

PÓLIZA DE SEGURO DE ASISTENCIA EN VIAJE INTERNACIONAL

CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA 1. BASE DEL CONTRATO

MERCANTIL SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., organizada de conformidad con las leyes de la República de Panamá, denominada en adelante LA ASEGURADORA expide la presente Póliza de acuerdo con las Condiciones Generales y Particulares estipuladas a continuación, teniendo prelación las últimas sobre las primeras, basándose en las declaraciones contenidas en la solicitud del ASEGURADO. La responsabilidad de LA ASEGURADORA no excederá en ningún caso la suma máxima pactada en las Condiciones Particulares, en el marco de un viaje realizado fuera del territorio de la República de Panamá o fuera del país de residencia declarado en las condiciones particulares de la póliza.

La Aseguradora garantiza al Asegurado la cobertura de los servicios de asistencia médica, jurídica y personal únicamente en casos de emergencias ocurridas en el transcurso de un viaje internacional, el cual tendrá que ser con fines turísticos o de negocios y en ningún momento podrá garantizar cobertura a personas que ejerzan una actividad profesional permanente en el exterior durante el periodo de vigencia del plan contratado, como tampoco podrá entenderse como un seguro médico internacional.

Asimismo, queda entendido que el alcance de cobertura de la presente Póliza de Seguros se limita a brindar asistencia primaria en viajes internacionales, ante eventos súbitos e imprevisibles donde haya diagnóstico de alguna enfermedad o condición médica aguda, clara y comprobable, que impida la normal continuación del viaje, brindar estabilización en caso de enfermedades preexistentes, hasta el límite de la suma asegurada que corresponda, y siempre que dicha enfermedad o condición no se encuentre dentro de la lista de exclusiones que se mencionan en las presentes Condiciones Generales.

Las partes se encuentran sujetas a los términos indicados en las presentes Condiciones Generales.

CLÁUSULA 2. VIGENCIA DE LA PÓLIZA

Los beneficios de esta póliza se inician en la fecha efectiva de la póliza establecida en el Cuadro Póliza - Factura de Prima, y no en la fecha en que se solicitó el seguro.

- a) Los beneficios de esta póliza se inician en la fecha en que el asegurado sale del país de residencia permanente y es válida durante el número de días indicados en el Cuadro Póliza – Factura de Prima, a menos que se hayan comprado días adicionales de viaje. El derecho de compensación entrará en vigor cuando el asegurado salga de su país de residencia permanente y cesará al momento de su regreso al país de residencia permanente.
- b) La cobertura siempre empieza en la fecha en que el asegurado sale del país de residencia permanente, y es válida durante el número de días indicados en el Cuadro Póliza – Factura de Prima. El derecho de compensación entrará en vigor cuando el asegurado salga de su país de residencia permanente y cesará al momento de su regreso al país de residencia permanente.
- c) El período del seguro de los planes Viaje podrá extenderse previo acuerdo con La Aseguradora. Sin embargo, durante el(los) período(s) extendido(s) del seguro no serán cubiertos los gastos de ninguna enfermedad o lesión que haya ocurrido, o mostrado síntomas, o que haya sido diagnosticada antes de la apertura de la extensión del seguro.
- d) Días de viaje adicionales: si los días de viaje adicionales han sido comprados antes de que El Asegurado salga de su país de residencia permanente, la cobertura continuará estando vigente, sin interrupciones, durante el período de extensión.
- e) La finalización de la vigencia implicará el cese automático de todos los beneficios, prestaciones, o servicios en curso o no, incluyendo aquellos casos o tratamientos iniciados al momento o antes del término de la vigencia, con sujeción a lo establecido en la **CLÁUSULA 16. EXCLUSIONES PARTICULARES** de esta póliza.
- f) **Los periodos de días no utilizados no son reembolsables ni acumulables.**
- g) **En todo caso, la póliza deja de tener efecto una vez que el asegurado supere la edad límite correspondiente al Plan que haya contratado.**
- h) Si La aseguradora aceptara emitir una póliza para un viaje que ya esté en curso cuando se emita la póliza y el Asegurado se encuentre en el lugar de destino, dicha póliza tendrá un período de carencia de cinco (5) días.
En todo caso la vigencia de la Póliza se hará constar en el Cuadro Póliza – Factura de Prima de la Póliza con indicación de la fecha en que se emita la hora y día de su iniciación y vencimiento.

CLÁUSULA 3. DEFINICIONES GENERALES

A los efectos de la presente Póliza, los términos que se señalan seguidamente tienen el significado que se expresa:

ACCIDENTE: Lesión corporal sufrida involuntariamente por El Asegurado independiente de cualquier otra causa, por la acción súbita, fortuita y violenta de una fuerza externa.

ACCIDENTE GRAVE: Aquel que trae como consecuencia amputación de cualquier segmento corporal; fractura de huesos largos (fémur, tibia, peroné, humero, radio y cúbito); trauma craneoencefálico; quemaduras de segundo y tercer grado; lesiones severas de mano, tales como, aplastamiento o quemaduras; lesiones severas de columna vertebral con compromiso de médula espinal; lesiones oculares que comprometan la agudeza o el campo visual o lesiones que comprometan la capacidad auditiva. En general todo accidente en el cual esté en riesgo la vida del asegurado. La existencia de lesiones accidentales graves será determinada de común acuerdo entre el médico tratante y el médico consultante de La Aseguradora, después de revisar las notas de evaluación inicial y los resúmenes clínicos de la sala de emergencias y de la hospitalización.

AERONAVE PRIVADA: Cualquier aeronave en un vuelo que no es regularmente programado o fletado por una aerolínea comercial.

AMBULANCIA AEREA: Transporte aéreo con equipamiento y personal médico entrenado para el traslado de un Asegurado desde el Hospital más cercano donde se encuentra hasta el Hospital que ha sido coordinado por La Aseguradora.

AMBULANCIA TERRESTRE: Transporte terrestre con equipamiento y personal médico entrenado para el traslado de personas heridas o enfermas.

APROPIACIÓN INDEBIDA: Acto de apoderarse, en beneficio propio o de otro, de objeto(s) propiedad del Asegurado, que se hubiere confiado o entregado por cualquier título, para hacer de él un uso determinado y que implique la obligación de restituirlo.

ASALTO O ATRACO: Acto de apoderarse ilegalmente de los bienes asegurados, contra la voluntad del Asegurado, utilizando la violencia o la amenaza de causar graves daños inminentes a la persona.

ASEGURADO: Persona natural identificada en el Cuadro Póliza - Factura de Prima, que en sí misma está expuesta a los riesgos cubiertos indicados en las condiciones particulares y anexos de la Póliza.

ASEGURADO DEPENDIENTE: Se refiere al cónyuge legítimo y/o hijo(s) soltero(s) que tienen cobertura de seguro bajo El Asegurado Titular.

ASEGURADO TITULAR: Asegurado indicado con este carácter en el Cuadro Póliza - Factura de Prima, Es la persona que ejercerá y representará a Los Asegurados inscritos en La Póliza.

BENEFICIARIO: Persona o personas, naturales o jurídicas, designadas por el Asegurado para recibir de La Aseguradora los beneficios estipulados en la presente Póliza. Se entenderá como Beneficiario aquella persona que demuestre fehacientemente que ha incurrido en los gastos amparados por esta Póliza.

BULTO: Maleta, Maletín, Valija, Bolso, Neceser o cualquier contenedor utilizado para transportar bienes personales durante un viaje.

CATÁSTROFE: Suceso que altera gravemente el orden regular de las cosas, donde se ven implicadas numerosas personas.

CENTRAL DE SERVICIO DE ASISTENCIA: Es la oficina que coordina la prestación de los servicios requeridos por el Asegurado con motivo de su asistencia.

CIRUGÍA: Procedimiento quirúrgico aplicable a las enfermedades y traumatismos que tienen que tratarse mediante técnicas operatorias y que incluye el post operatorio.

CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA: Documento donde se indican los datos particulares de la Póliza, como son: Número de la Póliza, identificación completa de La Aseguradora, de su representante y domicilio principal, identificación completa del Tomador, Asegurado y Beneficiarios, dirección del Tomador, dirección de cobro, nombre del Agente o Corredor de Seguros, dirección del Asegurado Titular, riesgos cubiertos, suma asegurada, monto de la prima, forma y lugar de pago, período de vigencia, porcentaje de reembolso, deducible y firmas de La Aseguradora y del Tomador.

CÓNYUGE: La persona con quien El Asegurado Titular ha efectuado un contrato de matrimonio, que es válido en la jurisdicción donde se efectuó dicho contrato.

COPAGO: Es el pago que le corresponde al asegurado de acuerdo a los beneficios pactados.

COASEGURO: Es la parte proporcional sobre los gastos cubiertos que El Asegurado debe asumir una vez aplicado el deducible si lo hubiese, a consecuencia de una atención médica, ya sea hospitalaria o ambulatoria, según lo indicado en el Cuadro Póliza - Factura de Prima.

CUADRO PÓLIZA - FACTURA DE PRIMA: Documento donde se indica como mínimo, la siguiente información: Número de la Póliza, identificación completa de La Aseguradora, del Tomador, Asegurado y Beneficiarios, dirección del Tomador, dirección de cobro, nombre del Intermediario de la actividad aseguradora, riesgos cubiertos, suma asegurada, monto de la prima, forma y lugar de pago, fecha de emisión, período de vigencia y firmas de La Aseguradora y del Tomador.

DEDUCIBLE: Cantidad indicada en el Cuadro Póliza – Factura de Prima de la Póliza que deberá asumir El Asegurado Titular y/o Asegurado dependiente; en consecuencia no será pagada por La Aseguradora en caso de un siniestro cubierto por la Póliza.

DEPARTAMENTO MÉDICO: Grupo de profesionales médicos de La Aseguradora que intervienen y toman decisiones en todos los asuntos y/o prestaciones brindadas o que vayan a brindarse de conformidad con las condiciones de la póliza contratada.

DEPORTES AMATEUR: Es el practicado por aficionados, por ocio y/o actividades recreativas.

DEPORTES PROFESIONALES: Es el practicado con o sin ánimo de lucro, realizado en cualquier tipo de competencia como intercolegiados, torneos, campeonatos, deportes que supongan un alto riesgo, entre otros.

DEPORTES EXTREMOS: Los deportes extremos son todos aquellos deportes o actividades de ocio, o profesional con algún componente deportivo que comportan una real o aparente peligrosidad por las condiciones difíciles o extremas en las que se practican.

DOCUMENTOS QUE FORMAN PARTE DE LA PÓLIZA: Las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, el Cuadro Póliza – Factura de Prima, la Solicitud de Seguros y los Endosos que se emitan para complementarla o modificarla.

EDAD DEL ASEGURADO: La edad alcanzada a la fecha de comienzo de la Póliza. Para los efectos de esta póliza, se entiende que el asegurado tiene la misma edad hasta las 00:00 horas del día en que cumple años.

ENDOSOS: Documento añadido a la Póliza que agrega cobertura opcional y/o condiciones especiales.

EQUIPAJE:

a) Se comprenderá en el concepto de equipaje:

- Una cámara de video portátil, no del tipo profesional, y sus accesorios.
- Dos teléfonos móviles.
- Una cámara fotográfica portátil, y sus accesorios correspondientes.
- Un aparato portátil para la grabación o reproducción del sonido, imagen o mixto, junto a su respectivo juego de audífonos portátiles y sus accesorios.
- Un computador portátil y/o tablet de uso personal.
- Artículos deportivos de uso personal. Quedan excluidas de esta categoría las bicicletas de cualquier tipo y modelo, nuevas o usadas, que porte el viajero, por cuanto se encuentran clasificadas como vehículos.
- Medicamentos, en cantidades conforme a la respectiva receta médica, siempre que sean para su uso personal o de familiares directos. En el caso de medicamentos de libre expendio, deberán venir en cantidades necesarias sólo para uso personal del viajero.
- Obsequios hasta un monto de US\$ trescientos (US\$ 300) FOB, o su equivalente en otras monedas, por cada viajero mayor de catorce (14) años. Este monto no será acumulable con el que le corresponde a otros viajeros por esta misma letra.
- Libros y folletos que se editen en rústica y en encuadernación común, así como los diarios, impresos, revistas y composiciones musicales impresas, siempre que no se trate de ediciones de lujo.

- Todos aquellos artículos de uso personal nuevos o usados, no enunciados precedentemente y que sean necesarios para el viaje.
- b) Requisitos que deben cumplir los artículos considerados como equipaje:
- Deben ser portados por residentes y no residentes, que tengan la calidad de pasajeros, con exclusión de aquellas mercancías que por su cantidad o valores hagan presumir su comercialización.
 - No deben tener carácter comercial, entendiéndose que lo tienen cuando se traen en cantidades que excedan el uso y necesidades ordinarias del viajero.
 - Debe ingresar conjuntamente con el (la) viajero(a). Este tendrá igual tratamiento, cuando su ingreso se produzca dentro del plazo de ciento veinte (120) días, con anterioridad o posterioridad al del beneficiario y siempre que venga consignado a su nombre en el manifiesto y/o documento de transporte correspondiente. Los Directores Regionales o Administradores de Aduana podrán, en casos calificados y por una sola vez, prorrogar este plazo.

ENFERMERA (O): Una persona legalmente licenciada de acuerdo a los requisitos de la jurisdicción local para atender a los enfermos.

EMERGENCIA MÉDICA: La aparición inesperada y repentina de una condición médica clara, comprobable y aguda que impida la normal continuación de un viaje, acompañada de síntomas serios que pongan en peligro inminente la vida del Asegurado, y en la que se requiera la atención médica inmediata, siempre y cuando dicha condición médica no se encuentre en la lista de las exclusiones. No se considerará en ningún caso emergencia médica aquella que se presente después de transcurrido un lapso de setenta y dos (72) horas de presentada la condición médica. Algunos ejemplos de emergencia médica son: pérdida del conocimiento, abundante pérdida de sangre, dificultad respiratoria prolongada, asfixia por inmersión, dolor intenso en el pecho, accidentes de tránsito, convulsiones o electrocución. Una causa de emergencia médica son los accidentes.

ENFERMEDAD: Alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo, que se traduce en malestar o desorden.

ENFERMEDAD O CONDICIÓN MÉDICA AGUDA: Proceso corto y relativamente severo de la alteración del estado del cuerpo o alguno de sus órganos, que pudiese interrumpir o alterar el equilibrio de las funciones vitales, pudiendo provocar dolor, debilidad u otra manifestación extraña al comportamiento normal del mismo.

ENFERMEDAD CONGÉNITA: Patología presente o existente desde antes del momento de nacer.

ENFERMEDAD CRÓNICA: Todo proceso patológico continuo, repitente y persistente en el tiempo, mayor a treinta (30) días de duración.

