima convenida para el primer año.

Si la inexactitud u omisión de las declaraciones no se debiera a dolo o culpa grave, el Asegurado estará obligado a ponerlo en conocimiento de la Compañía al advertir esta circunstancia, bajo pena que se le considere responsable del dolo.

TERCERA - OTROS SEGUROS

Si uno o varios de los riesgos cubiertos por esta Póliza estuvieren amparados total o parcialmente, por otros seguros de este u otro ramo tomados bien en la misma fecha o antes o después de la fecha de ésta Póliza, el Asegurado deberá declararlo inmediatamente por escrito a la Compañía para que ésta lo haga constar en la Póliza o en anexo que forme parte de la misma. En igual forma, el Asegurado deberá declarar cualquier modificación que se produzca en tales seguros.

Si el Asegurado omite dolosamente el aviso a que se refiere esta condición o si contrata los diversos seguros para obtener un provecho ilícito, la Compañía quedará liberada de sus obligaciones.

En caso que al ocurrir un siniestro hubiere otros seguros declarados a la Compañía, la responsabilidad de ésta quedará limitada a la proporción que exista entre la suma asegurada de esta Póliza, para el riesgo de que se trata y la suma total de los seguros contratados para cubrir tal riesgo.

CUARTA - PRIMA

A. Monto y Condiciones: El importe de la prima y las condiciones de pago se establecen en la Carátula de la Presente Póliza.

B. Período de Gracia: El Asegurado tendrá un mes de gracia para el pago de la prima contado a partir de la fecha del vencimiento de los plazos convencionales o legales, mientras no hayan transcurrido el plazo de gracia los efectos del seguro no podrán suspenderse.

C. Rehabilitación y Caducidad: Vencido el mes de gracia, los efectos del contrato quedarán en suspenso, pero el Asegurado dispondrá de tres meses para rehabilitarlo, pagando las primas vencidas. Al finalizar este último plazo caducará automáticamente el contrato si no fuere rehabilitado.

QUINTA - VIGENCIA DEL CONTRATO

La Presente Póliza estará en vigencia por períodos anuales, aspecto que se especifica en la Carátula de la Póliza y podrá ser prorrogada en virtud de solicitud del Asegurado aceptada por la Compañía. Si fuere prorrogada, esto se reflejará en los recibos que la Compañía expedirá para el pago de la prima correspondiente.

SEXTA - PRORROGA, MODIFICACION O RESTABLECIMIENTO DEL CONTRATO

Las solicitudes de prórroga, modificación o restablecimiento del contrato deberán hacerse por escrito a la Compañía y se considerarán aceptadas por ésta al comunicarlo por escrito al Asegurado o al contratante.

SEPTIMA - LUGAR DE PAGO

Todo pago que el Asegurado o la Compañía tengan que efectuar con motivo de la presente Póliza, lo harán en la Oficina Principal de la Compañía ubicadas en Calle Loma Linda No.265, Colonia San Benito, de San Salvador, a menos que se disponga otra cosa en las Condiciones Especiales de esta Póliza.

OCTAVA - COMUNICACIONES

Toda declaración o comunicación a la Compañía relacionada con la Presente Póliza deberá hacerse por escrito dirigida a la Oficina Principal ubicadas en Calle Loma Linda No.265, Colonia San Benito, de San Salvador. Los Agentes no tienen facultad para recibir comunicaciones o declaraciones a nombre de la Compañía.

Las comunicaciones que la Compañía deba hacer al Asegurado, al Contratante o a sus causahabientes, las enviará por escrito a la última dirección conocida por ella.

NOVENA - REPOSICION

En caso de destrucción, robo o extravío de esta Póliza, será repuesta por la Compañía, previa solicitud escrita del contratante, siguiéndose los trámites que señala el Código de Comercio en lo que fuere aplicable. Los gastos de reposición de la Póliza serán por cuenta de quien la solicite.

