

- **Condicionado General de la Póliza Seguro de Viaje**
- **Cláusula Adicional de Accidentes Personales Seguro de Viaje**
- **Cláusula Adicional de Asistencia Domiciliaria Seguro de Viaje**

Seguro de Viaje

INTRODUCCIÓN

De conformidad con las declaraciones contenidas en la Solicitud de Seguro presentada por el ASEGURADO (en adelante simplemente el ASEGURADO), y de ser el caso las comunicaciones escritas presentadas por el CONTRATANTE y/o por EL CORREDOR DE SEGUROS en su representación, las cuales se adhieren y forman parte integrante de este Contrato de Seguro, y cuya veracidad constituye causa determinante para su celebración; y, asimismo, de acuerdo a lo estipulado en las presentes CONDICIONES GENERALES, así como en las Condiciones Particulares, Condiciones Especiales, Cláusulas Adicionales y en los Endosos y Anexos que se adhieran a esta Póliza; RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS (en adelante la COMPAÑÍA) conviene en amparar al ASEGURADO contra los riesgos expresamente contemplados en la Póliza de Seguro, en los términos y condiciones siguientes:

ARTÍCULO 1°.- OBJETO DEL CONTRATO DE SEGURO

En virtud del presente Contrato de Seguro, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO se obligan al pago de la prima convenida y la COMPAÑÍA a indemnizar al ASEGURADO, hasta el límite máximo asegurado indicado en las Condiciones Particulares, correspondiente a los Gastos Médicos y/o beneficios adicionales, los gastos por los accidentes o enfermedades que requieran tratamiento médico ambulatorio y/u hospitalario, con sujeción a los términos de las Condiciones Generales, Particulares, Especiales, Cláusulas Adicionales y en los Endosos y Anexos que, en forma conjunta e indivisible constituyen la Póliza de Seguro.

ARTÍCULO 2°.- BASES DEL CONTRATO

2.1 El CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o Corredor de Seguros están obligados a declarar a la COMPAÑÍA, antes de la celebración de este contrato de seguro, todos los hechos o circunstancias que puedan influir en la apreciación o evaluación de la COMPAÑÍA para la aceptación o rechazo del riesgo así como en la fijación de la prima. La exactitud de estas declaraciones constituye base del presente contrato y causa determinante de la emisión de la Póliza para la COMPAÑÍA.

El ASEGURADO declara que, antes de suscribir la Póliza, ha tomado conocimiento directo de todas las Condiciones Generales, así como de todas las Cláusulas Adicionales, Condiciones Particulares y Condiciones Especiales, a cuyas estipulaciones conviene que quede sometido el presente Contrato de Seguro, conforme a la Ley aplicable.

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO declaran conocer que es su prerrogativa la designación de un corredor de seguros, suscribiendo la correspondiente Carta de Nombramiento, mediante la cual se encuentra facultado para realizar en su nombre y representación todos los actos de administración vinculados a sus intereses en la Póliza. Las comunicaciones cursadas entre el Corredor de Seguros y la COMPAÑÍA surten todos sus efectos con relación al ASEGURADO, con las limitaciones previstas en la Ley vigente.

2.2 En caso de producirse discrepancias entre las condiciones de esta Póliza, queda convenido y aclarado que, en orden descendente de jerarquía, las Condiciones Especiales y Endosos prevalecen sobre las Condiciones Particulares, éstas sobre las Cláusulas Adicionales, y éstas últimas sobre las Condiciones Generales del riesgo contratado.

Son iguales en valor las estipulaciones impresas y mecanografiadas que forman parte del contrato de seguro; pero en caso de haber incompatibilidad entre ellas, prevalecerá lo que dispongan las mecanografiadas. El término "mecanografiadas" incluye a las impresas mediante el uso de ordenadores cualquiera que fuere la calidad de la impresión.

2.3 La Póliza y sus posteriores endosos deberán constar por escrito y encontrarse debidamente firmados por los funcionarios autorizados de la COMPAÑÍA y por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO o su representante legal, quienes deberán devolver una copia de tales documentos a la COMPAÑÍA.

2.4 La cobertura se inicia con la aceptación expresa de la solicitud del seguro por parte de la COMPAÑÍA y la aceptación del convenio de pago o el pago de la prima total o de la cuota inicial en la forma convenida o de acuerdo a lo establecido en las condiciones particulares de la Póliza.

2.5 Los avisos y comunicaciones que intercambien las partes contratantes deberán ser formuladas por escrito, con constancia de recepción, bajo sanción de tenerse por no cursadas.

ARTÍCULO 3°.- OBSERVACIÓN DE LA PÓLIZA

3.1 El ASEGURADO y/o CONTRATANTE puede observar la Póliza, solicitando por escrito su rectificación, dentro de los quince (15) días hábiles posteriores a su recepción por el ASEGURADO y/o CONTRATANTE o su CORREDOR DE SEGUROS.

La solicitud de rectificación se entiende como una propuesta de modificación del contrato de Seguro y no obliga a la COMPAÑÍA, sino a partir del momento en que ésta comunique por escrito al ASEGURADO y/o CONTRATANTE o su Corredor de Seguros, en un plazo de (8) días hábiles de recibida la solicitud de rectificación, su decisión de aceptar las modificaciones solicitadas. La falta de respuesta en ese plazo por parte de la COMPAÑÍA implica la negación de lo solicitado por el ASEGURADO y/o CONTRATANTE.