ENFERMEDAD O CONDICIÓN MÉDICA PREEXISTENTE: Todo proceso físico patológico que reconozca un origen o una etiología anterior a la fecha de inicio de la vigencia de la póliza o del viaje (la que sea posterior) y que sea factible de ser objetivado a través de métodos complementarios de diagnóstico de uso habitual, cotidiano, accesible y frecuente en todos los países del mundo (incluyendo, pero no limitado a: Doppler, resonancia nuclear, magnética, Cateterismo, radiología, etc.). Se entiende por preexistencia toda enfermedad, o estado del cuerpo, o proceso conocido o no por el Asegurado, que haya necesitado o requerido de un periodo de formación, o de una gestación, o de una incubación dentro del organismo del Asegurado antes de haber iniciado el viaje, aunque la sintomatología se presente por primera vez después de haber comenzado el viaje.

Como ejemplos de enfermedades preexistentes, sin ser una lista exhaustiva, se tiene: cálculos renales o biliares; obstrucciones de arterias o venas por coágulos u otros; enfermedades respiratorias como el asma; problemas pulmonares; enfisemas; el VIH; la hipertensión arterial y sus efectos; glaucoma; cataratas; nefritis; úlceras o enfermedades gástricas; enfermedades resultantes de deformaciones congénitas; micosis genitales; abscesos hepáticos; cirrosis; azúcar en la sangre; colesterol alto, triglicéridos altos.

ENFERMEDAD O CONDICIÓN MÉDICA RECURRENTE: regreso, repetición u aparición de la misma enfermedad o condición luego de haber sido tratada.

ENFERMEDAD O CONDICIÓN MÉDICA REPENTINA O IMPREVISTA: Enfermedad pronta, impensada, no prevista, contraída con posterioridad a la fecha de inicio de la Póliza.

ENFERMEDAD GRAVE: Es una alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, manifestadas por síntomas y unos signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible, es decir cualquier dolencia o lesión con secuelas permanentes o no permanentes que limiten parcialmente o impidan totalmente la ocupación o actividad habitual de la persona afectada, o la incapaciten para cualquier actividad y requiera o no la asistencia de otras personas para las actividades más esenciales de la vida.

EUR: Cuando se indique EUR, Euros, se está haciendo referencia a la moneda de curso legal en la Eurozona, es la moneda única que comparten actualmente los miembros de la Unión Europea, que forman la zona del euro.

EXAMEN MÉDICO DE RUTINA: Evaluación médica preventiva realizada por un Médico facultado donde completa una evaluación de la salud del Asegurado e incluye recolección de la historia clínica y el estilo de vida.

EXAMEN DE DIAGNOSTICO MAYOR: Hace referencia a los siguientes exámenes: Resonancias Magnéticas (MRI), Tomografías Axiales Computarizadas (CT Scan), Endoscopias, Cistoscopias, Stress Test.

FAMILIAR CERCANO: Se entenderá como Familiar Cercano a los conformados por los abuelos y abuelas, padre y madre, hijos e hijas y cónyuge de Los Asegurados inscritos en La Póliza.

FECHA DE INICIO DEL SEGURO: Es la fecha que aparece en el Cuadro Póliza - Factura de Prima, como Fecha Efectiva, a partir de la cual comienzan a regir los beneficios del seguro. Para aquellos Asegurados que ingresen con posterioridad a la emisión de la póliza, su fecha de inicio del seguro será la Fecha Efectiva que se indique en el Endoso o Facturación en que se incluya dicho Asegurado.

FUERZA MAYOR: Suceso que, por no poderse prever o resistir, exime del cumplimiento de alguna obligación y/o que procede de la voluntad de un tercero.

GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS: se refiere a los gastos efectuados por El Asegurado, a consecuencia de un accidente o enfermedad amparado por la Póliza, siempre que se originen por la práctica de la Ciencia Médica, reconocida por la Comunidad Médica Internacional y siempre y cuando guarden relación con el o los diagnósticos reportados, y se enmarquen dentro de los costos razonables y definidos en la **CLÁUSULA 6. COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS**

GASTOS USUALES, RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS: Es aquel cargo usual cobrado por la mayoría de los proveedores, por el mismo o similar servicio suministrado dentro de la zona geográfica en la que fue prestado el servicio.

GASTOS DE PRIMERA NECESIDAD: gastos realizados por la compra de elementos de uso personal e intransferible. Se entienden por estos, única y exclusivamente: ropaje (ropa exterior, ropa interior), zapatos, elementos de aseo personal (champú, acondicionador, jabón -líquido, en barra, en polvo-, cepillo de dientes, pasta de dientes, desodorante, crema de afeitar, máquina de afeitar, productos de higiene femenina) y maquillaje. Cualquier otro elemento no considerado dentro del listado anteriormente indicado, se entenderá como excluido de cualquier tipo de cobertura.

HOSPITALIZACIÓN: Ingreso del Asegurado a una instalación hospitalaria por veinticuatro (24) horas o más para recibir atención médica o quirúrgica. El tratamiento que se limita a la sala de emergencias no se considera una Hospitalización. La severidad de la enfermedad o condición también debe justificar la necesidad médica para la Hospitalización.

HURTO: Acto de apoderarse ilegalmente de los bienes asegurados, contra la voluntad del Asegurado, sin intimidación sobre las personas y sin utilizar medios de violencia o de fuerza en las cosas y sin que queden señales de dicha violencia, para entrar o salir del sitio dónde se encuentren dichos bienes.

INSTITUCIÓN HOSPITALARIA, CLÍNICA U HOSPITAL: Institución que opera de conformidad con la ley, que proporciona instalaciones permanentes que brindan asistencia médica a pacientes internos, que dispone de personal médico regular y permanente, quienes

primordialmente se dedican a efectuar diagnósticos y a proporcionar servicios terapéuticos y atención médico - quirúrgica a personas lesionadas o enfermas.

No son considerados Hospitales o Clínicas las instituciones que son usadas principalmente como un centro para:

- a) Descanso.
- b) Cuidados de custodia.
- c) Cuidados de enfermería.
- d) Cuidado de ancianos.
- e) Cuidados de convalecencia.
- f) Tratamientos de alcoholismo, adicción a las drogas, condiciones nerviosas o condiciones mentales.

LA ASEGURADORA: MERCANTIL SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. Es la persona jurídica que en virtud del presente contrato se obliga a asumir los riesgos cubiertos en las condiciones particulares y endosos de la Póliza.

LAS PARTES: La Aseguradora y el Tomador, Asegurado o Beneficiario.

MÉDICAMENTE NECESARIO O NECESIDAD MÉDICA: Significa que un tratamiento, servicio, medicamento o estancia en un hospital:

Es apropiado y esencial para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad del Asegurado.

No excede en alcance, duración o intensidad el nivel de cuidado necesario para proporcionar un diagnóstico o tratamiento seguro, adecuado y apropiado.

Ha sido prescrito por un médico.

Es consistente con las normas profesionales ampliamente aceptadas por la comunidad médica del país donde se presta el servicio o tratamiento.

En el caso de un paciente internado en un hospital o centro de trasplante, no puede ser administrado fuera de dicha institución sin riesgo para el paciente.

La necesidad médica es determinada por La Aseguradora sobre la base de la definición anterior. El hecho de que un tratamiento, servicio o suministro haya sido prescrito, recomendado, aprobado o suministrado por un médico no es necesariamente suficiente para que La Aseguradora deba considerarlo médicamente necesario.

MÉDICO: Profesional legalmente autorizado para ejercer la medicina según las leyes y normas de la jurisdicción donde ha sido prestado el servicio y la cual practica dentro de los límites regulares y admisibles de cualquier autorización legal que sea pertinente. El término "MÉDICO" no incluye a dentista (odontólogo, ortodoncista), quiropráctico, optómetra, podiatra o cualquier otro profesional cuya especialidad no esté reconocida por las autoridades del país donde fue prestado el servicio médico.

MEDICO TRATANTE: Profesional legalmente autorizado para el ejercicio de la medicina, en el país donde presta sus servicios, cuya especialidad médica esté directamente relacionada con el diagnóstico o tratamiento de la enfermedad o accidente atendido.

PACIENTE ESTABLE: Que no presenta variación de su estado de salud durante al menos los últimos doce (12) meses y cuyos síntomas y signos no han cambiado recientemente.

PAÍS DE RESIDENCIA PERMANENTE: Es el país en donde tiene establecido su domicilio permanente El Asegurado, considerándose como tal el informado por El Asegurado en la solicitud e indicado en el Cuadro Póliza - Factura de Prima.

PENSIÓN: Aquellos gastos que incluyan alimentación, comunicaciones, traslados y servicios especiales, diferentes al pago de habitación con fines de hospedaje.

PERÍODO DE CARENCIA: Intervalo de tiempo durante el cual no son efectivas las coberturas incluidas dentro de la Póliza. Dicho plazo se computa por días contados desde la fecha de inicio de vigencia, siempre que el Asegurado ya se encuentre de viaje al momento de contratación.

PLAN DE ASISTENCIA: Es el conjunto detallado de los servicios de asistencia en viaje ofrecidos, indicando una enumeración taxativa de los mismos y sus límites de cobertura, cuantitativos, geográficos y de edad del Asegurado.

El Tomador podrá escoger el Plan de Asistencia en Viajes de su preferencia, siempre que se cumplan las condiciones de asequibilidad del Plan.

PLAZO DE ESPERA: Es aquel período dentro de la vigencia de la cobertura de la Póliza, durante el cual La Aseguradora no cubre determinados riesgos.

PÓLIZA: Es el documento que contiene las Condiciones reguladoras del Seguro. Forman parte integrante de la Póliza: La Solicitud de seguros, las Condiciones Generales, el Cuadro Póliza – Factura de Prima, las condiciones Particulares que individualizan el riesgo, las Especiales si procedieran y los Endosos o Apéndices que se emitan a la misma para complementarla o modificarla.

PRIMA: Es la contraprestación que en función del riesgo debe pagar El Tomador a La Aseguradora en virtud de la celebración del contrato. La prima es pagadera en dinero. El Tomador está obligado al pago de la prima en las condiciones establecidas en la Póliza.

PROVEEDOR DE SERVICIOS: Personas o Instituciones legalmente autorizadas para suministrar Servicios de Asistencia al Asegurado.

RESIDENCIA HABITUAL: Lugar donde El Asegurado tiene su vivienda y cuya dirección aparece debidamente especificada en el Cuadro Póliza - Factura de Prima.

ROBO: Acto de apoderarse ilegalmente de los bienes asegurados, utilizando medios violentos para entrar o salir del sitio donde se encuentren dichos bienes, siempre que queden huellas visibles de tales hechos.

SINIESTRO: Es el acontecimiento futuro e incierto del cual depende la obligación de indemnizar por parte de La Aseguradora.

SUMA ASEGURADA: Es el límite máximo de responsabilidad de La Aseguradora, el cual se indica en el Cuadro Póliza - Factura de Prima.

SOLICITUD DE SEGUROS: Cuestionario que proporciona La Aseguradora, el cual contiene un conjunto de preguntas relativas a la identificación del Tomador, de los Asegurados y de los Beneficiarios así como el estado de salud de cada una de las personas que estarán amparadas por la Póliza, datos del viaje que se va a realizar y demás datos que puedan influir en la estimación del riesgo, que deben ser contestadas en su totalidad y con exactitud por el Tomador y/o Asegurado Titular, constituyendo dicha declaración la base legal para la emisión del contrato de seguro.

SINIESTRO: Es el acontecimiento futuro e incierto del cual depende la obligación de indemnizar por parte de La Aseguradora.

SITUACIÓN DE ASISTENCIA: Cualquier suceso, situación o hecho de los descritos en el presente Condicionado y que dé derecho al Asegurado a recibir los Servicios de Asistencia, siempre que los mismos hayan tenido lugar durante el Período de vigencia y en la Territorialidad de validez.

TERRORISMO: Se refiere a los actos criminales con fines políticos concebidos o planeados para provocar un estado de terror en la población en general, en un grupo de personas o en personas determinadas que son injustificables en todas las circunstancias, cualesquiera sean las consideraciones políticas, filosóficas, ideológicas, raciales, étnicas, religiosas o de cualquier otra índole que se hagan valer para justificarlos.

TRAUMAS POR ACCIDENTE: Dos o más traumas a consecuencia de un accidente.

TOMADOR: Persona natural o jurídica quien, obrando por cuenta propia o ajena, traslada los riesgos al Asegurador, comprometiéndose a efectuar el pago de la prima.

USD: Cuando se indique USD, USD\$, US\$, U\$ dólares o dólares americanos, se está haciendo referencia a la moneda de curso legal en los Estados Unidos de América (EEUU).

VIAJE: Ausencia del Asegurado de su residencia habitual, siempre y cuando se encontrare fuera de su país de residencia permanente, en el cual abandone su residencia habitual indicada en el Cuadro de la Póliza.

CLÁUSULA 4. ASEGURADOS CUBIERTOS EN LA POLIZA

a. La Aseguradora cubrirá a cada asegurado nombrado en el Cuadro Póliza – Factura de Prima.

- b. Son personas asegurables bajo la presente Póliza quienes tengan entre seis (6) meses y ochenta y cinco (85) años de edad, ambos incluidos.

CLÁUSULA 5. EXTENSIÓN GEOGRÁFICA DEL SEGURO

A. Ámbito territorial

El servicio se extenderá al nivel geográfico que se indique en el Cuadro Póliza – Factura de Prima de acuerdo con el Plan contratado. Se excluye el país de residencia habitual del asegurado.

B. Disponibilidad

La Aseguradora se compromete a tener el servicio de Asistencia en Viaje disponible en forma permanente, los trescientos sesenta y cinco (365) días del año, las veinticuatro (24) horas del día, incluyendo feriados y días inhábiles.

C. Plazo de cobertura

La cobertura se limita únicamente a ofrecer los servicios de Asistencia en Viaje durante la vigencia de la presente Póliza. A la finalización de ese plazo, no será válida cualquier solicitud de asistencia que se realice y cesarán todos los servicios de Asistencia en Viaje, salvo los ya iniciados o en curso, de acuerdo a las siguientes condiciones, lo primero que ocurra:

- a) Hasta que se haya agotado la suma asegurada, o
- b) Hasta que el médico firme el alta del Asegurado.

CLÁUSULA 6. COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS

Queda entendido que La Aseguradora cubre el ciento por ciento (100 %) de los gastos médicos que se mencionan a continuación, durante la vigencia del contrato, sujeto al costo razonable, en exceso del deducible si lo hubiere, y hasta la suma asegurada contratada. La suma asegurada y el deducible de cada Asegurado correspondiente a cada tipo de asistencia serán aplicados por enfermedad o accidente y vigencia del contrato.

6.1. Asistencia médica por accidente y/o enfermedad o condición médica no preexistente que incluye:

- a) Consultas Médicas en caso de accidente y enfermedad o condición médica aguda e imprevista no preexistente.
- b) Atención por Especialistas cuando sea indicada y autorizada por el Departamento Médico de la Central de Servicios de Asistencia de La Aseguradora o por el médico tratante de la Central.