DÉCIMA - PRESCRIPCION

Todas las acciones que se deriven de este contrato prescriben en tres años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen. En todo lo no previsto en este contrato se tomará resolución conforme lo que dispone el Código de Comercio.

DÉCIMA PRIMERA - 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 caso 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.

DÉCIMA SEGUNDA - PROCEDIMIENTO CONCILIATORIO

En caso de discrepancia del Asegurado o beneficiario con la Compañía, en el pago de un siniestro, el interesado acudirá ante la Superintendencia del Sistema Financiero y solicitará por escrito que se cite a la Compañía a una audiencia conciliatoria.

El reclamante presentará un escrito acompañado de una copia, en el cual expondrá las razones que motivan su discrepancia. Recibido el mismo, la Superintendencia enviará una copia a la Compañía en el término de cinco días hábiles después de recibida, para que ésta, mediante su representante legal o apoderado especialmente autorizado, y dentro del termino de cinco días hábiles contados a partir del día que la reciba, rinda información detallando cada uno de los hechos a que se refiere la reclamación.

La Superintendencia citará a las partes a una audiencia conciliatoria que se realizará dentro de quince días hábiles, a partir de la fecha en que reciba el informe de la Compañía respecto a la reclamación. Si por cualquier circunstancia la audiencia conciliatoria no se pudiere celebrar se señalará nueva fecha para verificarla dentro de los ocho días hábiles siguientes.

En la audiencia se exhortará a las partes a que concilien sus intereses; si esto no fuere posible, la Superintendencia las invitará a que de común acuerdo designen árbitros.

La presentación de la reclamación ante la Superintendencia interrumpirá el término de la prescripción.

DÉCIMA TERCERA - ARBITRAJE

Conforme al Anexo de Resolución de Conflictos.

DÉCIMA CUARTA - COMPETENCIA

En caso de controversia en relación con la presente Póliza, y ya agotado el procedimiento conciliatorio ante la Superintendencia del Sistema Financiero, previa certificación de la misma, las partes deberán concurrir ante los Tribunales de San Salvador, a cuya jurisdicción quedan expresamente sometidas.

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES PARA VIAJEROS CONDICIONES ESPECIALES

PRIMERA – DESCRIPCIÓN DEL SEGURO

El Seguro de Accidentes Personales para viajeros ofrece protección a diferentes segmentos de población y se ha diseñado en paquetes claramente diferenciados en cuanto a coberturas, montos y áreas geográficas, teniendo como objetivo atender el mercado de viajeros tanto receptivo como saliente. La finalidad de toda esta gama de productos es la de satisfacer las necesidades de seguros y asistencia en viajes que existan en el mercado.

Los planes que se comercializan son los siguientes:

a) ASSA Traveler

Este es un producto diseñado para ejecutivos que viajan frecuentemente y no reciben el apoyo de la empresa o si lo hacen, las coberturas y montos no son lo suficiente para cubrir sus demandas de protección; proporciona cobertura a todos los viajes que este realice durante la vigencia de la póliza siempre y cuando cada viaje no sobrepase los 90 días por viaje.

Características propias del Plan:

- a. Edad mínima de ingreso, 6 meses
- b. Edad máxima de ingreso y permanencia: 75 años tomando en consideración la siguiente regla: para personas entre 71 y 75 años se cobrará recargo del 25%
- c. Para personas menores de 18 años la cobertura de Muerte Accidental e Incapacidad Total y Permanente se reduce a \$25,000.00
- d. Se incluye cobertura a los siguientes deportes, siempre y cuando se practiquen a nivel de aficionado: Hípico (cabalgatas excepto demostraciones de destreza), Descenso en ríos en balsa (rafting), descenso en ríos en kayak, sky acuático, sky en nieve, sky con tabla, ciclismo de montaña, cañonismo (exploración de los barrancos y cascadas que hay en un cañon), trekking, snorkel, veleo, windsurf, gotcha, paintball, kitesurf, surf, tirolesa (canopy), buceo, rapel (siempre y cuando sea en pared artificial o pared natural con altura máxima de 20 metros), escalada (siempre y cuando sea en pared).
- e. Los siguientes deportes pueden ser cubiertos con un recargo del 20 por ciento: Parapente, ala delta, paracaidismo, alpinismo, bungee jumping, montañismo.
- f. En servicios de asistencia se incluye transferencia de fondos de hasta \$10,000.00
- g. En servicios de asistencia el retraso de equipaje tiene un periodo de espera de 24 horas.