3.2 Mientras se encuentre pendiente el procedimiento descrito en los artículos precedentes, la fuerza vinculante del Contrato de Seguro estará limitada a los términos y condiciones en que fue emitido.

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO perderán en beneficio de la COMPAÑÍA toda prima que resultaren pagando en exceso, a causa de errores en la emisión

de la Póliza originados por sus declaraciones; salvo que hubieren formulado la observación correspondiente dentro de los plazos previstos en los artículos precedentes.

ARTÍCULO 4°.- PAGO DE LA PRIMA

De conformidad con las normas legales vigentes referentes al pago de primas de los Contratos de Seguros, la presente Póliza se emite bajo las siguientes reglas:

- 4.1 El presente Contrato de Seguro surtirá efecto a partir de la fecha de inicio de vigencia señalada en las Condiciones Particulares de la Póliza, siempre que la prima haya sido pagada o se haya suscrito el Convenio de Pago respectivo, y haya sido aceptada la Solicitud del Seguro por parte de la COMPAÑÍA.
- 4.2 Si las partes convinieran el pago de la prima en forma fraccionada, la COMPAÑÍA tendrá derecho a percibir un interés compensatorio acorde con los niveles del mercado o, en su defecto, la tasa de interés legal.
- 4.3 En los Contratos de Seguro en los cuales se otorgue Cobertura Provisional, la prima no podrá ser inferior a la proporción correspondiente a los treinta (30) días de cobertura provisional, calculada a prorrata sobre la posible prima a pactar.
- 4.4 El pago de la prima tendrá efecto a partir del día y hora en que la COMPAÑÍA o la entidad financiera o persona jurídica autorizada perciba efectivamente el importe correspondiente, cancelando con sello y firma el recibo o documento de financiación. En el caso de pago a través de cargo en cuenta, el pago de la prima tendrá efecto a partir del día y hora en que se realice este cargo.
- 4.5 Queda claramente convenido que la aceptación por el ASEGURADO y/o CONTRATANTE de letras de cambio representativas de las cuotas convenidas para el pago fraccionado de la prima o su refinanciación, en su caso, no constituirán novación de la obligación original. El pago de primas se entenderá efectuado cuando sea cancelado el íntegro del monto consignado en la letra de cambio dentro del plazo convenido.
- 4.6 El pago de primas mediante título valor y otras órdenes de pago, sólo se entenderá efectuado a partir del día en que se hagan efectivos los importes consignados en dichos documentos, salvo cuando el título valor se hubiere perjudicado por culpa de la COMPAÑÍA.
- 4.7 Los CORREDORES DE SEGUROS están prohibidos de cobrar primas por cuenta de la COMPAÑÍA. Cualquier pago realizado por el ASEGURADO y/o CONTRATANTE al CORREDOR DE SEGUROS, se tiene por no efectuado.
- 4.8 Previo acuerdo que conste por escrito en la Póliza, la COMPAÑÍA podrá prorrogar los plazos convenidos para el pago de la prima, siempre que el plazo

máximo de cancelación del total de la prima sea anterior al vencimiento de la Póliza.

- 4.9 La COMPAÑÍA concede un plazo de treinta (30) días calendario para hacer el pago de la prima siguiente a la anterior, sin cargo de interés.
- 4.10 En caso que haya culminado el plazo descrito en el numeral 4.9 precedente, y la prima del seguro aún se mantuviera impaga, se procederá a la suspensión inmediata de la cobertura del seguro, siempre y cuando no se haya convenido un plazo adicional para el pago. La cobertura vuelve a tener efecto al momento en que el contratante pague la prima adeudada por el período en que aquélla se mantuvo en suspenso. La COMPAÑÍA no será responsable por los siniestros ocurridos durante el período en que la cobertura se mantuvo suspendida.
- 4.11 La COMPAÑÍA podrá resolver de pleno derecho, el Contrato de Seguro, cursando una comunicación escrita al ASEGURADO Y/O CONTRATANTE informándole sobre esta decisión. El contrato de Seguro se considerará resuelto a partir del día en que el contratante y/o asegurado reciba la comunicación antes indicada.

En casos de haberse resuelto el contrato de Seguro, en virtud de lo indicado en el párrafo precedente, la COMPAÑÍA y el ASEGURADO podrán celebrar un nuevo contrato sea bajo las mismas condiciones del contrato antes resuelto, o bajo nuevas condiciones contractuales, en caso corresponda. La cobertura comprendida en el nuevo contrato de seguro que se suscriba se inicia con la aceptación de la solicitud del seguro y con el pago de la prima. Esto último podrá realizarse por el íntegro, en forma fraccionada o mediante un pago diferido.

- 4.12 El ASEGURADO y/o CONTRATANTE no podrá compensar su deuda por concepto de primas con las obligaciones de la COMPAÑÍA provenientes de siniestros, notas de abono y/o de devoluciones pendientes, sin la expresa y previa aceptación de la COMPAÑÍA.
- 4.13 La cobertura y prestaciones indemnizables materia de la presente Póliza se mantendrán siempre que la Póliza se encuentre vigente y el CONTRATANTE y/o ASEGURADO haya cumplido con el pago de la prima correspondiente.