- c) Exámenes Médicos Complementarios únicamente cuando sean indicados y previamente autorizados por el Departamento Médico de la Central de Servicios de Asistencia.
- d) Internaciones, de acuerdo a la naturaleza de la lesión o enfermedad, y siempre que el Departamento Médico de la Central de Servicios de Asistencia así lo prescriba. Se procederá a la internación del Asegurado en el centro sanitario más próximo al lugar donde este se encuentre. Este ítem aplicará únicamente al Asegurado del plan de asistencia, y bajo ningún motivo se cubrirá cama y/o alimentación en el hospital o clínica para una persona acompañante.
- e) Intervenciones Quirúrgicas cuando sean autorizadas por el Departamento Médico de la Central de Servicios de Asistencia, en los casos de emergencia que requieran en forma inmediata tratamiento, y que no puedan ser diferidas o postergadas hasta el retorno del Asegurado a su país de origen.
- f) Terapia Intensiva y Unidad Coronaria cuando la naturaleza de la enfermedad o lesión así lo requiera y siempre con la previa autorización del Departamento Médico de la Central de Servicios de Asistencia.
- g) Gastos por medicamentos recetados por el médico tratante y previamente autorizados por la Central de Servicios de Asistencia, por los primeros treinta (30) días de tratamiento y en caso que el Asegurado no requiera hospitalización, hasta por el monto establecido en el Cuadro Póliza - Factura de Prima.

Los reembolsos solicitados procederán igualmente dentro del límite de cobertura y una vez retornado al país de residencia habitual, previo cumplimiento de lo establecido en la CLÁUSULA 27. REEMBOLSO DE GASTOS.

Los gastos de medicamentos por concepto de enfermedades preexistentes no serán cubiertos por esta póliza, aunque hayan sido diagnosticados por el médico tratante de la Central de Servicios de Asistencia. Se encuentran también excluidos los medicamentos por tratamiento de enfermedades mentales, psíquicas o emocionales, incluso en los casos en los que la consulta médica haya sido autorizada por el departamento médico de La Aseguradora.

Tampoco tienen cobertura en ningún caso las pastillas anticonceptivas, inyecciones anticonceptivas, dispositivos intrauterinos o cualquier otro método de planificación familiar, aunque hayan sido diagnosticados por el médico tratante de la Central de Servicios de Asistencia.

6.2. Estabilización en caso de accidentes o emergencias médicas sufridas como consecuencia de enfermedades preexistentes, hasta el monto indicado en el Cuadro Póliza - Factura de Prima, previamente autorizada por el Departamento Médico de la Central de Servicios de Asistencia de La Aseguradora. Se incluye el costo de la primera consulta clínica en la que se determine la preexistencia de la enfermedad.

6.3. Servicio odontológico de urgencia que requiera el Asegurado en el extranjero, limitado a accidentes, traumas, infecciones, limitándose al tratamiento del dolor, y/o extracción de la pieza dentaria afectada, hasta por el monto establecido en el Cuadro Póliza - Factura de Prima.

Los tratamientos odontológicos de conducto, cambios de calzas, coronas, prótesis, sellamientos, limpiezas dentales, diseños de sonrisa o cualquier otro tratamiento no especificado claramente en estas condiciones se encuentran excluidos de la cobertura.

La Aseguradora se reserva el derecho de decidir el más adecuado de entre los tratamientos propuestos por el cuerpo médico y/o la repatriación al país de residencia habitual si la condición física del Asegurado lo permitiere. Si a juicio de los médicos tratantes fuese posible el regreso al país de residencia habitual para recibir en él tratamiento de larga duración, cirugía programable o cirugías no urgentes, se procederá a la repatriación del Asegurado.

CLÁUSULA 7. COBERTURAS DE EVACUACIÓN/REPATRIACIÓN DEL ASEGURADO

7.1. TRASLADO SANITARIO O REPATRIACIÓN SANITARIA

La Aseguradora cubrirá los gastos de traslado del Asegurado por el medio de transporte disponible y más apropiado para hacerlo, y en el momento que considere más idóneo el equipo médico de La Aseguradora, hasta un Centro Hospitalario adecuado o hasta su residencia habitual, según corresponda a la naturaleza de la lesión, accidente o enfermedad. El equipo médico La Aseguradora mantendrá permanente contacto con el Centro Hospitalario o facultativo que atienda al Asegurado para obtener las informaciones del caso y coordinar los servicios necesarios para su traslado.

Queda igualmente establecido que aun para los casos de tratamientos y cirugías que ocurren en casos catalogados como urgencia o emergencia, el traslado sanitario debe ser previamente solicitado y autorizado por La Aseguradora. El no cumplimiento de esta norma exime a La Aseguradora de asumir la cobertura de dicho traslado.

Se entiende por repatriación sanitaria el traslado del Asegurado enfermo o accidentado desde el lugar en donde se encuentra hasta el aeropuerto de ingreso del país de residencia habitual.

Cuando el Departamento Médico de común acuerdo con el médico tratante estime necesario y recomiende la repatriación sanitaria, la misma se efectuará en primera instancia por el medio de transporte más conveniente para ello. En caso de que el traslado deba ser realizado por avión, será en línea aérea comercial, en clase turista y sujeta a disponibilidad de cupo aéreo, hasta el aeropuerto de ingreso del país de residencia habitual. La Aseguradora asumirá el pago, hasta por el monto establecido en el Cuadro Póliza - Factura de Prima, de las diferencias por cambio de fecha del pasaje o la compra de uno nuevo si el original se tratase de un tiquete sin posibilidad de cambio. Esta asistencia comprende su transporte en ambulancia u otro medio de

transporte que sea compatible con su estado de salud y aprobado por el Departamento Médico de La Aseguradora, desde el lugar de internación hasta su lugar de residencia habitual, o desde el aeropuerto hasta el lugar de residencia habitual, con la estructura de apoyo necesaria, incluyendo camilla, sillas de rueda, caminador, acompañamiento médico, etc.

No será reconocido ningún gasto por concepto de repatriación cuando la causa que dio origen a ella sea consecuencia de una enfermedad preexistente (salvo que se haya contratado el Endoso de Asistencia Médica por Enfermedades Preexistentes) u obedezca a un evento que figura dentro de las exclusiones generales.

7.2. REPATRIACIÓN FUNERARIA

En caso de fallecimiento del Asegurado durante la vigencia de la Póliza y a causa de un evento cubierto por la misma, La Aseguradora efectuará los trámites necesarios para la repatriación del cadáver, lo que incluye: féretro simple obligatorio para el transporte internacional, los trámites administrativos y el transporte del cuerpo por el medio que consideren más conveniente hasta el ingreso al país de residencia habitual del fallecido, hasta por el monto establecido en el Cuadro Póliza - Factura de Prima. Asimismo, se puede optar por la cremación del cuerpo en el lugar del fallecimiento y estarán incluidos todos los trámites administrativos a los que haya lugar y el traslado de las cenizas hasta el país de residencia habitual del fallecido.

Los gastos de inhumación en el lugar de residencia habitual del fallecido no estarán a cargo de La Aseguradora.

La Aseguradora quedará eximida de prestar los servicios y asumir los costos relativos al presente beneficio en caso de que el fallecimiento del Asegurado se origine por causa de un suicidio, consecuencia de ingesta de alcohol o cualquier tipo de drogas, o por una enfermedad o condición médica preexistente, crónica, o recurrente. Este beneficio no contempla ni incluye bajo ninguna circunstancia gastos de regreso de familiares acompañantes del fallecido asegurado.

7.3. ACOMPAÑAMIENTO DE MENORES DE 15 AÑOS DE EDAD

Cuando por motivo de lesión, muerte o enfermedad del Asegurado, se impida la continuación del viaje, La Aseguradora asumirá los gastos de cuidado y traslado por el medio que considere más adecuado a su residencia habitual, de los hijos menores de quince (15) años de edad, cuando estos viajen como única compañía del Asegurado. Asimismo, La Aseguradora proporcionará la persona adecuada para que los atienda en el retorno a su domicilio habitual.

CLÁUSULA 8. COBERTURAS EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN DEL ASEGURADO DURANTE EL VIAJE

8.1. TRASLADO DE UN FAMILIAR EN PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD, POR HOSPITALIZACIÓN DEL ASEGURADO

En caso de que el Asegurado, encontrándose de viaje solo y no acompañado, requiriera hospitalización superior a diez (10) días, La Aseguradora se hará cargo de trasladar a un familiar para acompañar al asegurado, en un vuelo de clase turista, sujeto a disponibilidad de vuelos y aerolíneas. Adicionalmente, tendrá derecho a los gastos de hotel hasta por el monto establecido en el Cuadro Póliza - Factura de Prima, por un máximo de siete (7) días o hasta el alta del Asegurado, lo que ocurra primero, siempre que la presente cobertura se encuentre incluida en el plan contratado y así se refleje en el Cuadro Póliza - Factura de Prima.

Queda entendido que para la aplicación del presente beneficio, como para cualquier otro que cubra gastos de hotelería, estos se encuentran limitados a un hospedaje simple, sin gastos de restaurante, lavandería, telefonía, mini bar o cualquier otro tipo de gasto adicional.

8.2. GASTOS DE HOTEL POR CONVALECENCIA

En caso de que el Asegurado, después de haber estado por lo menos cinco (5) días hospitalizado y de común acuerdo entre el médico tratante y La Aseguradora, requiera reposo adicional obligatorio, La Aseguradora cubrirá únicamente los gastos de hotel hasta el monto de la Suma Asegurada, por un máximo de diez (10) días, hasta por el monto establecido en el Cuadro Póliza - Factura de Prima, sin ningún tipo de gasto adicional por concepto de lavandería, restaurante, llamadas o gastos adicionales. El reposo deberá ser ordenado por los médicos de la Central de Servicios de Asistencia.

El presente beneficio aplicará única y exclusivamente para el Asegurado y bajo ningún concepto incluirá cobertura de gastos para acompañantes.

Asimismo, en caso que el reposo sea motivado a convalecencia por enfermedad o condición médica preexistente, La Aseguradora no asumirá dichos gastos.

8.3. SUSTITUCIÓN DE EJECUTIVO

Siempre que la presente cobertura se encuentre incluida en el plan contratado y hasta por el monto establecido en el Cuadro Póliza – Factura de Prima, en el caso de que el Asegurado se encuentre en viaje de negocios y le ocurriese una emergencia médica o un accidente grave que le impida proseguir con su cometido profesional, La Aseguradora se hará cargo del pasaje (de clase turista) sujeto a disponibilidad de las líneas aéreas, para otra persona que el empleador designe como sustituto.

Asimismo, La Aseguradora dará cobertura a los gastos de hospedaje de esta persona sustituta, hasta por el monto establecido en el Cuadro Póliza – Factura de Prima, durante un máximo de cinco (5) días.

8.4. GARANTÍA DE REGRESO POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE DEL ASEGURADO

En caso de que el Asegurado haya sufrido un accidente o una emergencia médica que ameritara su hospitalización y por lo tanto haya perdido el vuelo de regreso a su país de residencia habitual, La Aseguradora correrá con los gastos ocasionados por cambios de fechas de boletos aéreos o compra de nuevos boletos, en clase económica, para garantizar el regreso del Asegurado a su país residencia habitual.

En caso de que el Asegurado cubra estos gastos, La Aseguradora indemnizará por vía de reembolso previa presentación de la documentación que corresponda (facturas de pago de boletos aéreos, informes médicos, entre otros).

El presente beneficio solo será válido en caso de hospitalización o accidente previamente conocida por La Aseguradora, cuya recomendación haya sido permanecer en el lugar donde ocurrió el evento hasta que el Asegurado pudiera realizar el viaje.

8.5. ASISTENCIA MÉDICA POR DX DE COVID-19

En caso de que el Asegurado presente sintomatología o sospecha de contagio por COVID-19, deberá siempre y sin excepción entrar en contacto con la Central de Servicio de Asistencia, quienes a su vez coordinarán una cita virtual por Telemedicina y, de acuerdo al dictamen brindado por el Departamento Médico, si el Asegurado presenta sintomatología relacionada al COVID-19, la Central de Servicio de Asistencias coordinará la consulta médica pertinente, de acuerdo a los protocolos de seguridad y salud de cada país, cubriendo los gastos incurridos hasta el monto de la suma asegurada contratada indicada en el Cuadro Póliza – Factura de Prima para Asistencia Médica por enfermedad no preexistente.

Los siguientes gastos contarán con cobertura por parte de La Aseguradora:

- a. Gastos Hospitalarios por COVID-19: En caso de requerir internación hospitalaria para estabilizar la condición del Asegurado.
- b. Gastos de Respirador Mecánico: Si el Departamento Médico, en conjunto con el médico tratante, considera necesario el uso de un respirador mecánico, la Central de Servicios de Asistencia autorizará y cubrirá dicho gasto.

Este beneficio no operará por reembolso y el límite de edad para este servicio es de setenta y cinco (75) años.

CLÁUSULA 9. COBERTURAS EN CASO RETORNO IMPREVISTO AL PAIS DE RESIDENCIA

9.1. REGRESO ANTICIPADO POR FALLECIMIENTO DE FAMILIAR EN PRIMER GRADO

En caso de que el Asegurado debiera retornar antes de la fecha a su país de residencia habitual por causa del fallecimiento de un familiar de primer grado de consanguinidad (padres, cónyuge, hijos o hermanos), La Aseguradora se hará cargo de la diferencia del costo del pasaje de regreso, siempre que el mismo sea de tarifa reducida por fecha fija o limitada de regreso.

Para la presente cobertura deberá presentarse certificado de defunción del familiar y el documento que demuestre el parentesco existente.

9.2. REGRESO ANTICIPADO POR SINIESTRO GRAVE EN DOMICILIO

En caso de que el Asegurado debiera retornar antes de la fecha a su país de residencia habitual por causa de incendio, explosión, inundación, robo con daños y/o violencia en su domicilio, mientras se encuentre de viaje, si no existiese otra persona que pudiera hacerse cargo de la situación y si el pasaje de retorno no permitiera el cambio de fecha de forma gratuita, La Aseguradora cubrirá la diferencia correspondiente o el costo de un nuevo pasaje en clase turista, desde el lugar en el que se encuentre hasta su país de residencia habitual, siempre que la presente cobertura se encuentre incluida en el plan contratado y así se refleje en el Cuadro Póliza - Factura de Prima.

La solicitud de asistencia deberá presentarse acompañada de la denuncia policial correspondiente, dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a la ocurrencia del hecho, a través de la Central de Servicios de Asistencia, a fin de ser tramitado el vuelo de regreso, no teniendo cobertura bajo ningún concepto los reembolsos por este motivo ni los viajes de regreso anticipado sin justificación.