b) Cruise Protection

Este es un producto diseñado específicamente para cubrir las necesidades de los viajeros que tienen como componente principal en algún segmento de su viaje la toma de un crucero.

Características propias del Plan:

- a. Edad mínima de ingreso, 6 meses
- b. Edad máxima de ingreso y permanencia: 70 años tomando en consideración la siguiente regla: para personas entre 65 y 70 años las asistencias de Cancelación e Interrupción de viaje se reducen en un 30%
- c. Para personas menores de 18 años la cobertura de Muerte Accidental e Incapacidad Total y Permanente, se reduce a \$25,000.00
- d. Se incluye cobertura a los siguientes deportes, siempre y cuando se practiquen a nivel de aficionado: Hípico (cabalgatas excepto demostraciones de destreza), Descenso en ríos en balsa (rafting), descenso en ríos en kayak, sky acuático, sky en nieve, sky con tabla, ciclismo de montaña, cañonismo (exploración de los barrancos y cascadas que hay en un cañon), trekking, snorkel, velleo, windsurf, gotcha, paintball, kitesurf, surf, tirolesa (canopy), buceo, rapel (siempre y cuando sea en pared artificial o pared natural con altura máxima de 20 metros), escalada (siempre y cuando sea en pared).
- e. Los siguientes deportes pueden ser cubiertos con un recargo del 20 por ciento: Parapente, ala delta, paracaidismo, alpinismo, bungee jumping, montañismo.
- f. En servicios de asistencia se incluye transferencia de fondos de hasta \$10,000.00
- g. En servicios de asistencia el Retraso de Equipaje tiene periodo de espera de 24 horas.

c) Global Travel Protection (LTP) y Corporate Travel Protection (CTP)

Tal como su nombre lo indica, este producto está dirigido al mundo empresarial para ofrecer protección a ejecutivos que por motivos de trabajo o placer están viajando con cierta frecuencia. Existen dos mercados: El corporativo y el individual y ambos segmentos gozan de 3 opciones de productos bajo su respectiva modalidad.

Características propias del Plan:

- a. Edad mínima de ingreso, 6 meses
- b. Edad máxima de ingreso y permanencia: 75 años tomando en consideración la siguiente regla: para personas entre 71 y 75 años se cobrará recargo del 25%

- c. Para personas menores de 18 años la cobertura de Muerte Accidental e Incapacidad Total y Permanente se reduce a \$25,000.00
- d. Para servicios de asistencia de Retraso del Viaje el primer pago se hace a partir de las 6 horas de retraso y luego cada 12 horas de retraso. El valor a indemnizar por cada 12 horas de retraso es de \$50 para el Plan Silver, \$100 para el Plan Gold, \$250 para el Plan Platinum.
- e. Se incluye cobertura a los siguientes deportes, siempre y cuando se practiquen a nivel de aficionado: Hípico (cabalgatas excepto demostraciones de destreza), Descenso en ríos en balsa (rafting), descenso en ríos en kayak, sky acuático, sky en nieve, sky con tabla, ciclismo de montaña, cañonismo (exploración de los barrancos y cascadas que hay en un cañon), trekking, snorkel, veleo, windsurf, gotcha, paintball, kitesurf, surf, tirolesa (canopy), buceo, rapel (siempre y cuando sea en pared artificial o pared natural con altura máxima de 20 metros), escalada (siempre y cuando sea en pared).
- f. Los siguientes deportes pueden ser cubiertos con un recargo del 20 por ciento: Parapente, ala delta, paracaidismo, alpinismo, bungee jumping, montañismo.
- g. En servicios de asistencia se incluye transferencia de fondos de hasta \$10,000.00
- h. En servicios de asistencia el Retraso de Equipaje tiene periodo de espera de 24 horas.