ARTÍCULO 5°.- PRINCIPALES OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO

Las principales obligaciones del CONTRATANTE y/o ASEGURADO cuyo incumplimiento da lugar a la pérdida de su derecho a ser indemnizado, son las siguientes:

- 5.1 Cumplir con lo establecido en estas Condiciones Generales, así como en las Cláusulas Adicionales, Condiciones Particulares y Condiciones Especiales,

en especial con lo dispuesto en el artículo referente al pago de la prima.

5.2 Proporcionar en forma completa y exacta la información que se exige tanto en la solicitud de seguro como en la Declaración Personal de Salud, suscribiendo para el efecto los formularios proporcionados por la COMPAÑÍA.

5.3 Brindar y facilitar la información requerida por la COMPAÑÍA para la evaluación y aceptación de un siniestro.

ARTÍCULO 6°.- PERSONAS ASEGURABLES

Son asegurables, conforme a esta Póliza, las personas desde los dieciocho (18) años de edad hasta los setenta y cinco (75) años de edad. La cobertura cesará al vencimiento de la anualidad en que el ASEGURADO haya cumplido el indicado límite edad.

ARTÍCULO 7°.- DEFINICIÓN DE ENFERMEDAD PRE-EXISTENTE

Se define como Pre-existencia a las enfermedades, dolencias, síntomas o signos conocidos o no por el ASEGURADO, que figuren en su Historia Clínica o se evidencien en los resultados de exámenes auxiliares diagnósticos, sean estos de laboratorio, radiológicos o de otra índole, antes de la fecha de inicio de vigencia de la presente Póliza o de la solicitud de seguro. Se consideran también como pre-existentes, a las enfermedades, dolencias, síntomas o signos conocidos o no por el ASEGURADO.

Se considera enfermedad pre-existente, haya sido declarada o no en la solicitud de seguro y así el ASEGURADO hubiera o no recibido tratamiento médico, o hubiese o no tomado medicamentos.

ARTÍCULO 8°.- ENFERMEDADES, TRATAMIENTOS Y OTROS GASTOS NO CUBIERTOS

La presente Póliza no cubre causas, consecuencias ni complicaciones de un tratamiento médico y/o quirúrgico no cubiertos por este plan, así como los gastos relacionados con lo siguiente:

a) Enfermedades crónicas o preexistentes, congénitas y recurrentes, padecidas con anterioridad al inicio de la vigencia del Plan y/o del viaje, conocidas o no por el ASEGURADO, así como sus agudizaciones y consecuencias, incluso cuando las mismas aparecen durante el viaje.

b) Enfermedades, lesiones, afecciones o complicaciones resultantes de tratamientos médicos y farmacéuticos efectuados por personas o profesionales no autorizados por el Departamento Médico de la Central de Asistencia.

c) Tratamientos homeopáticos, acupuntura, quiropraxia, curas termales, podología, quiroprácticos,

tratamiento por medio de medicina no convencional, tratamientos experimentales o investigativos.

d) Enfermedades o lesiones resultantes de intento de suicidio o causadas intencionalmente por el ASEGURADO a sí mismo.

e) Afecciones, enfermedades o lesiones derivadas de accidentes de trabajo, intento o acción criminal o penal del ASEGURADO, directa o indirectamente.

f) Afecciones o lesiones consecuentes a la exposición al sol.

g) Tratamiento de enfermedades o estados patológicos producidos por ingestión o administración intencional de tóxicos (drogas), narcóticos, o por la utilización de medicamentos, sin orden médica.

h) Gastos incurridos en cualquier tipo de prótesis, incluidas las dentales, lentes, audífonos, anteojos, ortesis, síntesis o ayudas mecánicas o artificiales.

i) Eventos ocurridos como consecuencia de entrenamiento, práctica o participación activa en competencias deportivas (profesionales o amateurs). Además quedan expresamente excluidas las ocurrencias consecuentes a la práctica de deportes peligrosos tales como: uso de vehículos de carrera de cualquier tipo sea como conductor o pasajero, competencia en autos, motos terrestres o acuáticas, motocross, andinismo o alpinismo o escalamiento de montañas, cacería de fieras, pesca submarina, box, rodeo, puenting, ala delta, parapente, downhill, prácticas hípicas.

j) Cobertura de maternidad.

k) Las enfermedades psicológicas, mentales, psicosis, neurosis y cualquiera de sus consecuencias medias o inmediatas.

l) Afecciones, enfermedades o lesiones derivadas de la ingestión de bebidas alcohólicas de cualquier tipo.

m) Controles de tensión arterial o enfermedades relacionadas con la hipertensión o hipotensión arterial, síncope o secuelas glandulares y sus consecuencias, salvo en cuanto a atención inicial de urgencia con compromiso vital hasta la estabilización de los signos vitales del Beneficiario.

n) Tratamientos cosméticos, de cirugía estética y reconstrucción.

o) Síndrome de inmunodeficiencia adquirida, SIDA y HIV en todas sus formas, secuelas y consecuencias. Enfermedades venéreas y/o en general todo tipo de prestación, examen y/o tratamiento que no haya recibido la autorización previa de la Central de Asistencia. En caso de constatarse que el motivo del viaje fuera el tratamiento en el extranjero de una enfermedad de base, y que el tratamiento actual tiene alguna vincu-

lación directa o indirecta con la dolencia previa motivo del viaje, la COMPAÑÍA quedará relevada de otorgar cobertura. A tal fin la COMPAÑÍA se reserva el derecho de investigar la conexión del hecho actual con la dolencia previa.