CLÁUSULA 10. COBERTURAS RELACIONADAS A LA PÈRDIDA O CANCELACIÓN DE VUELOS Y/O VIAJES

10.1. CANCELACIÓN DE VIAJE CONTRATADO

En caso de que el Asegurado se vea en la obligación de cancelar anticipadamente viajes, tours, paquetes turísticos, excursiones, boletos aéreos o similares La Aseguradora cubrirá, siempre que la presente cobertura se encuentre incluida en el plan contratado y hasta por el monto establecido en el Cuadro Póliza – Factura de Prima, las penalizaciones ocasionadas por dicha cancelación, una vez cumplidos los siguientes requerimientos:

- a) Contratar la póliza con una diferencia de hasta setenta y dos (72) horas siguientes en que se contrate el viaje, tour, paquete turístico, excursión, boleto aéreo o similares y siempre y cuando no haya iniciado el periodo de penalizaciones publicado por la agencia de viajes.
- b) Dar aviso al Asegurador, mediante la Central de Servicios de Asistencia, dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a la ocurrencia del evento que motiva la cancelación del viaje contratado.
- c) Presentar ante La Aseguradora toda la documentación que este considere para evaluar la activación del presente beneficio, incluyendo pero no limitado a: documentos que demuestren el motivo de la cancelación del viaje (informe médico, acta de defunción, según corresponda), cartas de los prestadores de servicios, recibos de pago, facturas, entre otros.
- d) Para casos de reembolso: el Asegurado contará hasta con treinta (30) días continuos siguientes a la fecha de ocurrido el evento, para presentar la documentación completa, con los respaldos que correspondan para iniciar el proceso. Una vez vencido ese lapso, La Aseguradora no se encontrará en la obligación de asumir dichos gastos.

Las causas justificadas para la cancelación de un viaje son:

- a) Fallecimiento, accidente o enfermedad grave no preexistente del Asegurado, un familiar en primer grado; en el entendido que la enfermedad grave debe imposibilitar al asegurado de iniciar el viaje en la fecha pretendida.
- b) La convocatoria como parte, testigo o jurado ante un Tribunal.
- c) Daños como incendio, robo, hurto o por fuerza de la naturaleza que le ocurran a su lugar de residencia habitual o en locales profesionales que los hagan inhabitables y justifiquen su presencia ineludiblemente.
- d) Cuarentena medica que obligue al Asegurado a mantenerse dentro de su país de residencia habitual.
- e) Despido laboral con fecha posterior a la contratación de la presente póliza.
- f) Convocatoria de emergencia para prestación de servicio militar, médico o público.
- g) Epidemias, catástrofes naturales o cenizas volcánicas.
- h) Si la persona que acompaña al asegurado, que comparta la misma habitación, o sea familiar del primer grado de consanguinidad (padres, hijos, hermanos) o cónyuges y que adicionalmente se encuentre asegurado por la presente póliza se viese obligado a cancelar el crucero por alguna de las causas señaladas anteriormente.

Para el presente beneficio no están incluidos los Asegurados mayores de setenta y cuatro (74) años.

10.2. CANCELACIÓN DE UN VIAJE EN CRUCERO ANTES DE SU INICIO

En caso de cancelación de un Crucero pautado, por las causas justificadas que se mencionan más adelante, La Aseguradora cubrirá, siempre que la presente cobertura se encuentre incluida en el plan contratado y hasta por el monto establecido en el Cuadro Póliza - Factura de Prima,

las penalizaciones ocasionadas por dicha cancelación. Para tener derecho a esta indemnización el Asegurado deberá:

- a) Notificar de inmediato su decisión a la naviera por escrito y obtener de ésta un comprobante que indique en forma inequívoca la fecha de dicha notificación formal de la imposibilidad de iniciar el viaje de crucero en el barco y fecha originalmente contratados.
- b) Obtener de la naviera las Condiciones Generales de contratación de cruceros, en donde se indique claramente el procedimiento de aplicaciones de las penalidades o cláusulas penales por cancelación anticipada de un crucero contratado y totalmente pagado.
- c) Obtener de la naviera un comprobante que demuestre el monto de la penalidad aplicable a su contrato de crucero en particular y el monto del reembolso si fuere el caso.
- d) Notificar por escrito al Asegurador de forma clara y precisa, las causas que ocasionaron la cancelación del crucero.

Con la documentación citada, deberá enviarla a la Central de Servicios de Asistencia para su comprobación, de ser el caso, y el eventual reembolso de ser procedente.

Las causas justificadas para la cancelación de un viaje en crucero son:

- a) Fallecimiento, accidente o enfermedad grave no preexistente del Asegurado, un familiar en primer grado; en el entendido que la enfermedad grave debe imposibilitar al asegurado de iniciar el viaje en la fecha pretendida.
- b) La convocatoria como parte, testigo o jurado ante un Tribunal.
- c) Daños como incendio, robo, hurto o por fuerza de la naturaleza que le ocurran a su lugar de residencia habitual o en locales profesionales que los hagan inhabitables y justifiquen su presencia ineludiblemente.
- d) Cuarentena medica que obligue al Asegurado a mantenerse dentro de su país de residencia habitual.
- e) Despido laboral con fecha posterior a la contratación de la presente póliza.
- f) Convocatoria de emergencia para prestación de servicio militar, médico o público.
- g) Epidemias, catástrofes naturales o cenizas volcánicas.
- h) Si la persona que acompaña al asegurado, que comparta la misma habitación o camarote, o sea familiar del primer grado de consanguinidad (padres, hijos, hermanos) o cónyuges y que adicionalmente se encuentre asegurado por la presente póliza se viese obligado a cancelar el crucero por alguna de las causas señaladas anteriormente.

Para el presente beneficio no están incluidos los Asegurados mayores de setenta y cuatro (74) años.

10.3. CONTINUACIÓN DE UN CRUCERO POR HABER PERDIDO EL EMBARQUE INICIAL

Siempre que la presente cobertura se encuentre incluida en el plan contratado, La Aseguradora se hará cargo del costo de un boleto en clase económica, de un solo sentido, desde el puerto de embarque hasta el siguiente puerto de escala del crucero contratado, si el asegurado

inicialmente perdió la salida programada del crucero debido a un vuelo de conexión retardada por más de seis (6) horas de la hora programada.

Este beneficio se paga contra reembolso, previa presentación de los recibos y facturas correspondientes y el informe de la compañía aérea que incurrió en el retraso.

10.4. INDEMNIZACION POR GASTOS DE VUELO DEMORADO O CANCELADO

Si el vuelo del Asegurado fuera demorado por más de seis (6) horas consecutivas a la programada originalmente y, siempre y cuando no exista otra alternativa de transporte durante ellas, La Aseguradora reintegrará hasta el límite de cobertura convenido, establecido en el Cuadro Póliza – Factura de Prima, siempre que este beneficio esté incluido en el plan contratado, en razón de gastos de hotel, comidas y comunicaciones realizadas durante la demora y contra la presentación de sus comprobantes originales, acompañados de un certificado de la compañía aérea reflejando la demora o cancelación sufrida por el vuelo del Asegurado.

Este beneficio no se brindará si el vuelo fuese en un aeropuerto ubicado en las proximidades de la ciudad de residencia habitual así la distancia sea superior a cien (100) kilómetros o dentro de la ciudad de residencia habitual del Asegurado; tampoco si el Asegurado viajara con un pasaje sujeto a disponibilidad de espacio.

Este servicio no se aplica si la cancelación se debe a la quiebra y/o cesación de servicios de la línea aérea.

CLÁUSULA 11. COBERTURAS RELACIONADAS AL EQUIPAJE DEL ASEGURADO

11.1. ORIENTACIÓN EN CASO DE EXTRAVÍO DE EQUIPAJE Y/O DOCUMENTOS

La Aseguradora asesorará al Asegurado en caso de extravío o robo de su equipaje, efectos personales o documentación, poniendo a su disposición la Central de Servicios de Asistencia más próxima. Asimismo, la asesoría incluirá instrucciones para realizar las denuncias que correspondan por pérdida de documentos personales, de viaje, tarjetas de crédito o cualquier otro, y así tramite la recuperación de los mismos, según corresponda.

11.2. COMPENSACIÓN POR PÉRDIDA DE EQUIPAJE

Siempre que la presente cobertura se encuentre incluida en el plan contratado y hasta por el monto establecido en el Cuadro Póliza – Factura de Prima, cuando el Asegurado sufriera la pérdida total de su equipaje durante su transporte internacional despachado en bodega en avión de línea regular y el mismo no fuera localizado, La Aseguradora le pagará una compensación económica complementaria a la que le haya pagado la compañía aérea.

Como la indemnización prevista es complementaria, para tener derecho a la misma el Asegurado deberá cumplir con los siguientes requisitos:

- a) Que la línea aérea y la Central de Servicios de Asistencia hayan sido notificadas del hecho por el Asegurado antes de abandonar el aeropuerto donde se registró la pérdida, siguiendo las instrucciones que se indican más adelante.
- b) Que el equipaje se haya extraviado durante su transporte en vuelo internacional (entre dos países) en un avión de línea regular. Por lo tanto, este beneficio no corresponde cuando la pérdida se origine en un trayecto de vuelo nacional, ni de vuelos charters o fletados, aviones particulares o militares, o cualquier vuelo que no tenga un itinerario fijo publicado que opere regularmente, ni tampoco cuando la pérdida se origine en vuelos domésticos en el exterior. Tampoco tienen cobertura las pérdidas ocurridas en cualquier tipo de transporte en el extranjero.
- c) Que el equipaje en cuestión haya sido debidamente registrado, etiquetado y despachado en la bodega del avión y haya sido debidamente presentado y entregado al personal de la aerolínea en el despacho del terminal. No se indemnizará por la pérdida de equipaje de mano o de cabina o cualquier otro bulto que no haya sido debidamente registrado ante la aerolínea y haya sido transportado en la bodega del avión.
- d) Que la línea aérea se haya hecho cargo de su responsabilidad por la pérdida del mencionado equipaje y haya abonado o pagado al Asegurado la indemnización prevista por ella. La Aseguradora no indemnizará al Asegurado mientras este no haya recibido la indemnización de la aerolínea.
- e) Que la pérdida del equipaje ocurra entre el momento en que el mismo es entregado al personal autorizado de la compañía aérea para ser embarcado y el momento en que deba ser entregado al pasajero al finalizar el viaje.
- f) Que el equipaje se haya extraviado fuera del país de residencia habitual, salvo pérdidas producidas en vuelos internacionales que arriben al a su país de residencia.
- g) Que la pérdida del equipaje despachado sea total, es decir, sobre bulto completo.

Esta indemnización es de carácter puramente complementario a la indemnización de la línea aérea regular, por lo tanto será condición obligatoria para su pago la presentación al Asegurador de la constancia de que la compañía aérea responsable del transporte ya haya pagado la indemnización del caso.

Es condición esencial para tener derecho a esta garantía que el Asegurado haya dado aviso al Asegurador del extravío del equipaje, antes de abandonar el aeropuerto donde se registró la pérdida del equipaje. Si el equipaje fuera recuperado, el citado importe será reintegrado por el Asegurado al Asegurador.

En caso de pérdida total del equipaje, el procedimiento que debe cumplir el Asegurado es el siguiente:

- a. Inmediatamente constatada la falta de equipaje se dirigirá a la compañía aérea o persona responsable dentro del mismo recinto al que llegan los equipajes y solicitará y completará el formulario P.I.R. (Property Irregularity Report).

- b. Antes de abandonar el aeropuerto se comunicará telefónicamente con la Central de Asistencia a efectos de notificar el extravío de su equipaje.

Al regresar a su país de residencia habitual, el Asegurado deberá presentar en las oficinas de La Aseguradora la siguiente documentación:

- a. Formulario P.I.R. entregado por la aerolínea.
- b. Pasaporte, documento con el que se viajó.
- c. Pasajes aéreos.
- d. Póliza de Asistencia en Viaje.
- e. Copia original de recibo de la indemnización de la línea aérea.

La indemnización será complementaria a la abonada por la línea aérea conforme a lo indicado en el Cuadro Póliza – Factura de Prima y se efectuará en el país de residencia habitual del Asegurado. El importe de la misma se determinará como la diferencia entre lo abonado por la línea aérea y el monto que se determine conforme a lo estipulado en el plan adquirido y siempre hasta el límite máximo indicado en el Cuadro Póliza – Factura de Prima. **No será válida compensación alguna si la indemnización de la compañía aérea iguala o supera el límite establecido en el Cuadro Póliza – Factura de Prima por este concepto.**

Por otra parte, la compensación por pérdida de equipaje aplica por bulto o carga y no por persona. Se limitará a un solo bulto entero completo faltante en forma definitiva y a un solo Asegurado damnificado. Si el bulto faltante estuviera a nombre de varios Asegurados la compensación se prorrateará entre ellos, siempre que se incluyan los correspondientes números de pasaje de cada uno y el número de la Póliza de Asistencia en Viajes. **No se indemnizan faltantes parciales de las maletas.**

En el caso de que la línea aérea ofreciera al Asegurado como la indemnización la posibilidad de optar entre percibir un valor en dinero o uno o más pasajes u otro medio de compensación, esta compensación por extravío de equipaje solo se activará si el Asegurado ejerce la opción de percibir solo el valor en dinero, quedando sin efecto si el Asegurado ejerce la opción de percibir uno o más pasajes u otro medio de compensación.

11.3. COMPENSACIÓN POR DAÑO DE EQUIPAJE

Si el equipaje del Asegurado sufriera algún tipo de daño que deje expuesto su contenido, así como la violación de cerraduras, La Aseguradora indemnizará hasta por el monto establecido en el Cuadro Póliza – Factura de Prima, siempre que la presente cobertura se encuentre incluida en el plan contratado.

Para hacer efectivo este beneficio debe verificarse que la rotura haya ocurrido entre el momento en que el equipaje fue embarcado y el momento en que deba ser entregado al Asegurado al desembarcar, debe haber sido informado a la Central de Servicios de Asistencias dentro de las veinticuatro (24) horas de ocurrido el siniestro y el Asegurado deberá presentar al Asegurador

el comprobante de denuncia otorgado por la línea aérea o naviera y los comprobantes originales por el arreglo de las roturas o reposición del equipaje.

La compensación por demora en devolución de equipaje aplica por bulto o carga y no por persona.

11.4. COMPENSACIÓN POR DEMORA EN DEVOLUCIÓN DE EQUIPAJE

La Aseguradora reintegrará al Asegurado, mediante la presentación de los comprobantes originales de compras de elementos de primera necesidad, realizadas durante el lapso de demora en la entrega de su equipaje.

Las compras deberán haber sido realizadas después del reclamo pertinente a la aerolínea, así como del aviso a la Central de Servicios de Asistencia y proporcionado el número PIR (Property Irregularity Report) correspondiente otorgado por la aerolínea.

La prestación del presente servicio procederá si el equipaje no es localizado dentro de las seis (6) horas siguientes contadas a partir del arribo del vuelo hasta la localización del equipaje. **El lapso posterior al señalado anteriormente hasta la entrega física del equipaje, no será responsabilidad de La Aseguradora.**

Si la demora en la devolución del equipaje ocurre en vuelos de conexión o de regreso al país de origen y/o de residencia habitual del Asegurado, no procederá compensación alguna.

En caso de que, con posterioridad a la indemnización por Demora en Devolución del Equipaje, la aerolínea declarara el equipaje como perdido el monto indemnizado inicialmente será descontado del monto que corresponda por concepto de Compensación por Pérdida de Equipaje.

El presente servicio opera por vía de reembolso, previa autorización de la Central de Servicios de Asistencia y ajustado al tiempo establecido en los trámites de reembolsos.