c1) Silver Product. Le ofrece una interesante alternativa con un costo a la medida de sus posibilidades, brindando un servicio de calidad para sus viajes en todo el mundo.

c2) Gold Product. Este es un producto enfocado al viajero sofisticado que le gusta sentirse seguro durante su viaje.

C3) Platinum Product. Es un producto diseñado para viajeros que buscan la mejor cobertura, con servicios y límites de seguros y asistencia que superan ampliamente las expectativas del viajero más exigente.

d) **Es Tu Seguro.** Producto diseñado para el segmento de estudiantes y adultos jóvenes que viajen por estudio, diversión o realicen eco turismo, deportes y/o actividades a la intemperie.

Características propias del Plan:

- a. Edad mínima de ingreso, 6 meses
- b. Edad máxima de ingreso y permanencia: 70 años.
- c. Para personas menores de 18 años la cobertura de Muerte Accidental e Incapacidad Total y Permanente se reduce a \$25,000.00
- d. Se incluye cobertura a los siguientes deportes, siempre y cuando se practiquen a nivel de aficionado: Hípico (cabalgatas excepto demostraciones de destreza), Descenso en ríos en balsa (rafting), descenso en ríos en kayak, sky acuático, sky en nieve, sky con tabla, ciclismo de montaña, cañonismo (exploración de los barrancos y cascadas que hay en un cañon), trekking, snorkel, veleo, windsurf, gotcha, paintball, kitesurf, surf, tirolesa (canopy), buceo, rapel (siempre y cuando sea en pared artificial o pared natural con altura máxima de 20 metros), escalada (siempre y cuando sea en pared).
- e. Los siguientes deportes pueden ser cubiertos con un recargo del 20 por ciento: Parapente, ala delta, paracaidismo, alpinismo, bungee jumping, montañismo.
- f. En servicios de asistencia se incluye transferencia de fondos de hasta \$10,000.00
- g. En servicios de asistencia el Retraso de Equipaje tiene periodo de espera de 24 horas.
- h. Es requisito indispensable presentar carta de aceptación del centro de estudios.

Cada uno de estos planes poseen una base común en cuanto a coberturas y varían entre sí básicamente por los montos de coberturas y/o beneficios adicionales que se adhieren a los diferentes planes.

SEGUNDA – DEFINICIONES

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 una LESIÓN física.

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

No se incluye en el concepto de accidente:

- **Las enfermedades (incluso las profesionales), cualquiera 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.**

ROBO:

Es la sustracción (o su tentativa) de una cosa mueble ajena, con ánimo de apropiársela, empleando fuerza en las cosas o intimidación o violencia en las personas dueñas o tenedoras de esas especies sustraídas o a sustraer, que pudiera causarle al ASEGURADO una LESIÓN corporal y también en aquellos casos en que del hecho resulte el fallecimiento o invalidez con carácter permanente.

HURTO:

Es la sustracción (o su tentativa), de una cosa mueble ajena, con ánimo de lucro, apropiársela sin fuerza en las cosas ni intimidación ni violencia en las personas dueñas o tenedoras de esas especies sustraídas o a sustraer.

DOLO:

Es toda maquinación fraudulenta empleada para engañar a la aseguradora por parte del asegurado respecto a hechos o declaraciones respecto al Contrato de Seguro.

CULPA: Es aquella falta de diligencia o cuidado que debe emplearse en el cumplimiento de una obligación o en la ejecución de un hecho de parte del asegurado en contra de la Compañía.