- p) Eventos y/o consecuencias de desencadenamiento de fuerzas naturales, radiación nuclear y radioactividad, así como cualquier otro fenómeno con carácter extraordinario o evento que debido a sus proporciones o gravedad, sea considerado como desastre nacional regional o local o catástrofe, así como eventos ocasionados por la manipulación o uso de químicos o productos nocivos para la salud así como también efectos producidos por exposición a altos niveles de radiación.
- q) Eventos como consecuencia de actos de guerra, invasión, actos cometidos por enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones de guerra (sea que haya sido declarada o no la guerra) guerra civil, rebelión, insurrección o poder militar, naval o usurpado, la intervención del ASEGURADO en motines, tumultos que tengan o no carácter de guerra civil, o sea que la intervención sea personal o como miembro de una organización civil o militar; terrorismo u otra alteración grave del orden público.
- r) Los actos intencionados y de mala fe del ASEGURADO.
- s) Alistarse en el servicio militar con cualquier fuerza armada de país u organismo internacional.
- t) Uso de aeronaves, a menos que sea como pasajero que paga boleto en un avión de líneas aéreas regulares o compañía de vuelos fletados, con la debida autorización para el transporte frecuente de pasajeros que pagan boleto y que tengan una vinculación directa en la ocurrencia de la muerte accidental del ASEGURADO.
- u) Actos ilícitos del ASEGURADO o de los albaceas o administradores, herederos legales o representantes personales del ASEGURADO.
- v) Que el ASEGURADO tenga un nivel de alcohol en la sangre, más alto que el permitido por la ley.
- w) Intoxicación, infección bacteriana o virulenta, aunque se haya contraído accidentalmente. Esto no incluye la infección bacteriana, que sea el resultado directo de una cortadura o herida accidental o intoxicación alimentaria accidental.
- x) Accidentes dentro del país en que es emitida la Póliza.

ARTÍCULO 9º.- GASTOS CUBIERTOS BAJO EL MONTO MÁXIMO GARANTIZADO

El término "Gastos Cubiertos"; según se emplea en esta Póliza se refiere a los gastos normales y razona-

bles incurridos por un ASEGURADO, en razón de un accidente, enfermedad o beneficio adicional amparado por esta Póliza, hasta los límites señalados en el Plan de Beneficio.

Los gastos cubiertos amparados por la Póliza incluirán pagos hechos por:

9.1 Asistencia médica por accidente y por Enfermedad

- A. Consultas médicas: Se prestarán en caso de accidente o enfermedad aguda e imprevista, incluyendo la opción de repatriación del ASEGURADO a su país de origen si su estado de salud lo permite. La Central de Asistencia se reserva el derecho de decidir el más adecuado de entre los tratamientos propuestos por el Departamento Médico.
- B. Atención por especialistas: Cuando sea indicada por el Departamento Médico de la Central de Asistencia del área donde se encuentre el ASEGURADO.
- C. Exámenes médicos complementarios: Cuando sean indicados por el Departamento Médico de la Central de Asistencia.
- D. Internaciones: De acuerdo a la naturaleza de la lesión o enfermedad, y siempre que el Departamento Médico de la Central de Asistencia así lo prescriba, se procederá a la internación del ASEGURADO en el Centro Hospitalario más próximo al lugar donde éste se encuentre.
- E. Intervenciones quirúrgicas: Cuando sean autorizadas por el Departamento Médico de la Central de Asistencia y en los casos de emergencia que requieran en forma inmediata este tratamiento, y que no puedan ser diferidas hasta el retorno del ASEGURADO a su país de origen. Si a juicio del Departamento Médico de la Central de Asistencia fuese posible el regreso al país de origen para sufrir en él, el tratamiento quirúrgico necesario, se procederá a la repatriación del ASEGURADO, quien está obligado a aceptar tal solución, perdiendo en caso de rechazo, todos los beneficios consignados en la Póliza.

9.2 Medicamentos

En caso de enfermedad o accidente del ASEGURADO, LA COMPAÑÍA se hará cargo o reembolsará el valor incurrido por los productos farmacéuticos prescritos por el especialista que le atiende. El monto máximo establecido será según el Plan de Beneficio.

9.3 Emergencia Dental

En los límites de cobertura, la COMPAÑÍA se hará cargo de los gastos por atención odontológica de urgencia, limitada al tratamiento del dolor, hasta el monto establecido en el Plan de Beneficio.

9.4 Gastos para sesiones de terapia de recuperación física prescrita por accidente o enfermedad

En caso de enfermedad o accidente del ASEGURADO, La COMPAÑÍA se hará cargo de las terapias para la recuperación física. El número y valor de cada una de las sesiones deberán ser aprobadas por La COMPAÑÍA y hasta el monto establecido en el Plan de Beneficio.