En caso de Demora en entrega del equipaje, el procedimiento que debe cumplir el Asegurado es el siguiente:

- a) Inmediatamente constatada la falta de equipaje se dirigirá a la compañía aérea o persona responsable dentro del mismo recinto al que llegan los equipajes y solicitará y completará el formulario P.I.R. (Property Irregularity Report).**
- b) Antes de abandonar el aeropuerto se comunicará telefónicamente con la Central de Asistencia a efectos de notificar el extravío de su equipaje.**

Al regresar a su país de residencia habitual, el Asegurado deberá presentar en las oficinas de La Aseguradora la siguiente documentación:

- a) Formulario P.I.R. entregado por la aerolínea.**

- b) **Comprobantes de pago en razón de gastos de artículos de primera necesidad (elementos de higiene y ropa de primera necesidad).**
- c) **Itinerario original de vuelo.**
- d) **La compensación por demora en devolución de equipaje aplica por bulto o carga y no por persona y hasta por el monto establecido en el Cuadro Póliza – Factura de Prima, siempre y cuando la presente cobertura se encuentre incluida en el plan contratado.**

CLÁUSULA 12. COBERTURA RELACIONADA A DEPORTES AMATEUR

Si el plan contratado incluye la presente cobertura, se otorga amparo de los deportes ecuestres, deportes de nieve, deportes de equipo, deportes de fuerza, deportes de invierno, las artes marciales, campeonatos de tiro el deporte practicado en rangos regulados; deportes acuáticos, esquí, surf, kitesurf recreativo, buceo recreativo (hasta quince [15] metros), natación, patinaje, snowboard, cuando se practica como actividades de aficionados, hasta por el monto establecido en el Cuadro Póliza – Factura de Prima.

Queda excluida de cobertura cualquier lesión causada por prácticas profesionales y/o de torneos, competencias, etc.

CLÁUSULA 13. COBERTURAS DE ATENCIÓN AL ASEGURADO

13.1. LÍNEA DE CONSULTA VEINTICUATRO (24) HORAS Y CONCIERGE

El Asegurado contará con atención por la Central de Servicios de Asistencia para información relativa a obligaciones consulares, sanitarias, turísticas y otras del país de destino. Asimismo, contará con asistencia para orientación sobre reserva de hoteles, restaurantes, eventos deportivos o culturales, entre otros.

Asimismo, contará con servicio disponible veinticuatro (24) horas al día, los trescientos sesenta y cinco (365) días del año, para información sobre entradas a espectáculos, renta de vehículos, arreglos de viaje, reservaciones, obras de teatro y cualquier tipo de evento recreativo de su interés.

El presente beneficio es netamente informativo, el Asegurado asumirá los costos y gastos derivados de eventos a los cuales desee asistir.

13.2. TRASMISIÓN DE MENSAJES URGENTES

La Aseguradora se encargará de transmitir los mensajes urgentes y justificados del Asegurado, relativos a cualquiera de los eventos objeto de las prestaciones contempladas en el presente Endoso. Asimismo, brindará asesoramiento legal telefónico respecto a los trámites que fueran necesarios para presentar la denuncia del robo o hurto de documentos personales a las autoridades competentes y asesoramiento telefónico para la denuncia de robo o hurto de tarjetas de crédito, de débito y de teléfono celular ante las autoridades o empresas que

correspondan, pudiendo incluso realizar con el Asegurado en línea, una llamada en conferencia con las entidades comerciales y bancarias necesarias.

13.3. TRANSFERENCIA DE FONDOS y TRANSFERENCIA DE FONDOS PARA FIANZA LEGAL EN CASO DE ACCIDENTE DE TRÁNSITO

Si durante el viaje y la vigencia de la presente Póliza, el Asegurado tiene la necesidad imperiosa e imprevista y contra su previo depósito (o de sus familiares) ante las oficinas de La Aseguradora, esta gestionará el envío de fondos al Asegurado en el país en el que se encuentre, de las cantidades de dinero indicadas hasta el límite indicado en el Cuadro Póliza – Factura de Prima.

Y en caso de que el Asegurado fuese encarcelado por motivo de accidente de tránsito, La Aseguradora gestionará la transferencia para el pago de fianza que corresponda, encontrándose de viaje, hasta por el monto establecido en el Cuadro Póliza – Factura de Prima. Para activar este beneficio los familiares del Asegurado deberán depositar al Asegurador el monto que corresponda.

La Aseguradora asumirá el costo de la transferencia realizada.

El presente beneficio solo tendrá vigor en una oportunidad durante la vigencia de la póliza.

13.4. ASISTENCIA LEGAL POR ACCIDENTE DE TRÁNSITO

La Aseguradora asumirá los gastos de honorarios que ocasione la defensa legal, civil o penal del Asegurado, lo que corresponda, con motivo de su responsabilidad por un accidente de tránsito ocurrido mientras se encuentra de viaje, hasta por el monto establecido en el Cuadro Póliza – Factura de Prima.

13.5. ASISTENCIA PSICOLÓGICA

La Aseguradora, en caso de repatriación sanitaria, fallecimiento de un familiar, catástrofe natural o cualquier evento cubierto por esta póliza que pueda haber afectado emocionalmente al Asegurado, prestará apoyo psicológico telefónico las veinticuatro (24) horas del día, siempre que este beneficio esté incluido en el plan contratado.

El presente beneficio se presta como apoyo psicológico en momentos que pueden generar fuerte tensión emocional y no implica sustitución de atención psicológica o psiquiátrica especializada para el Asegurado, por lo que no se prestará para fines de diagnóstico o automedicación.

13.6. ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA

Siempre que el plan contratado incluya la presente cobertura, el Asegurado podrá recibir recomendaciones mediante una conferencia telefónica y/o videoconferencia (sujeto a disponibilidad) con un profesional de la salud que brindará orientación médica en caso de presentar síntomas de alteración del estado de salud del Asegurado.

13.7. SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

Siempre que el plan contratado incluya la presente cobertura, en caso de que el Asegurado se encuentre de viaje en el extranjero y sea diagnosticado con alguna enfermedad como de pronóstico fatal, incurable o que comprometa su calidad de vida o se le haya propuesto un tratamiento que conlleve un elevado riesgo vital, podrá solicitar a través de la Central de Servicios de Asistencia una segunda opinión médica en el extranjero para que un profesional de la salud del lugar donde se encuentre estudie la información procedente de su historia clínica y los exámenes practicados al Asegurado (los cuales no cuentan con cobertura por parte de la presente póliza, por tratarse de exámenes médicos con fines de diagnóstico) y emita el informe respectivo, que será enviado al Asegurado.

La Aseguradora correrá con los gastos de envío de la historia clínica y los exámenes médicos así como el costo cobrado por el profesional de la salud que estudie el caso.

La segunda opinión médica se realizará con los siguientes fines:

- Confirmación diagnóstica de enfermedad degenerativa progresiva sin tratamiento curativo del sistema nervioso central, de una enfermedad neoplásica maligna, excepto cánceres de piel que no sean melanoma.
- Confirmación de alternativas terapéuticas en todas las neoplasias malignas, incluyendo cánceres de piel, tanto al inicio, como a la recidiva o en el momento de aparición de metástasis.
- Propuesta terapéutica para enfermedad coronaria avanzada de angioplastia múltiple o simple frente a cirugía cardíaca coronaria convencional.
- Propuesta de cirugía coronaria convencional en situación de riesgo, con o sin circulación extracorpórea, frente a revascularización transmiocárdica con láser, neoangiogénesis o trasplante.
- En cardiopatía congénita con indicación de cierre o ampliación de defecto congénito por técnica de cardiología intervencionista frente a cirugía convencional.
- Confirmación diagnóstica de tumoración cerebral o raquimedular.
- Propuesta de tratamiento quirúrgico en escoliosis de grado mayor idiopática o no idiopática.
- Confirmación de diagnóstico de enfermedad rara. Se entenderá por enfermedad rara: aquella enfermedad con peligro de muerte o invalidez crónica, incluidas las de origen genético, que tiene una prevalencia baja, es decir, menor de cinco (5) casos por cada diez mil (10.000) habitantes.
- Confirmación de alternativas terapéuticas en todas las neoplasias malignas de piel, tanto al inicio como a la recidiva o en el momento de aparición de la metástasis.
- Confirmación diagnóstica de parálisis cerebrales infantiles.
- Confirmación de alternativas terapéuticas en epilepsia refractaria a tratamiento.
- Confirmación de intervención quirúrgica en los casos de accidentes cerebrovasculares y lesiones tromboembólicas arteriales como alternativa a otro tratamiento.

- Confirmación diagnóstica o de alternativas terapéuticas sobre patologías oftálmicas que provoquen disminución de la agudeza visual óptima igual o inferior a 0,1 bilateral (Escala de Schnellen) o disminución del campo visual bilateral hasta ser igual o inferior a 10°.
- Confirmación de alternativa terapéutica quirúrgica en el aneurisma de aorta.
- Confirmación de alternativas terapéuticas quirúrgicas en cardiopatía isquémica.
- Propuesta de tratamiento quirúrgico en patologías de la columna vertebral con afectación medular y, en su caso, afectación radicular que afecte gravemente la calidad de vida de los pacientes previamente intervenidos por alguno de los siguientes procedimientos:
 - Reapertura de sitio de laminectomía.
 - Otra exploración y descompresión del canal espinal.
 - Escisión o destrucción de lesión de médula espinal/meninges espina.
 - Escisión o destrucción de disco intervertebral no específica.
 - Artrodesis vertebral.
 - Refusión vertebral.
 - Fusión vertebral circunferencial, acceso con incisión única.
 - Inserción de dispositivo de fusión vertebral intersomático.
- Propuesta de tratamiento quirúrgico en patologías del aparato locomotor que comprometa gravemente la calidad de vida de los pacientes previamente intervenidos por alguno de los siguientes procedimientos:
 - Sustitución total de cadera.
 - Sustitución total de rodilla.
- Confirmación de alternativas terapéuticas en pacientes incluidos en protocolo de trasplantes.

El presente beneficio de Segunda Opinión Médica tendrá vigencia en una única oportunidad durante la vigencia de la póliza contratada, sin importar su duración y no otorga cobertura por los gastos médicos con fines de diagnóstico.

CLÁUSULA 14. EXCLUSIONES GENERALES

La Aseguradora no cubre los gastos relacionados con:

14.1. Guerra, invasión, acto de enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas (haya habido declaración de guerra o no), insubordinación militar, levantamiento militar, insurrección, rebelión, revolución, guerra intestina, guerra civil, poder militar, usurpación de poder, proclama de estado de excepción, acto de terrorismo o cualquier acto de cualquier persona que actúe en nombre de o en relación con cualquier organización que

realice actividades dirigidas a la destitución por la fuerza del gobierno o influenciarlo mediante el terrorismo o la violencia.

14.2. Participación del Asegurado en motines, manifestaciones o tumultos que tengan o no carácter de guerra civil, tanto si la intervención se hace a título personal como si se hace como miembro de una organización civil o militar.

14.3. Participación del Asegurado en actos delictivos, riñas o peleas (salvo que se trate de un caso de legítima defensa comprobada con reporte policial), huelga, actos de vandalismo o tumulto popular en el que el Asegurado hubiera participado como elemento activo. El intento de o la comisión de un acto ilegal y, en general, cualquier acto doloso o criminal del Asegurado, incluido el suministro de información falsa o diferente a la realidad. Los hechos causados por acciones negligentes, imprudencia o la falta de medidas de prevención por parte del Asegurado.

14.4. Los Eventos y las consecuencias de desencadenamiento de fuerzas naturales, tsunamis, temblores, terremotos, tormentas, tempestades, huracanes, ciclones, inundaciones, eventos de radiación nuclear y de radioactividad, así como cualquier otro fenómeno natural o no, con carácter extraordinario o evento que, debido a sus proporciones o gravedad, sea considerado como desastre nacional regional o local o catástrofe, sismos, huracanes, inundaciones y cualquier otro fenómeno de naturaleza atmosférica, meteorológico, sísmico o geológico de carácter extraordinario, energía nuclear o contaminación radioactiva.

14.5. El Asegurado cuando esté como pasajero o tripulante de algún medio de navegación aérea no autorizado para el transporte público de pasajeros, así como helicópteros.

14.6. Accidente a consecuencia de un riesgo inherente al trabajo del Asegurado, considerado legalmente como accidente laboral o de trabajo.

14.7. El suicidio o intento de suicidio, las lesiones infringidas a sí mismo por parte del Asegurado y/o su familia, así como cualquier acto de manifiesta irresponsabilidad o imprudencia grave por parte del Asegurado de la asistencia en viajes.

CLÁUSULA 15. LIMITE DE COBERTURA DE ASISTENCIA MÉDICA

Los servicios de asistencia médica a ser brindados por La Aseguradora se limitan expresa y únicamente a tratamientos de urgencia de cuadros agudos o accidentes y están únicamente orientados a la asistencia primaria en viaje de eventos súbitos e imprevisibles donde se haya diagnosticado una enfermedad o condición médica clara, comprobable y aguda que impida la normal continuación de un viaje, siempre y cuando dicha enfermedad o condición médica no se encuentre en la lista de las exclusiones. Estos planes están diseñados para garantizar la recuperación primaria y normal e inicial

del Asegurado y las condiciones físicas que permitan una normal continuación de su viaje.

CLÁUSULA 16. EXCLUSIONES PARTICULARES

Quedan expresamente excluidos de cobertura de la presente Póliza, lo siguiente:

- a) Las enfermedades crónicas o preexistentes, definidas, o recurrentes, padecidas con anterioridad al inicio de la vigencia del plan y/o del viaje, sean estas del conocimiento o no por el Asegurado, así como sus agudizaciones, secuelas y consecuencias directas o indirectas (incluso cuando las mismas aparezcan por primera vez durante el viaje).
- b) Enfermedades, lesiones, afecciones o complicaciones médicas resultantes de tratamientos efectuados o llevados a cabo por personas o profesionales no autorizados por La Aseguradora, exceptuándose lo determinado en el punto precedente.
- c) Los tratamientos homeopáticos, tratamientos de acupuntura, la quinesioterapia, las curas termales, la podología, manicura, pedicura.
- d) Las afecciones, las enfermedades o lesiones derivadas de empresa, intento o acción criminal o penal del Asegurado, directa o indirectamente como peleas, riñas, flagelaciones o similares.
- e) Tratamiento de enfermedades o estados patológicos producidos por la ingesta o la administración intencional de tóxicos (drogas), narcóticos, alcohol, o por la utilización de medicamentos sin la respectiva orden médica.
- f) Gastos incurridos en cualquier tipo de órtesis, prótesis, incluidas las dentales, lentes, audífonos, sillas de rueda, muletas, anteojos o similares.
- g) Excepto lo indicado en la CLÁUSULA 12. COBERTURA RELACIONADA A DEPORTES AMATEUR y siempre que el plan contratado incluya el amparo de dicha cláusula, están excluidos de cobertura:
 - a. Los eventos ocurridos como consecuencia de simples entrenamientos, prácticas sencillas o participación activa o no activa en competencias deportivas (profesionales o amateurs).
 - b. Además quedan expresamente excluidas las ocurrencias consecuentes a la práctica de deportes peligrosos o de riesgos extremos incluyendo pero no limitando a: Motociclismo, Automovilismo, Boxeo, Polo, Ski acuático, Buceo, Ala Deltismo, Kartismo, Cuatrimotos, Alpinismo, Ski , Football, Boxeo, Canotaje, Parapente , Kayak, Bádminton, Básquet ball, Voleibol, Handball, karate do, Kung fú, Judo, Tiro al arco, Tiro fusil, Tejo, Rappel, Buceo, Torrentismo, Montañismo, Escalada, Puenting, Atletismo, Ciclismo, Luge Espeleología, Skeleton, la Caza de animales, Bobsleigh, etc., y otros deportes

practicados fuera de pistas reglamentarias y autorizadas por las respectivas federaciones de deportes.