CULPA GRAVE: Es la falta de cuidado grosera, haciendo concebir la intención positiva de dañar, de producir un perjuicio en el patrimonio ajeno.

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:

ASSA Compañía de Seguros, S.A., responsable de otorgar cobertura bajo el presente **SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES PARA VIAJEROS** 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, en un todo de acuerdo con las condiciones del PLAN CONTRATADO.

TRAVEL GUARD :

Es el centro de atención telefónica que pone a disposición la ASEGURADORA para la atención de los llamados del ASEGURADO 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:

Comprende 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 PREEXISTENTE:

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 PREEXISTENTE 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.

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:

Es la condición que imposibilita al ASEGURADO de manera indefinida para el ejercicio de su profesión u oficio y/o cualquier otra actividad que le genere ingresos económicos.

INCAPACIDAD PARCIAL O TEMPORAL:

Es la condición que imposibilita al ASEGURADO por un espacio de tiempo definido para el ejercicio de su profesión u oficio y/o cualquier otra actividad que le genere ingresos económicos.

CONTRATANTE:

Es la persona física o jurídica que haya contratado el SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES – VIAJEROS 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 inesperado, 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 PREEXISTENTE.

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, aún 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 o sobrinos, 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, SUMAS ASEGURADAS y límites contratados por el ASEGURADO, descritos en la LISTA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS y que se encuentra definido en el respectivo CERTIFICADO.

PÓLIZA:

Es el presente contrato de SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES PARA VIAJEROS.

El presente documento, PÓLIZA o sus modificaciones y documentación anexa, conforman el SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES PARA VIAJEROS.

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.

TERCERA - RIESGOS CUBIERTOS

Las coberturas descritas a continuación formarán parte de la presente PÓLIZA sólo en la medida que las mismas estén incluidas expresamente en las condiciones particulares y serán indemnizadas en función del 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.

1. MUERTE ACCIDENTAL**BENEFICIO**

El pago de la SUMA ASEGURADA respectiva en caso de muerte del ASEGURADO, producida como consecuencia inmediata de un ACCIDENTE ocurrido durante la vigencia del seguro, incluye:

- a) Muerte Accidental las 24 horas
- b) Muerte Accidental en transporte público
- c) Muerte por Robo

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.

Solamente se cubrirá la muerte accidental cuando el fallecimiento se produzca dentro de los 180 días posteriores al ACCIDENTE y siempre que la misma sea consecuencia inmediata de las LESIONES provocadas por el mismo. Esta cobertura se reduce a \$25,000.00 para asegurados menores de 18 años.

2. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE O DESMEMBRACIÓN POR ACCIDENTE

BENEFICIO

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 o desmembración del ASEGURADO, a consecuencia de un ACCIDENTE ocurrido durante la vigencia del seguros; incluye:

- a) Desmembración Accidental las 24 horas
- b) Desmembración Accidental en transporte público
- c) Desmembración por Robo
- d) Incapacidad Total y Permanente las 24 horas
- e) Incapacidad Total y Permanente en Transporte Público
- f) Incapacidad Total y Permanente en Robo

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.

Solamente los casos listados a continuación se encuentran cubiertos:

TABLA PARA CÁLCULO DE INDEMNIZACION EN CASO INVALIDEZ PERMANENTE O DESMEMBRACIÓN 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 permanente100%

PARCIAL

a) Cabeza
Sordera total e incurable de los dos oídos 50%
Pérdida total de un ojo, reducción de la mitad de la visión binocular normal 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 (seudoartrosis 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 (seudoartrosis total)	35%
Fractura no consolidada de una pierna (seudoartrosis total)	30%
Fractura no consolidada de una rótula	30%
Fractura no consolidada de un pie (seudoartrosis total)	20%
Anquilosis de la cadera en posición no funcional	40%
Anquilosis de la cadera en posición funcional	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%

Cuando como consecuencia de un mismo ACCIDENTE resulte incapacitado más de un miembro u órgano, la indemnización será calculada sumando los porcentuales 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.