9.5 Exámenes de ayuda al diagnóstico

En caso de enfermedad o accidente del ASEGURADO, La COMPAÑÍA se hará cargo de los exámenes médicos complementarios, tales como: Análisis de orina, sangre, radiografías, electrocardiograma, y/o cualquier otro estudio que sea ordenado por los médicos de La COMPAÑÍA hasta determinar un diagnóstico.

9.6 Traslados médicos de emergencia por recomendación médica

En caso de emergencia, La COMPAÑÍA organizará el traslado al centro asistencial más próximo para que el beneficiario herido o enfermo reciba atención médica. En caso que el médico tratante aconseje el traslado a otro centro asistencial más adecuado, previa autorización del Departamento Médico de La COMPAÑÍA, se procederá a la organización del mismo. Únicamente razones de índole médica, evaluadas a criterio exclusivo del Departamento Médico de La COMPAÑÍA, serán tomadas en cuenta para decidir la procedencia y/o urgencia del traslado del Beneficiario. Si el Beneficiario y/o sus acompañantes decidieran efectuar el traslado, dejando de lado la opinión del Departamento Médico de La COMPAÑÍA, ninguna responsabilidad recaerá sobre La COMPAÑÍA por dicha actitud, siendo el traslado y sus consecuencias por cuenta y riesgo del beneficiario y/o sus acompañantes. Este servicio está incluido en el límite de gastos médicos u hospitalarios por accidente o enfermedad.

9.7 Repatriación de herido o enfermo

En caso de emergencia y si la Central de Asistencia lo juzgare necesario, se organizará el traslado del ASEGURADO al Centro Hospitalario más cercano, por el medio de transporte que el Departamento Médico de la Central de Asistencia considere más apropiado y según corresponda a la naturaleza de la lesión o enfermedad.

Cuando el Departamento Médico de la Central de Asistencia estime necesario efectuar la repatriación sanitaria del ASEGURADO, esta se efectuará en avión de línea regular, con acompañamiento médico o de enfermera si correspondiere, sujeto a espacio de asientos, hasta el país de residencia habitual del ASEGURADO.

9.8 Gastos de hotel por convalecencia

Cuando, bajo recomendación del Departamento Médico de la Central de Asistencia, el ASEGURADO hubiese estado internado en un hospital al menos cinco (05) días y a su salida deba obligatoriamente guardar reposo, la COMPAÑÍA cubrirá los gastos de hotel hasta

el monto indicado en la Tabla de Beneficio de su Póliza, con un máximo de diez (10) días.

9.9 Desplazamiento de acompañante

Si como consecuencia de un accidente o enfermedad (no crónica, ni preexistente) ocurridos durante un viaje y durante la vigencia del contrato; el ASEGURADO se encontrase sin acompañante y como producto de su recuperación, fuera recomendable por el profesional médico la presencia de un familiar del ASEGURADO, LA COMPAÑÍA gestionará y cubrirá el costo de los gastos de transporte que requiera el familiar del Titular y/o Cliente para que acompañe a éste en el lugar donde se esté recuperando siempre y cuando su recuperación tome más de cinco (05) días.

9.10 Gastos de estancia acompañante

Serán reconocidos los gastos de estancia y alimentación básica en un hotel designado por la Central de Servicios, al acompañante del ASEGURADO accidentado o enfermo (no crónico, ni preexistente), siempre que dicho accidente o enfermedad haya ocurrido durante un viaje y durante la vigencia del contrato, y la COMPAÑÍA hubiere autorizado el pago del beneficio. Los valores autorizados para gastar serán pre autorizados por La COMPAÑÍA, como límite máximo que tendrá derecho el acompañante del ASEGURADO.

9.11 Regreso del Asegurado en fecha diferente

Los servicios relacionados con el regreso del ASEGURADO, en fecha diferente a la originalmente contratada, (diferencia en tarifa, penalidades y costos de pasajes), serán reconocidos al ASEGURADO, solo si dicho regreso en fecha diferente es consecuencia directa de una enfermedad o accidente que impliquen la inmovilidad del ASEGURADO durante el proceso de su recuperación, lo cual impida regresar a éste, al lugar de residencia habitual o de permanencia en el exterior. De igual forma, LA COMPAÑÍA, coordinará el medio de transporte y las condiciones de traslado definidas y autorizadas por el departamento médico.

9.12 Retorno de menores

La COMPAÑÍA brindará asistencia en el traslado de los menores de quince (15) años de edad que viajen con el ASEGURADO, y que como consecuencia de un accidente o enfermedad (no crónica ni preexistente) de este último, deban ser asistidos para el retorno a su país de residencia habitual y no tengan ninguna otra persona –aparte del ASEGURADO– para que se haga cargo. La COMPAÑÍA organizará a su cargo el desplazamiento del o los menores a la residencia permanente de éstos, por el medio que la COMPAÑÍA considere más adecuado. Es requisito indispensable que los menores tengan cobertura de la póliza para gozar de este servicio. Este servicio está incluido en el límite de gastos médicos u hospitalarios por accidente o enfermedad.