- h) Los partos, estados de embarazo, controles ginecológicos, exámenes relacionados con los mismos. Los abortos, o las pérdidas cualquiera sea su etiología u origen. Asimismo, todas las complicaciones resultantes durante y después del embarazo.
- i) Todo tipo de enfermedades mentales y atención psiquiátrica.
- j) Afecciones, enfermedades o lesiones derivadas del consumo de bebidas alcohólicas de cualquier tipo.
- k) El Síndrome de inmune deficiencia adquirida (SIDA) y virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en todas sus formas, secuelas y consecuencias. Las enfermedades y/o infecciones de transmisión sexual y/o en general todo tipo de prestación, examen y/o tratamiento que no haya recibido la autorización previa de la Central de Servicios de Asistencia.
- l) Los actos mal intencionados y/o de mala fe de parte del Asegurado o de sus apoderados.
- m) Los exámenes médicos de rutina, los exámenes de laboratorio para chequeos médicos, los exámenes de diagnóstico y o de controles, exámenes de laboratorio o radiológicos o de otros medios, cuya finalidad es la de establecer si la enfermedad es una preexistencia, tales como los exámenes de radiología, el doppler, las resonancias magnéticas, tomografías, ultrasonidos, imágenes, scanner de toda índole, en fin, cualquier tipo de exámenes médicos practicados para establecer si la dolencia corresponde a una enfermedad preexistente o no.
En ningún caso tendrán cobertura exámenes que no hayan sido autorizados por la Central de Servicios de Asistencia.
- n) Gastos correspondientes a transportes públicos o privados o desplazamientos pagados por el Asegurado desde su hotel o lugar donde esté hasta el centro hospitalario, o centro médico, o consultorio del médico. A menos que dichos gastos hayan sido expresamente autorizados en forma escrita o verbal por La Aseguradora.
- o) Las enfermedades derivadas o debidas o consecuentes de las deformaciones congénitas conocidas o no por el Asegurado.
- p) Enfermedades endémicas, pandémicas o epidémicas. Las asistencias por estas enfermedades en países con o sin emergencia sanitaria en caso de que el Asegurado no haya seguido las sugerencias y/o indicaciones sobre restricciones de viaje y/o tratamiento profiláctico y/o vacunación emanadas de autoridades sanitarias, con excepción de lo señalado en la CLÁUSULA 8.5. **ASISTENCIA MÉDICA POR DX DE COVID-19.**
- q) Cualquier gasto o asistencia médica que no haya sido previamente consultado y autorizado por La Aseguradora.
- r) Tratamientos (pastillas o inyecciones) anticonceptivas, dispositivos intrauterinos o cualquier otro método de planificación familiar, así hayan sido diagnosticados por el

- Médico Tratante de la Central de la Central de Servicios de Asistencia; así como las enfermedades o indisposiciones resultantes de trastornos del periodo menstrual en las mujeres, como adelantos o retrasos, así como sangrados, flujos y otros similares.
- s) Enfermedades Hepáticas, como Cirrosis, Abscesos y otros similares.
 - t) Exámenes y/u hospitalizaciones para pruebas de esfuerzo y todo tipo de chequeos preventivos.
 - u) Cualquier tipo de hernias y sus consecuencias.
 - v) Secuestro.
 - w) Riesgos profesionales: si el motivo del viaje del Asegurado fuese la ejecución de trabajos o tareas que involucren un riesgo profesional, así como las lesiones originadas por su desempeño profesional: lesiones clasificadas como lesiones por esfuerzos repetitivos; enfermedades osteomusculares relacionadas al trabajo; lesión por trauma continuado o continuo; exposición a sustancias peligrosas; manejo de maquinarias pesadas o que funcionen con gases, presión de aire o fluidos hidroneumáticos; labores que requieran habilidades físicas especiales. Esta exclusión se aplica tanto a las personas que laboren bajo relación de dependencia como a aquellas que no están ligadas laboralmente con ninguna empresa y actúan por su cuenta como trabajadores independientes. También se aplica a quienes se encuentren en situación migratoria o laboral ilegal.
 - x) Lesiones de conductor o pasajero por el uso de cualquier tipo de vehículos, incluidos bicicletas, motocicletas y velomotores sin licencia de conducir, o sin casco, o sin seguros contratados. Esta exclusión está condicionada directamente con la ley de tránsito donde ocurra la lesión.
 - y) Lesiones o accidentes derivados de accidentes aéreos en aviones no destinados ni autorizados como transporte público, incluyendo los vuelos fletados particulares. De ser necesario, se corroborará si el transporte aéreo realizado está bajo un contrato legal con la correspondiente autoridad aeronáutica civil y si están en orden los correspondientes permisos.
 - z) Están excluidos los accidentes y enfermedades presentadas en países en guerra civil o extranjera. Ejemplo: Afganistán, Irak, Sudan, Somalia, Corea del Norte, etc. En caso de que el Asegurado se encuentre en un país y comience una guerra, deberá abandonar inmediatamente el lugar. Los servicios de esta póliza en tal situación se regirá por los protocolos internos que indique el país en guerra o bajo una situación extrema.
 - aa) No se brindará asistencia de ningún tipo al Asegurado en situación migratoria o laboral ilegal (incluyendo trabajo no declarado en el país desde donde se requiere la asistencia, o a estudiantes sorprendidos trabajando en país extranjero sin la respectiva autorización de las autoridades locales).
 - bb) Fisioterapias referidas para el tratamiento de dolencias relacionadas a accidentes laborales, tareas repetitivas o enfermedades crónicas y/o degenerativas de los huesos

o músculos. Las fisioterapias se cubrirán únicamente en caso tal que la dolencia haya sido ocasionada por un accidente no laboral bajo autorización previa del Departamento Médico de la Central de Servicios de Asistencia en caso tal que se determine que con las mismas el pasajero podrá mejorar su condición actual y bajo ningún motivo podrá exceder las diez (10) sesiones.

- cc) Si se comprueba que el motivo del viaje fuera el tratamiento en el extranjero de una enfermedad de base y que el tratamiento comenzado tuviera alguna vinculación directa o indirecta con la dolencia previa motivo del viaje, La Aseguradora quedará relevada de prestar sus servicios. Para ello La Aseguradora se reserva el derecho de investigar la conexión del hecho actual con la dolencia previa.
- dd) La Aseguradora no prestará los servicios previstos en esta póliza ni efectuará reembolso de gastos de ningún tipo si el Asegurado solicita o haya solicitado prestaciones por la misma contingencia y/o afección a cualquier otra empresa antes, durante o después de haberlas solicitado al Asegurador.

CLÁUSULA 17. EXAMEN MÉDICO

La Aseguradora, a su propio costo, tendrá el derecho de hacer examinar por un médico a cualquiera de los Asegurados durante la vigencia de esta Póliza cuando haya habido una reclamación.

CLÁUSULA 18. EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

La Aseguradora no estará obligada a responder ante una reclamación en los siguientes casos:

- a) Si El Tomador o El Asegurado o cualquier persona que obre por cuenta de éstos, presenta una reclamación fraudulenta o engañosa, o si en cualquier tiempo emplea medios o documentos engañosos o dolosos para sustentar una reclamación o para derivar otros beneficios, así como también en caso de omisión, ocultamiento de información o reticencia en las declaraciones suministradas por El Asegurado o por terceras personas que obren por cuenta de éste en la presentación de siniestros con el propósito de ocultar o disimular la reclamación de un procedimiento no amparado por la presente Póliza.
- b) Si El Asegurado no puede probar la ocurrencia del siniestro.
- c) Si el siniestro ha sido ocasionado por dolo del Tomador, El Asegurado o el Beneficiario.
- d) Si El Tomador o El Asegurado causare o provocare el siniestro por culpa grave, excepto cuando el siniestro sea ocasionado en cumplimiento de deberes legales de socorro o en tutela de intereses comunes con La Aseguradora en lo que respecta a la Póliza de Seguro.

- e) Si el Tomador, el Asegurado o el Beneficiario no empleare los medios a su alcance para aminorar las consecuencias del siniestro, siempre que este incumplimiento se produjera con la manifiesta intención de perjudicar o engañar a La Aseguradora.
- f) Si el Asegurado o el Beneficiario incumpliere lo establecido en la Cláusula 42. Subrogación de derechos de estas Condiciones Generales, a menos que se compruebe que el incumplimiento es debido a una causa extraña no imputable a él.
- g) Si el siniestro se inicia antes de la vigencia de la Póliza y continúa después de que los riesgos hayan comenzado a correr por cuenta de La Aseguradora.
- h) Si El Asegurado incumpliere lo establecido en la CLÁUSULA 37. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO de las Condiciones de esta Póliza.
- i) Otras exoneraciones de responsabilidad que se establezcan en las Condiciones y endosos, si los hubiere, de la Póliza.

CLÁUSULA 19. PAGO DE LA PRIMA

El pago de la prima dependerá de la modalidad de comercialización contratado, de acuerdo a lo dispuesto en la **CLÁUSULA 21. MODALIDAD DE COMERCIALIZACION**, de las presentes Condiciones Generales: i. En caso se contratar la modalidad denominada Por Días: el pago será único y deberá realizarse al momento de la emisión de la póliza de seguros solicitada, siempre antes de que el Asegurado salga de viaje. Y, ii. En caso de contratar la modalidad denominada Anual Multiviajes: el pago podrá ser realizado mediante un pago único o mediante pagos fraccionados y en este caso, para que el asegurado cuente con cobertura encontrándose de viaje, deberá mantener al día el pago de la fracción que corresponda.

El pago de la prima conserva en vigor el contrato sólo por el tiempo al que corresponda dicho pago.

En caso de que la prima única o la fracción de prima, según sea el caso, no sea pagada al momento de la emisión de la póliza o se haga imposible su cobro por causa imputable al Tomador, La Aseguradora tendrá derecho a exigir el pago debido o resolver el contrato.

Las primas pagadas en exceso no darán lugar a responsabilidad alguna por parte de La Aseguradora por dicho exceso, sino única y exclusivamente al reintegro sin intereses de dicho excedente, aun cuando aquellas hubieren sido aceptadas formalmente por La Aseguradora.

La Aseguradora no está obligado a cobrar las primas a domicilio ni a dar aviso de sus vencimientos y si lo hiciere, no sentará precedente de obligación y podrá suspender esta gestión en cualquier momento sin previo aviso. No obstante, si en la Póliza no se determina ningún lugar para el pago de la prima, se entenderá que éste ha de hacerse en el domicilio de La Aseguradora.

CLÁUSULA 20. RENOVACIÓN AUTOMÁTICA

En el presente contrato de seguros no operará la renovación automática para la Modalidad de Comercialización Por Días, indicada en la **CLÁUSULA 21. MODALIDAD DE COMERCIALIZACION** numeral 1 de las presentes Condiciones Generales, toda vez que la vigencia del mismo será igual a la duración del viaje.

Queda entendido, de esta manera que la renovación automática anual solo operará para la Modalidad de Comercialización Anual Multiviajes, indicada en la **CLÁUSULA 21. MODALIDAD DE COMERCIALIZACION** numeral 2 de las presentes Condiciones Generales.

La adquisición por parte de un Asegurado de uno o más Planes de Asistencia no produce la acumulación de los beneficios ni del tiempo en ellas contempladas, en estos casos solo podrán aplicarse los límites de vigencia establecidos en la póliza que haya sido emitida de primero, en el entendido que cada Plan de Asistencia en Viajes contratado representa una Póliza de Seguro independiente de otra.

En caso de renovación, las condiciones para su aplicación serán las indicadas en las Condiciones Generales de la presente póliza, en los términos allí descritos.

CLÁUSULA 21. MODALIDAD DE COMERCIALIZACION

La presente póliza de seguros podrá ser adquirida por los asegurados, bajo una de las siguientes modalidades:

1. **POR DÍAS:** su vigencia se establecerá de acuerdo a la duración del viaje pautado y según el Plan y número de días contratados por el Tomador, con un máximo de trescientos sesenta y cinco (365) días consecutivos de cobertura. Concluida la vigencia, se suspenderán al Asegurado todos los servicios de asistencia contratados aun cuando continúe en el viaje. Sin embargo el asegurado podrá solicitar una extensión de la cobertura, de acuerdo con lo establecido en la **CLÁUSULA 30. CONDICIONES DE EXTENSIÓN DE COBERTURA** de las Condiciones Generales de esta Póliza.

Bajo esta modalidad de comercialización la Póliza de Seguro de Asistencia en Viajes opera por días corridos, por lo tanto, una vez iniciada la vigencia de un Plan de Asistencia en Viajes, no es posible interrumpir la misma, los periodos de días no utilizados no son reembolsables. Una vez interrumpida la vigencia de un plan, la misma caduca y no puede reactivarse posteriormente.

2. **ANUAL MULTIVIAJES:** tiene una vigencia de trescientos sesenta y cinco (365) días continuos en total; sin embargo, el Asegurado tendrá cobertura en cada viaje como máximo por el número de días que haya contratado (treinta (30), cuarenta y cinco (45), sesenta (60) o noventa (90)), contados desde el inicio del viaje.

Si dentro de una vigencia el asegurado está de viaje fuera del país de residencia un número de días mayor que el número de días contratado, dejará de tener cobertura cuando supere el número de días contratado.

La modalidad seleccionada quedará reflejada en el Cuadro Póliza - Factura de Prima.

CLÁUSULA 22. PLAZO DE GRACIA

Para el pago de la prima de la Póliza, se considerará un plazo de gracia de quince (15) días antes del inicio del viaje, solo para renovaciones de la Modalidad de Comercialización Anual Multiviajes.

Si se vence el período de gracia sin que haya sido pagada la prima en el tiempo convenido, se entenderá como la voluntad del Tomador de resolver la póliza, quedando esta sin validez y efecto alguno a partir de la fecha de inicio de su vigencia.

Si durante el plazo de gracia el Asegurado viaja y ocurre un siniestro amparado bajo las condiciones de esta póliza y sin que la prima se encuentre debidamente pagada, La Aseguradora no se encontrará obligado a indemnizar el siniestro ocurrido.

CLÁUSULA 23. PERÍODO DE SUSPENSIÓN

Cuando el contratante haya efectuado el pago de la primera fracción de la prima y se atrasase por más del período de gracia estipulado en el pago de algunas de las fracciones de prima subsiguientes, conforme al calendario de pago establecido en la póliza correspondiente, se entenderá que ha incurrido en incumplimiento de pago. Lo que tiene el efecto jurídico inmediato de suspender la cobertura de la póliza hasta por sesenta (60) días. La suspensión de cobertura se mantendrá hasta que cese el incumplimiento de pago; pudiendo rehabilitarse a partir del pago de la prima dejada de pagar durante dicho período o hasta que la póliza sea cancelada. La aseguradora no podrá cancelar la póliza hasta el vencimiento del período de sesenta (60) días.