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.

Solamente se cubrirán las incapacidades permanentes que se configuren dentro de los 180 días posteriores al ACCIDENTE y siempre que las mismas sean consecuencia inmediata de las LESIONES provocadas por el mismo. Para Asegurados menores de 18 años esta cobertura se reduce a \$25,000.00 dólares.

3. GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE Y/O ENFERMEDAD

BENEFICIO

La asistencia médica y HOSPITALARIA que requiera el ASEGURADO durante el VIAJE y los MEDICAMENTOS, 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.

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 a 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) Transplante 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.

4. GASTOS ODONTOLÓGICOS POR ACCIDENTE Y/O ENFERMEDAD

BENEFICIO

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 sustituciones 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.

5. SERVICIOS DE ASISTENCIA INTERNACIONAL

**a) EVACUACIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA
BENEFICIO**

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 **Travel Guard** 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 atienda 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.

b) REPATRIACIÓN DE RESTOS MORTALES

BENEFICIO

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.

c) GASTOS DE HOTEL POR CONVALECENCIA

BENEFICIO

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 estancia en un hotel cuando por razones de salud así fuere prescrito por EL MEDICO. Este beneficio no puede ser mayor de 10 días.

d) CANCELACIÓN DEL VIAJE

BENEFICIO

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 o de su COMPAÑERO DE VIAJE, siempre y cuando el ASEGURADO haya reservado y pagado o adeudado estos costos antes que ocurriera tal ENFERMEDAD, ACCIDENTE o fallecimiento.

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

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.

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 ACCIDENTES PERSONALES PARA VIAJERO, la cual estará indicada en el respectivo CERTIFICADO.

e) INTERRUPCIÓN DEL VIAJE

BENEFICIO

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 o de su COMPAÑERO DE VIAJE, siempre y cuando el ASEGURADO haya reservado y pagado o adeudado estos costos antes que ocurrieran las mencionadas eventualidades.

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

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.

f) PÉRDIDA DE EQUIPAJE EN TRANSPORTE PÚBLICO

BENEFICIO

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, la ASEGURADORA pagará como máximo la suma asegurada indicado en la LISTA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS. 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.

Se encuentran excluidos 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.

g) RETRASO DE EQUIPAJE

BENEFICIO

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. 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.

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 excluidos 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.

h) GARANTIA DE VIAJE DE REGRESO

BENEFICIO

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.

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.

i) VIAJE DE EMERGENCIA DE UN FAMILIAR

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.

BENEFICIO

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 **Travel Guard**. En caso de que el ASEGURADO no pueda indicar a un acompañante, se considerará al cónyuge o cualquier pariente en primer grado y que sea mayor de edad.

La persona indicada para acompañar al ASEGURADO deberá obligatoriamente residir el mismo país que el ASEGURADO.

j) TRASLADO DE MENORES

BENEFICIO

La ASEGURADORA reembolsará al ASEGURADO, hasta la SUMA ASEGURADA indicada en la LISTA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS, los gastos incurridos para el traslado de menores hijos o acompañantes del ASEGURADO que por causas inherentes a ENFERMEDAD DE CARÁCTER SÚBITO, ACCIDENTE o fallecimiento se vea imposibilitado de continuar el viaje.

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

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.

k) RETRASO DE VIAJE

BENEFICIO

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, programado para ser utilizado 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.

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 “charter”.

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 ACCIDENTES PERSONALES PARA VIAJEROS.

l) GASTOS DE ESTANCIA DE UN FAMILIAR

BENEFICIO

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 **Travel Guard** .

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.

m) TRANSFERENCIA DE FONDOS

El BENEFICIO correspondiente a la transferencia de fondos estará sujeto a los límites consignados en el LISTADO DE COBERTURAS Y BENEFICIOS.

n) HONORARIO DE ABOGADOS

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.

o) FIANZAS LEGALES

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.