9.13 Repatriación de restos

En caso de fallecimiento del ASEGURADO a consecuencia de un accidente o enfermedad, no excluida en este contrato, y durante el transcurso del viaje, la COMPAÑÍA se hará cargo del traslado de sus restos mortales, incluida su repatriación sanitaria o cremación, si así lo dispusiera la legislación vigente del país donde se produjo el deceso, a la ciudad de residencia habitual, siempre que el fallecimiento del ASEGURADO sea notificado dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a su ocurrencia. La COMPAÑÍA determinará a las personas –naturales o jurídicas- a fin que brinden los servicios idóneos y el medio de transporte para el traslado. Los gastos de féretro definitivo, trámites funerarios, traslados en el país de residencia e inhumación no estarán a cargo de La COMPAÑÍA.

La COMPAÑÍA quedará eximida de cubrir el presente beneficio en caso que el fallecimiento del ASEGURADO se origine por suicidio o por enfermedades preexistentes o crónicas.

9.14 Reembolso de gastos de traslado de vehículo de alquiler

Cuando el ASEGURADO durante su viaje, haya alquilado un vehículo en una empresa dedicada al rubro de alquiler de vehículos, legalmente constituida para ese fin y el mismo sufriera desperfecto mecánico que implique un traslado en grúa, la COMPAÑÍA reembolsará al ASEGURADO: hasta el monto establecido en el Plan de Beneficio, siempre que el costo sea asumido directamente por él y no sea reconocido por la empresa que le alquiló el vehículo.

9.15 Asistencia legal por accidente de tránsito

Si el vuelo del ASEGURADO fuera demorado por más de seis (6) horas consecutivas a la programada originalmente para él y no exista otra alternativa de transporte durante dicho periodo de tiempo, la COMPAÑÍA reintegrará hasta el tope de cobertura convenido, en razón de gastos de hotel, comidas y comunicaciones realizadas durante la demora y contra presentación de sus comprobantes originales, acompañados de un Certificado de la Compañía Aérea en el cual especifique la demora o cancelación sufrida por el vuelo del ASEGURADO. Este beneficio no se cubrirá si el ASEGURADO viajara con un boleto sujeto a disponibilidad de espacio.

9.16 Reembolso de gastos por vuelo demorado o cancelado

Si el vuelo del ASEGURADO fuera demorado por más de seis (6) horas consecutivas a la programada originalmente para él y no exista otra alternativa de transporte durante dicho periodo de tiempo, la COMPAÑÍA reintegrará hasta el tope de cobertura convenido, en razón de gastos de hotel, comidas y comunicaciones realizadas durante la demora y contra presentación de sus comprobantes originales, acompañados de un Certificado

de la Compañía Aérea en el cual especifique la demora o cancelación sufrida por el vuelo del ASEGURADO. Este beneficio no se cubrirá si el ASEGURADO viajara con un boleto sujeto a disponibilidad de espacio.

9.17 Compensación de gastos por cancelación de viaje

Cuando a consecuencia de accidente o enfermedad del ASEGURADO, y/o el fallecimiento de un familiar de primer grado de consanguinidad o afinidad, sea necesario cancelar el viaje, siempre que el deceso se haya producido en el país de procedencia del ASEGURADO, LA COMPAÑÍA indemnizará al ASEGURADO hasta el monto establecido en el Plan de Beneficio, en boletos aéreos, o hasta el monto establecido en el Plan de Beneficio en porción terrestre o marítima en los términos usualmente empleados en el mercado turístico, cuando el valor de los mismos no sea reembolsable por parte de la agencia de viajes u operador turístico. También se reconocerán los costos de cancelación de hoteles y cruceros, para lo cual es indispensable que el ASEGURADO haya abonado la totalidad de estos importes y que estos no hayan sido reintegrados por el operador turístico, la línea aérea o la empresa hotelera seleccionada, según corresponda. El ASEGURADO deberá presentar el original de la liquidación de la cancelación de la prestación de servicios para ser reembolsados. Para acceder a este resarcimiento se deberá informar a LA COMPAÑÍA el impedimento del viaje dentro las veinticuatro (24) horas de ocurrido el hecho que lo motiva. LA COMPAÑÍA deberá constatar en forma fehaciente las causas reales de la cancelación. Independientemente de las sumas retenidas, la responsabilidad de LA COMPAÑÍA respecto a esta cobertura será hasta la suma asegurada descrita en el Plan de Beneficios. No corresponderá la indemnización bajo esta cobertura cuando la cancelación o interrupción se produzca como consecuencia de alguna de las exclusiones incluidas en las Condiciones Generales; no corresponderá la indemnización bajo esta cobertura cuando la cancelación y/o interrupción se produzca como consecuencia de enfermedad crónica y/o sus agudizaciones y/o secuelas.

9.18 Compensación de gastos por cancelación de estudios

La COMPAÑÍA indemnizará al ASEGURADO el monto establecido en el producto estudiantil contratado, cuando a consecuencia de una enfermedad (no crónica, ni preexistente) o accidente, deba sus estudios y deba retornar a su país de origen por un período mayor a ciento ochenta (180) días. El ASEGURADO deberá solicitar la autorización expresa de los auditores médicos de la COMPAÑÍA y presentar un Certificado de Cancelación de Estudios del lugar donde cursaba los mismos.