CLÁUSULA 24. AVISO DE CANCELACIÓN

Todo aviso de cancelación de la póliza deberá ser notificado mediante envío al contratante a la última dirección física, postal o electrónica que conste en el expediente de la póliza que mantiene la aseguradora. Copia del aviso de cancelación deberá ser enviada al corredor de seguros. Cualquier cambio de dirección del contratante deberá notificarlo a la aseguradora, de lo contrario se tendrá por válido el último que conste en el expediente de esta. El aviso de cancelación de la póliza por incumplimiento de pago de la prima deberá enviarse al contratante

por escrito, con una anticipación de quince (15) días hábiles. Si el aviso no es enviado, la póliza seguirá vigente.

CLÁUSULA 25. DECLARACIONES EN LA SOLICITUD DE SEGURO

La Aseguradora deberá participar al Tomador, de forma inmediata a haber tenido conocimiento de un hecho no declarado en la Solicitud de Seguro que pueda influir en la valoración del riesgo y podrá ajustar o resolver el contrato mediante comunicación dirigida al Tomador, en el plazo de veinticuatro (24) horas contadas a partir del conocimiento de los hechos que se reservó o declaró con inexactitud el Tomador o el Asegurado Titular. En caso de resolución, la misma se producirá a partir del día siguiente a su notificación, siempre que la parte proporcional de la prima, deducida la comisión pagada al intermediario de seguros, correspondiente al período que falte por transcurrir, se encuentre a disposición del Tomador en la caja de La Aseguradora. Corresponderán al Asegurador las primas relativas al período transcurrido hasta el momento en que se haga esta notificación. La Aseguradora no podrá resolver el contrato cuando el hecho que ha sido objeto de reserva o inexactitud ha desaparecido antes del siniestro.

Si el siniestro sobreviene antes de que La Aseguradora haga la participación a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de éste se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese establecido de haber conocido la verdadera entidad del riesgo. Igualmente, si ocurre un siniestro antes del vencimiento de los plazos antes mencionados, según sea el caso, el pago de la prestación también se reducirá en los términos mencionados en este párrafo. Si el Tomador o el Asegurado Titular actúa con dolo o culpa grave, La Aseguradora quedará liberado del pago de la indemnización y de la devolución de la prima.

Cuando la reserva o inexactitud se contrajese solo a una o varias de las personas cubiertas por la Póliza, esta subsistirá con todos sus efectos respecto a las restantes, si ello fuera técnicamente posible.

CLÁUSULA 26. DECLARACIONES FALSAS O INEXACTAS

Esta Póliza será nula y El Asegurado carecerá de todo derecho de indemnización bajo la misma si hubiese cualquier declaración falsa o inexacta hecha a La Aseguradora, en cualquier tiempo, relativa a la salud de los asegurados inscritos, o si hubiese omisión, reticencia o simulación de circunstancias que, aun cuando hayan sido hechas de buena fe, de haber sido conocidas por La Aseguradora, pudieran haberle retraído de celebrar este Contrato de Seguro o resolverlo, o haberle llevado a modificar sus condiciones, o a formarse un concepto diferente de la gravedad del riesgo.

CLÁUSULA 27. DECLARACIÓN ERRÓNEA DE LA EDAD

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, sin que se demuestre que haya dolo o mala fe, La Aseguradora no resolverá el contrato a menos que la edad real al tiempo de su celebración esté fuera de los límites de admisión fijados por La Aseguradora, pero en este caso se devolverá al Asegurado la prima no consumida calculada a la fecha de extinción.

Si la edad del Asegurado estuviese comprendida dentro de dichos límites y se pagare una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de La Aseguradora se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato. Si La Aseguradora hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, La Aseguradora reembolsará el exceso de las primas percibidas, sin intereses. Si con posterioridad a la muerte del Asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, La Aseguradora estará obligada a pagar al beneficiario la suma que por las primas canceladas corresponda de acuerdo con la edad real.

Para todos los cálculos de esta Cláusula se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato.

CLÁUSULA 28. SOLICITUD DE SERVICIO DE ASISTENCIA

Cuando se produzca algún hecho objeto de las prestaciones garantizadas por esa Póliza, el Asegurado deberá solicitar por teléfono la asistencia correspondiente a la Central de Asistencia, dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes de haber sucedido la emergencia, indicando los datos de identidad siguientes: Nombre del Asegurado, cédula de identidad, lugar donde se encuentra, tipo de servicio que precisa, causa que motivó la asistencia, lugar donde ocurrió y cualquier información adicional que se considere necesaria, creándose un expediente con esta información.

En el caso de que el Asegurado no pueda solicitar la asistencia personalmente, deberá hacerlo cualquier acompañante, amigo o familiar pero siempre la llamada o aviso deberá hacerse a más tardar dentro de las veinticuatro (24) horas de haber sucedido la emergencia.

Para los casos en los que el Asegurado se encuentre en altamar e impedido de comunicarse con la Central de Asistencias deberá informar el hecho durante las siguientes veinticuatro (24) horas a haber desembarcado en el primer puerto al que arribe.

La falta de aviso en los plazos indicados en los párrafos precedentes de esta cláusula acarrea la pérdida de cualquier derecho de reclamo de parte del Asegurado.

La Central de Servicios de Asistencias le pedirá al Asegurado al momento de atenderlo la copia de su pasaporte por fax o e-mail, demostrando la fecha de salida de su país de residencia habitual o la fecha de entrada al país desde donde solicita asistencia.

País	Teléfono	País	Teléfono
Alemania	0800-185-9976	Reino Unido	0808-234-1766
Argentina	0800-666-2984	Costa Rica	0800-013-1372
Brasil	0800-891-4530	Colombia	571-593-8795
España	911-815-905	República Dominicana	1888-751-8475
Francia	0800-905-030	Estados Unidos	1-877-889-0149
Italia	800-839-070	Estados Unidos / Cobro revertido	+1-954-472-1895
Chile	562-29382411	E-mail	assistance@wt-assist.com
México	1866-261-1935	Skype	asistencia.internacional
WhatsApp	+ 57 316 763 6033		

En caso tal de existir cobro por llamar a la Central de Servicios de Asistencia, La Aseguradora le reembolsará al Asegurado el costo de la llamada; para ello el Asegurado deberá guardar el comprobante o factura por el pago de dicha llamada, donde esté reflejado el cobro a alguno de los números indicados anteriormente.

Ni La Aseguradora ni su red de prestadores de servicios serán responsables, exigibles o ejecutables por casos fortuitos que originen retrasos o incumplimientos inimputables debidos a casos fortuitos o de fuerza mayor: catástrofes, sismos, inundaciones, tempestades, guerra civil o internacional (declarada o no), rebeliones, conmoción

interior, insurrección civil, actos de guerrilla o antiguerrilla, hostilidades, represalias, conflictos, embargos, apremios, huelgas, movimientos populares, lockout, actos de sabotaje o terrorismo, disturbios laborales, actos de autoridades gubernamentales, etc., (considerando que esta enumeración no es taxativa), así como problemas y/o demoras que resulten en la terminación, interrupción o suspensión de los servicios de comunicación. Cuando elementos de esta índole interviniesen, La Aseguradora se compromete a ejecutar sus obligaciones dentro del menor plazo que sea posible y siempre y cuando una vez que sea factible dicha prestación de servicios se mantenga la contingencia que requiera dicha prestación.

En aquellos países donde los beneficios de esta póliza estén en contra de las disposiciones legales vigentes, dichos beneficios serán considerados nulos, mientras que el resto permanecerá válido y vinculante para las partes Tomadores.

CLÁUSULA 29. REEMBOLSO DE GASTOS

Únicamente serán aceptadas para su evaluación las solicitudes de reembolso correspondientes a prestaciones que La Aseguradora no hubiera podido cumplir o que el Asegurado se hubiera encontrado legítimamente impedido de requerir debido a una causa fortuita o de fuerza mayor. Tal solicitud deberá ser presentada dentro de los treinta (30) días continuos a la fecha en la cual el Asegurado hubiera regresado de viaje.

En caso de gastos ocurridos fuera del país de residencia habitual, toda la documentación a presentar debe ser autenticada en idioma español en el Consulado de la República de Panamá en el país donde se haya efectuado el gasto.

El Asegurado deberá suministrar la documentación original según lo siguiente:

- a. En caso de atención médica u odontológica: Informe y la certificación del médico u odontólogo tratante, la información de la institución médica, los exámenes médicos, facturas y recibos originales u otra documentación relacionada con los servicios recibidos.
- b. En caso de pérdida o extravío de equipaje: Facturas y recibos originales, denuncia de la pérdida.

A los efectos de hacer efectivos el reembolso solicitado, La Aseguradora tomará como base los costos que hubiere debido asumir si el Asegurado hubiera solicitado los servicios en el momento de ocurridos los hechos que originaron la solicitud del reembolso.

Quedan a criterio justificado de La Aseguradora el pago o no de los reembolsos solicitados, lo cual notificará por escrito al Asegurado en un plazo no mayor de treinta (30) días continuos y siguientes a la solicitud, salvo por causa extraña no imputable al Asegurador, indicando las causas de hecho y de derecho que a su juicio justifican el rechazo total o parcial de la indemnización o en caso contrario, el pago del reembolso solicitado. El plazo estipulado en esta

Cláusula se comenzará a contar a partir de la fecha en que se haya recibido por parte del Asegurado el último de los recaudos solicitados.

Los reembolsos podrán efectuarse en moneda local, según la legislación vigente.

El reembolso podrá ser efectuado por La Aseguradora o también por la empresa prestadora del servicio de Asistencia en Viaje, quien podrá hacerlo mediante transferencia bancaria, giro postal o cheque, asumiendo los gastos generados por la agencia de giro postal, el envío del cheque, así como los cobros directos de su entidad bancaria. Los cargos realizados por el banco de quien reciba el reembolso serán cubiertos por él.

CLÁUSULA 30. CONDICIONES DE EXTENSIÓN DE COBERTURA

Si antes del vencimiento de la vigencia de la Póliza contratada bajo la modalidad de comercialización denominada "Por días" el Asegurado requiriera una nueva vigencia del mismo, esta se realizará bajo las siguientes condiciones:

- a. Se podrá solicitar la extensión en caso de prolongación del viaje de forma imprevista y con la misma cobertura contratada originalmente. La Aseguradora no estará obligado a otorgarla.
- b. La extensión deberá ser solicitada antes del vencimiento de la póliza.
- c. Agregando la extensión a la duración inicial del viaje no se puede superar la duración máxima correspondiente al plan contratado.
- d. El pago de la prima correspondiente deberá ser realizado en el momento de la emisión de la extensión.
- e. Las extensiones no procederán cuando se haya activado la cobertura durante la vigencia de la póliza contratada originalmente.
- f. La extensión no aplicará, bajo ningún concepto, para iniciar o continuar tratamientos médicos o asistencia que hubiesen surgido durante la vigencia de la póliza contratada inicialmente, independientemente de que los mismos hayan sido cubiertos por la presente Póliza.
- g. Toda asistencia médica tratada durante la vigencia original, se considerará como preexistencia en la extensión y por lo tanto, La Aseguradora no asumirá dicho riesgo.

CLÁUSULA 31. PERIODO DE CARENCIA PARA EXTENSIONES

Es el tiempo establecido desde el momento de emisión de la extensión, señalada en la cláusula anterior, para acceder a la cobertura que corresponda. Se aplicará un período de tres (3) días

continuos para cualquier gasto contemplado dentro de las coberturas otorgadas, contados a partir de la fecha de emisión de la extensión.

CLÁUSULA 32. ALCANCE DE COBERTURA EN CASO DE VENCIMIENTO

En caso de que ocurra un accidente o emergencia médica, en la que el Asegurado requiera hospitalización y, antes de que sea dada el alta médico ocurre el vencimiento de la Póliza contratada, se cubrirán únicamente los gastos por hospitalización dentro de la cobertura de gastos médicos por enfermedad y/o accidente según corresponda, de la siguiente manera, hasta que ocurra lo primero de:

1. Que se haya agotado la suma asegurada, o
2. **Que el médico firme el alta del Asegurado.**

Toda asistencia o tratamiento cesará y no será responsabilidad de La Aseguradora, una vez que el Asegurado regrese a su país de residencia habitual u ocurra el vencimiento de la póliza contratada, salvo las excepciones anteriormente mencionadas.

CLÁUSULA 33. ÁMBITO DE LA COBERTURA

La cobertura de esta Póliza se extiende a cualquier parte del mundo, siempre dentro de los límites del Plan contratado. Se excluye en todo caso el país de residencia habitual del Asegurado o país donde se emitió la póliza de seguros, así como los límites establecidos en la Cláusula 5, literal A, y los países en guerra civil o contra una potencia extranjera.

CLÁUSULA 34. TERMINACION DEL SEGURO PARA CADA ASEGURADO

Toda asistencia o tratamiento cesará y no será responsabilidad de La Aseguradora, una vez que ocurra alguna de las siguientes situaciones:

- a) **En caso de que la póliza haya sido contratada bajo la modalidad “Por Días”:** Cuando el Asegurado regrese a su país de residencia habitual para una póliza contratada bajo la modalidad “Por Días” o cuando expire la vigencia de la presente Póliza lo primero que ocurra.
- b) **En caso de que la póliza haya sido contratada bajo la modalidad “Anual Multiviajes”:** Cuando se agote el número de días contratado.
- c) **Cuando se agote la suma asegurada de la cobertura afectada.**

CLÁUSULA 35. NULIDAD DE LA PÓLIZA

El presente contrato es nulo si en el momento de su celebración el riesgo no existía o ya hubiere ocurrido el siniestro y quedará resuelto si el riesgo dejare de existir después de su celebración. La Aseguradora tendrá derecho al pago de la totalidad de la prima convenida mientras la cesación del riesgo no le hubiese sido comunicada.

CLÁUSULA 36. PLAZO PARA LA RECLAMACIÓN

Cualquier reclamación, observación o queja con relación a los servicios prestados, deberá ser realizada por escrito y dentro de un plazo no mayor de cinco (5) días hábiles de haber tenido conocimiento de la ocurrencia de la causa que origina la reclamación o después de haberse recibido el servicio. Si no se hiciera la reclamación del siniestro ante La Aseguradora en el lapso indicado, el Asegurado perderá su derecho a la indemnización prevista en este Anexo, a menos que se demuestre que tal incumplimiento se deba a un hecho ajeno a la voluntad del Asegurado.

Para los casos en que el Asegurado se encuentre en altamar, y por ende impedido de comunicarse con la Central de Asistencias, deberá informar el hecho médico hasta veinticuatro (24) horas después de desembarcado en el primer puerto al que arribe. El incumplimiento de esta norma acarreará la pérdida automática de cualquier derecho de reclamo de parte del Asegurado.