RIESGOS EXCLUIDOS

Se encuentran excluidos de todas las coberturas que otorga Seguro de Accidentes Personales - Viajeros, los hechos que sean consecuencia de:

- a) Enfermedades originadas en CONDICIONES PREEXISTENTES 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 al beneficio de Repatriación de Restos Mortales.
- b) ACCIDENTES que sean resultado de la práctica de deportes extraordinarios distintos a los detallados en la descripción de cada uno de los Planes de Seguro a comercializar.
- 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) Enfermedades de transmisión sexual. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o la infección del Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV).
- f) 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.
- g) 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.
- h) Participación en riñas o duelos.
- i) 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.
- j) Utilización de instrumentos de guerra y/o armas de fuego.
- k) Prestación de servicios en las fuerzas armadas o unidades auxiliares de las mismas.
- l) Secuestro e intento de secuestro.
- m) 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.

- n) El uso, la liberación o el escape de los materiales nucleares que directa o indirectamente resulte en una reacción nuclear, radiación o contaminación radiactiva. 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.
- o) La operación o aprendizaje para operar cualquier aeronave o el desempeño de actividades como miembro de la tripulación de la misma.
- p) Reclamaciones cuyo origen está vinculado con actividades ilícitas.

QUINTA - PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

Para todas las coberturas CONTACTARSE en primera instancia con Travel Guard mediante el teléfono indicado en el CERTIFICADO. En esta llamada el ASEGURADO deberá informar:

- a) Su nombre y el número de PÓLIZA y CERTIFICADO;
- b) El lugar y el teléfono donde se encuentra;
- c) El problema y el tipo de información o ayuda necesarios.

1) EN CASO DE MUERTE ACCIDENTAL

Los beneficiarios tendrán que presentar los siguientes documentos:

- Copia legalizada de la partida de defunción del ASEGURADO.
- Certificado médico detallando las causas del fallecimiento.
- Cuando los beneficiarios fueran los herederos, testimonio de la Declaratoria de Herederos dictada por el juez competente.

La ASEGURADORA se reserva el derecho de exigir la autopsia o la exhumación del cadáver para establecer las causas del fallecimiento, debiendo los beneficiarios prestar su conformidad y colaboración para la obtención de las correspondientes autorizaciones. La autopsia o la exhumación deberá efectuarse con citación de los beneficiarios, quienes podrán designar un MÉDICO para que los represente. Los gastos de la autopsia o de la exhumación serán a cargo de la ASEGURADORA, salvo los derivados del representante MÉDICO designado por los beneficiarios.

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

Desde el momento de hacerse aparentes las lesiones, el accidentado 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 lesionado 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 a 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 el alta y los certificados que acrediten el grado de incapacidad permanente.

3) EN CASO DE REQUERIR EL REEMBOLSO DE GASTOS

3.1) 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.
- Boleta original de la compra del medicamento en el extranjero, respecto de la cual se solicita el reembolso.

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.

4) EN CASO DE ASISTENCIA INTERNACIONAL

4.1) 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.

4.2) 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, 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.
- Ticket original del embarque del EQUIPAJE.
- Recibo de indemnización emitido por el TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO.

4.3) En caso de RETRASO 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.

- Ticket original de embarque del EQUIPAJE.
- Recibo de indemnización emitido por el TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO.

4.4) 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 hotelería 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).

4.5) EN CASO DE GASTOS DE HOTEL POR 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.

4.6) EN CASO DE GASTOS DE ESTANCIA DE UN FAMILIAR:

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.

4.7) 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.

4.8) EN CASO DE TRASLADO 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 MENOR 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.

4.9) 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.

SEXTA - LÍMITE DE RESPONSABILIDAD

En todos los casos el profesional MÉDICO o cualquier abogado sugerido o coordinado por la ASEGURADORA actuará, 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.

Firma autorizada
ASSA Compañía de Seguros, S.A.