9.19 Gastos por demora de equipaje por más de setenta y dos (72) horas (a nombre del ASEGURADO en vuelo de línea aérea regular)

Si el equipaje del ASEGURADO no fuera localizado dentro de las setenta y dos (72) horas contadas a partir del momento de recibir el reclamo realizado por el ASEGURADO ante la aerolínea comercial, LA COMPAÑÍA reconocerá al ASEGURADO los gastos en que incurra por demora en la entrega de equipaje en el vuelo de una aerolínea comercial, contra la presentación de los documentos originales de compra, hasta el monto establecido en el Plan de Beneficio. Los gastos a reconocer se limitarán a aquellos correspondientes a la compra por parte del ASEGURADO de elementos de primera necesidad como aseo y vestido previamente autorizados, para lo cual el ASEGURADO deberá comunicarse al momento de su arribo o dentro de las seis (06) horas siguientes a la llegada de su vuelo con LA COMPAÑÍA, debiendo tramitar inmediatamente el Property Irregularity Report (P.I.R.) que le suministra la Aerolínea.

LA COMPAÑÍA no reconocerá reclamaciones presentadas en días posteriores a la fecha de ocurrencia del evento.

9.20 Gastos por demora de equipaje superior a 12 días

LA COMPAÑÍA reconocerá al ASEGURADO los gastos en que incurra por la demora en la entrega de equipaje que haya registrado en el vuelo de una aerolínea comercial, contra la presentación de los documentos originales de compra, hasta el monto establecido en el Plan de Beneficio, siempre que ésta haya sido superior a doce (12) días. Los gastos a reconocer se limitarán a aquellos correspondientes a la compra por parte del ASEGURADO de elementos de primera necesidad como aseo y vestido previamente autorizados. LA COMPAÑÍA se comunicará con el ASEGURADO luego de transcurridas las primeras setenta y dos (72) horas de la demora del equipaje y le dará el monto autorizado para los gastos que serán reconocidos.

9.21 Indemnización por pérdida definitiva de equipaje

En caso de pérdida del equipaje en vuelo de línea aérea comercial y una vez declarada por la aerolínea la pérdida definitiva del equipaje, LA COMPAÑÍA indemnizará al ASEGURADO por cada kilo de equipaje registrado en la aerolínea comercial, hasta el monto máximo establecido en el Plan de Beneficio, y solo de forma complementaria a la indemnización que reconozca la línea aérea. De cualquier manera este derecho se pierde si el ASEGURADO ha declarado el valor del equipaje y ha tomado un servicio de asistencia independiente. Se deja expresa constancia que, en este riesgo contratado en pérdida del equipaje es según el peso del mismo y no por el contenido o el daño total o parcial del equipaje. La indemnización final se realizará descontando los valores liquidados por la aerolínea y los anticipos realizados por demora de equipaje. Este servicio es complementario a la demora de equipaje.

9.22 Localización de equipaje

Si durante el transcurso de un viaje y durante la vigencia

del contrato, se produjera el extravío del equipaje depositado en la aerolínea, siempre que se trate de una aerolínea regular, LA COMPAÑÍA se compromete a realizar las gestiones necesarias ante la línea aérea, con el fin de localizar el equipaje extraviado. Para acceder a este beneficio, el ASEGURADO deberá comunicarse y seguir las instrucciones del operador para completar el formulario proporcionado por la aerolínea P.I.R. (Property Irregularity Report). LA COMPAÑÍA no se comprometerá a la localización efectiva del equipaje, sino únicamente a la realización de las gestiones comerciales ante la aerolínea para obtener la información sobre el destino del equipaje extraviado, y en caso de localizarlo gestionar el retorno al domicilio que el ASEGURADO indique.

9.23 Viaje de regreso por fallecimiento de un familiar

Si el ASEGURADO debiera retornar a su país de residencia habitual por fallecimiento de un familiar directo (padre, cónyuge, hijo o hermano) allí residente, LA COMPAÑÍA se hará cargo de la diferencia del costo del boleto aéreo de regreso del ASEGURADO.

9.24 Interrupción de viaje por catástrofe

En caso de incendio, explosión, inundación o robo con daños y violencia en el domicilio del ASEGURADO, mientras éste se encuentre de viaje, si no hubiese ninguna persona que pueda hacerse cargo de la situación y si su pasaje original de regreso no le permitiera el cambio gratuito de fecha, LA COMPAÑÍA tomará a su cargo la diferencia que correspondiese o el costo de un nuevo pasaje en clase turista desde el lugar en que el ASEGURADO se encuentre hasta su lugar de residencia. Esta Asistencia deberá acreditarse mediante la presentación en las oficinas de LA COMPAÑÍA del original de la denuncia policial correspondiente, dentro de las veinticuatro horas (24) siguientes de producido el suceso y/o desde la fecha en que el ASEGURADO llegue a su lugar de residencia habitual.

9.25 Sustitución de ejecutivos

En el caso de que el ASEGURADO se encontrara en viaje de negocios en el extranjero y fuese internado por una emergencia médica grave que le impida proseguir con su cometido profesional, LA COMPAÑÍA se hará cargo del pasaje en clase turista, sujeto a disponibilidad de plazas, de la persona que su empresa designe como sustituto y de los gastos de hotel hasta un máximo de US\$ 80.00 (Ochenta Dólares de los Estados Unidos de América) diarios durante cinco (05) días.