CLÁUSULA 37. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

En todos los casos, para la obtención de los servicios, El Asegurado deberá:

1. Solicitar y obtener la autorización de la Central de Servicios de Asistencia antes de tomar cualquier iniciativa o comprometer cualquier gasto en relación a los beneficios otorgados por la presente Póliza. En los casos donde no se haya solicitado la autorización a la Central ni se haya obtenido la autorización, no procederán reembolsos algunos, ni habrá derecho a reclamos.
2. Queda claramente entendido que la notificación a la Central resulta imprescindible, aun cuando el problema suscitado se encuentre totalmente resuelto.
3. El Asegurado acepta que La Aseguradora se reserva el derecho de grabar y auditar las conversaciones telefónicas que estime necesarias para el buen desarrollo de la prestación de sus servicios. El Asegurado acepta expresamente la modalidad indicada y manifiesta su conformidad por la eventual utilización de los registros como medio de prueba en caso de existencia de controversias respecto de la asistencia prestada.
4. Si el Asegurado o una tercera persona no pudiera comunicarse por una circunstancia o razón involuntaria con la Central de Servicios de Asistencia antes de ser asistido, el Asegurado o una tercera persona, con la obligación ineludible, deberá informar a más tardar dentro de las veinticuatro (24) horas de producido el evento. **No notificar dentro de las veinticuatro (24)**

horas acarrea la pérdida automática de los derechos del Asegurado a reclamar o solicitar indemnización alguna.

5. Aceptar y acatar las soluciones indicadas y recomendadas por la Central de Servicios de Asistencia y llegado el caso, consentir con la repatriación a su país de residencia habitual cuando, según opinión médica, su estado sanitario lo permita y lo requiera.

6. Proveer la documentación que permita confirmar la procedencia del caso, así como todos los comprobantes originales de gastos a ser evaluados para su eventual reembolso y toda la información médica (incluyendo la anterior al inicio del viaje), que permita a la central la evaluación del caso.

7. En todos aquellos casos en que La Aseguradora lo requiera, el Asegurado deberá otorgar las autorizaciones para revelar su historia clínica completando el Record Release Form que el centro médico solicitará firmar y devolverá por fax a la Central de Servicios de Asistencia. Asimismo, el Asegurado autoriza en forma absoluta e irrevocable al Asegurador a requerir en su nombre cualquier información médica a los profesionales tanto del exterior como del país de su residencia habitual, con el objetivo de poder evaluar y eventualmente decidir sobre la aplicabilidad de las restricciones en casos de enfermedades o condiciones preexistentes o de la afección que haya dado origen a su asistencia.

CLÁUSULA 38. OBLIGACIONES DE LA ASEGURADORA

A partir de la emisión de la póliza de seguros, La Aseguradora se compromete a:

1. Cumplir las prestaciones y beneficios descritos en las Condiciones Generales, Particulares y Anexos, de eventos cubiertos en el plan contratado durante la vigencia de la póliza.

2. Dar oportuna respuesta a los asegurados en cuanto a consultas, inquietudes o siniestros ocurridos dentro de la vigencia de la póliza, garantizando el cumplimiento de sus obligaciones.

El servicio brindado por La Aseguradora de conformidad con la presente póliza se circunscribe única y exclusivamente a facilitar al asegurado el acceso a profesionales para la prestación por parte de estos últimos, bajo su única y exclusiva responsabilidad, servicios médicos, odontológicos, farmacéuticos, legales y/o de asistencia en general. De esta forma, La Aseguradora no será responsable en forma alguna, ya sea directa o indirectamente, de cualquier reclamo que pudiere realizar el asegurado por la prestación de los servicios llevada a cabo por cualquiera de los profesionales antes mencionados.

La Aseguradora no será responsable y no indemnizará al Asegurado por ningún tipo de daño, perjuicio, lesión o enfermedad causada por haberle brindado al Asegurado a su solicitud, personas o profesionales para que lo asistan médica, odontológica, farmacéutica o legalmente. En estos casos la persona o personas designadas por La

Aseguradora serán tenidos como agentes del Asegurado, sin posible recurso de naturaleza o circunstancia alguna contra La Aseguradora en razón de tal designación. La Aseguradora se esfuerza para poner a disposición de los asegurados los mejores profesionales de la salud y los mejores medios, sin embargo, La Aseguradora no podrá nunca ser tenido ni total ni parcialmente como responsable por la disponibilidad, la calidad, los resultados, falta de atención, servicios médicos y/o mala praxis de dichos profesionales o entidades, pues son situaciones que no están bajo el control de La Aseguradora.

CLÁUSULA 39. COBERTURAS ADICIONALES

Mediante aceptación expresa por parte de LA ASEGURADORA y el pago de la prima adicional, si corresponde, contra la entrega del Cuadro Póliza – Factura de Prima y/o Anexo respectivo, la presente Póliza puede extenderse a cubrir:

- A. Coberturas adicionales por diagnóstico de COVID-19 para personas de hasta ochenta y cinco (85) años de edad.
- B. Cobertura de Asistencia Médica por COVID-19 para mayores de setenta y cinco (75) años y de hasta ochenta y cinco (85) años de edad.
- C. Asistencia médica por enfermedades preexistentes
- D. Futura Mamá
- E. Cancelación de Viajes por Causa Justificada
- F. Deportes de Alto Riesgo

CLÁUSULA 40. PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

El pago de la indemnización prevista en la presente Póliza deberá ser efectuado dentro de los treinta (30) días hábiles contados a partir de la fecha en que La Aseguradora reciba la reclamación con el último de los recaudos solicitados, salvo causa extraña no imputable a La Aseguradora. En caso de fallecimiento del Asegurado Titular, la indemnización de aquellos siniestros que deban ser cancelados por reembolso corresponderá al Beneficiario; si los pagos hubiesen sido realizados directamente por El Asegurado Titular, corresponderán a sus herederos legales.

CLÁUSULA 41. RECHAZO DEL SINIESTRO

Cuando no proceda la cobertura de cualquier reclamo, de acuerdo con lo estipulado en las Condiciones Generales, Particulares y Anexos de la presente Póliza, La Aseguradora deberá notificar por escrito al Asegurado Titular (o en caso de su fallecimiento, a sus beneficiarios o herederos legales) , las causas de hecho y de derecho que a su juicio justifican el rechazo total

o parcial del siniestro, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes contados a partir de la fecha de recibir La Aseguradora el último de los recaudos necesarios.

CLÁUSULA 42. SUBROGACIÓN DE DERECHOS

La Aseguradora queda subrogada en todos los derechos del Tomador o El Asegurado en contra de terceros responsables, hasta el monto de cualquier siniestro cubierto. El Tomador o El Asegurado se obligan a realizar, a expensas de La Aseguradora, los actos necesarios que ésta razonablemente pueda requerir para la preservación de todos los derechos que le correspondan por esta subrogación y el ejercicio de los mismos.

Salvo el caso de dolo, la subrogación no se efectuará si el siniestro hubiese sido causado por los descendientes, por el cónyuge, por la persona con quien mantenga unión estable de hecho, por otros parientes del Asegurado o personas que convivan permanentemente con él o por las personas por las que debe responder civilmente.

El Asegurado no podrá, en ningún momento, renunciar a sus derechos de recobrar de otras personas los daños y pérdidas que éstas le hubiesen ocasionado, so pena de perder todo derecho a indemnización bajo esta Póliza.

El Asegurado o sus causahabientes en caso de muerte, están obligados a realizar a expensas de La Aseguradora, los actos que ésta razonablemente le exija o que sean necesarios con el objeto de que La Aseguradora ejerza los derechos que le correspondan por subrogación, sean antes o después del pago de la indemnización.

CLÁUSULA 43. INVESTIGACION DE RECLAMOS

La Aseguradora podrá designar Médicos para revisar el estado del Asegurado mientras esté internado en una clínica, hospital o en su domicilio particular; o citarlo a consultorios que La Aseguradora crea conveniente para comprobar la procedencia del pedido de los beneficios; asimismo, podrá investigar y solicitar información a los Médicos que hayan asistido al Asegurado. En general, podrá disponer las medidas necesarias para comprobar la autenticidad de las informaciones recibidas.

CLÁUSULA 44. RECLAMACION FRAUDULENTA

La Aseguradora quedará relevada de toda responsabilidad y El Asegurado perderá todo derecho de indemnización bajo esta Póliza, cuando:

- a. El Asegurado presente una reclamación fraudulenta, o engañosa, o apoyada en declaraciones falsas.**

- b. En cualquier tiempo El Asegurado, o terceras personas que obren por cuenta de éste, o con su conocimiento, empleen medios, o documentos engañosos, o dolosos para sustentar una reclamación para derivar beneficios del seguro otorgado por la presente Póliza.

CLÁUSULA 45. SEGUROS COEXISTENTES

El Asegurado queda obligado a informar a La Aseguradora, en el momento de presentar la reclamación, los seguros coexistentes, indicando la suma asegurada y el tipo de seguro. En todo caso entre las Compañías Aseguradoras deben Coordinar los Beneficios o en todo caso el reembolso de beneficios será hecho primero así: La Póliza de vigencia más antigua deberá asumir los beneficios primero, de acuerdo con los términos y condiciones acordados en dicha póliza. En el evento de que el mismo cubra en su totalidad los gastos incurridos por El Asegurado, entonces no operará la cobertura de los seguros adicionales contratados.

En caso de que el primer seguro no cubra en su totalidad los gastos incurridos, entonces y de conformidad con la ley, las pólizas adicionales deberán pagar, de acuerdo con el orden cronológico de contratación, los beneficios previstos por ellas, las cuales, sumados a los beneficios pagados por otros aseguradores, en ningún momento podrán exceder el cien por ciento (100%) de los gastos cubiertos incurridos por El Asegurado.

En caso de que existan dos o más seguros contratados en la misma fecha y hora, la indemnización será proporcional a la responsabilidad asumida en cada póliza.

Todo lo previsto en esta cláusula queda sujeto a las condiciones, términos, exclusiones y limitaciones establecidas en esta póliza.

CLÁUSULA 46. ARBITRAJE

En caso de presentarse divergencias sobre la ejecución, cumplimiento o interpretación de esta Póliza, el caso podrá someterse a un Arbitraje compuesto por tres Médicos que serán elegibles de la siguiente forma: Cada una de las partes escogerá uno que lo represente y el tercero será designado por los dos previamente nombrados. Los Árbitros deberán tener presente la Póliza y todo lo que la conforma, de acuerdo a las definiciones establecidas en la **CLÁUSULA 3. DEFINICIONES GENERALES** de las presentes Condiciones Generales y dirimirán la cuestión en forma amigable. Su fallo será definitivo e inapelable.

CLÁUSULA 47. JURISDICCIÓN

Los litigios que se susciten y que no sean arreglados según lo dispuesto en la cláusula anterior, serán sometidos exclusivamente a la Jurisdicción de los Tribunales de la Ciudad de Panamá, con renuncia a cualquier otro fuero.

CLÁUSULA 48. PRESCRIPCIÓN

De acuerdo a lo que establece el Artículo 1651 del Código de Comercio, cumplido el plazo de un (1) año de la fecha de ocurrencia de un siniestro, La Aseguradora quedará libre de la obligación de pagar las pérdidas o daños ocasionados por el mismo, a menos que esté en tramitación un arbitraje o una acción judicial relacionada con la reclamación.

CLÁUSULA 49. CADUCIDAD

El Tomador, El asegurado Titular o El Beneficiario perderán todo derecho a ejercer acción judicial contra La Aseguradora o convenir con éste el arbitraje previsto en la **CLÁUSULA 46. ARBITRAJE** de estas Condiciones Generales, si no lo hubiere hecho antes de transcurrir el plazo que se señala a continuación:

- a. En caso de rechazo del siniestro, un (1) año contado a partir de la fecha de notificación del rechazo.
- b. En caso de inconformidad con el pago de la indemnización o con el servicio prestado, un (1) año contado a partir de la fecha en que La Aseguradora hubiere efectuado el pago o hubiere sido prestado el servicio.

En todo caso, el plazo de caducidad siempre será contado desde el momento en que haya un pronunciamiento por parte de La Aseguradora.

A los efectos de esta cláusula se entenderá iniciada la acción judicial una vez que sea consignado el libelo de demanda por ante el tribunal competente o iniciado el procedimiento arbitral.

CLÁUSULA 50. MONEDA

Todos los valores mencionados en esta Póliza están expresados en Dólares Estadounidenses (USD).

CLÁUSULA 51. MODIFICACIONES

Toda modificación a las condiciones de la Póliza entrará en vigor una vez que el Tomador notifique su consentimiento a la proposición formulada por La Aseguradora o cuando este participe su aceptación a la solicitud de modificación propuesta por el Tomador.

Las modificaciones se harán constar mediante Anexos, debidamente firmados por un representante de La Aseguradora y por el Tomador. Los Anexos prevalecerán sobre las Condiciones Particulares y estas sobre las Condiciones Generales de la Póliza.

Si la modificación requiere pago de prima adicional, se aplicará lo dispuesto en la **CLÁUSULA 2. VIGENCIA DE LA PÓLIZA** y en la **CLÁUSULA 19. PAGO DE LA PRIMA** de estas Condiciones Generales.

La modificación de la suma asegurada requerirá aceptación expresa de la otra parte. En caso contrario, se presumirá aceptada por La Aseguradora con la emisión del Cuadro Póliza - Factura de Prima, en el que se modifique la Suma Asegurada, y por parte del Tomador mediante comunicación escrita o por el pago de la diferencia de la prima correspondiente, si la hubiere.

Se considera aceptada la solicitud escrita de modificación, si La Aseguradora no rechaza la solicitud dentro de los diez (10) días hábiles de haberla recibido. Este plazo será de veinte (20) días hábiles cuando la modificación haga necesario un reconocimiento médico. El requerimiento de La Aseguradora de que el Asegurado se realice el examen médico, no implica aceptación de la modificación.

CLÁUSULA 52. AVISOS

Las comunicaciones relativas a la terminación del contrato o al rechazo de cualquier reclamación, o de cualquier otro asunto entre las partes, deberán hacerse por cualquier medio de comunicación que deje certificada su recepción de modo indubitable, dirigidas al domicilio de La Aseguradora o a la dirección del Tomador o del Asegurado Titular que conste en la Póliza, o a la dirección de su Agente o Corredor de Seguros, si lo hubiere.

La comunicación entregada al Agente o Corredor de Seguros produce el mismo efecto que si hubiese sido entregada a la otra parte, a partir de los cinco (5) días hábiles de haber sido recibida por el Agente o Corredor de Seguros.

Por LA ASEGURADORA

Por el TOMADOR

Aprobado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá mediante Resolución:

N° _____ de fecha ____ de _____ del 20__

Mercantil Seguros y Reaseguros, S. A. – RUC: 2492633-1-817803 DV 36
Regulado y supervisado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá
Calle Punta Darién, Torres de las Américas, Torre A, Piso 14, Urbanización Punta Pacífica, Ciudad de Panamá, República de Panamá
Tel + (507) 304-1150 Fax + (507) 302-8908 / www.mercantilseguros.com.pa