9.26 Transmisión de mensajes urgentes

LA COMPAÑÍA transmitirá los mensajes urgentes y justificados, relativos a cualquiera de los eventos que son objeto de las prestaciones contempladas en las Condiciones Generales, a las personas que el ASEGURADO indique al momento de surgir dicha necesidad.

9.27 Línea de consulta

Hasta las veinticuatro (24) horas anteriores al día de su partida, los ASEGURADOS podrán pedir a la Central de Asistencia de su zona geográfica, informaciones relativas a obligaciones consulares, sanitarias, turísticas y otras concernientes al país de destino.

9.28 Transferencia de fondos para fianza legal

Durante el viaje, en caso de necesidad imperiosa e imprevista y contra previo depósito en la oficina de la COMPAÑÍA, éste último gestionará la entrega al ASEGURADO, en el país donde se encuentre, de las sumas dinerarias hasta el límite especificado en el Plan de Beneficios. Esta cobertura será aplicada una sola vez por cada año de vigencia de la Póliza de Seguro. Si el ASEGURADO fuese encarcelado como consecuencia de un accidente de tránsito, la COMPAÑÍA gestionará el envío de los importes hasta el límite establecido en el Plan de Beneficios, para hacer frente al pago de la fianza penal, debiendo previamente ser depositado el monto referido en la oficina de la COMPAÑÍA.

9.29 Asistencia por extravío y/o robo de documentos

La COMPAÑÍA brindará asesoría al ASEGURADO sobre los procedimientos que debe seguir en caso de extravío y/o robo de documentos personales, boletos aéreos y/o tarjetas de crédito. Dicho asesoramiento no comprenderá en ningún caso la realización de aquellos trámites personales que el ASEGURADO debiere realizar con motivo de robo y/o extravío ocurrido. La COMPAÑÍA no se hará cargo de gastos o costos inherentes al reemplazo de documentos personales, boletos aéreos, tarjetas de créditos robadas o extraviados.

9.30 Servicio de traslado al aeropuerto con costo

La COMPAÑÍA le brinda al cliente la opción de traslado al aeropuerto, previa coordinación con la empresa para poner a su disposición un vehículo con la cantidad de asientos que requiera el cliente o el tipo de movilidad. El costo de este servicio es asumido por el ASEGURADO.

9.31 Envío de efectivo por emergencia

Durante el viaje, en caso de necesidad imperiosa e imprevista y contra previo depósito en la oficina de la COMPAÑÍA, éste gestionará la entrega al ASEGURADO en el país donde se encuentre, de las sumas dinerarias hasta el límite especificado en la Tabla de Beneficios. Esta cobertura será aplicada una sola vez por cada año de vigencia de la Póliza de Seguro.

ARTÍCULO 10°.- PAGO DE BENEFICIOS

10.1 Queda entendido y acordado que cualquier pago de beneficios sólo se hará si el ASEGURADO ha pagado a la COMPAÑÍA la prima de seguro, establecida en las Condiciones Particulares.

ARTÍCULO 11°.- INVESTIGACIÓN Y REVISIÓN DE LOS RECLAMOS

11.1 La COMPAÑÍA podrá hacer revisar a los ASEGURADOS por facultativos designados por ella, durante su internamiento o la atención médica de los mismos en la clínica, hospital o en su domicilio particular o citarlos al consultorio de dichos facultativos para comprobar la procedencia del pedido de beneficios.

Asimismo, podrá investigar y solicitar información a los médicos que hayan asistido a los ASEGURADOS. En general la COMPAÑÍA, podrá disponer las medidas necesarias para comprobar la autenticidad de las informaciones recibidas.

11.2 Si cualquier información referente a un ASEGURADO o relacionado con su tratamiento fuera simulado o fraudulento, perderá el ASEGURADO todo derecho a cobertura o indemnización, sin perjuicio de que se inicie contra los responsables las acciones legales correspondientes.

ARTÍCULO 12°.- RECLAMACIÓN FRAUDULENTA

La COMPAÑÍA quedará exenta de toda responsabilidad y el ASEGURADO perderá todo derecho a cobertura o indemnización si:

12.1 El CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o Beneficiario presenta una reclamación fraudulenta o engañosa apoyada total o parcialmente en declaraciones falsas y/o reticencia de información.

12.2 Si en cualquier tiempo el ASEGURADO o terceras personas que obren por cuenta de éstos o con su conocimiento, emplean medios engañosos o documentos falsos para sustentar una reclamación o para derivar a su favor beneficios en exceso de aquellos que le correspondan de acuerdo con la presente Póliza.

12.3 Si el siniestro ha sido causado voluntariamente por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO en complicidad o bajo su consentimiento.

La COMPAÑÍA está autorizada a realizar las investigaciones que fueran necesarias y solicitar la información correspondiente para comprobar las situaciones antes señaladas.

ARTÍCULO 13°.- VIGENCIA DEL RIESGO

El inicio de la vigencia de la presente cobertura de Asistencia Médica Salud Viajeros será una vez que la prima del Seguro sea debidamente pagada, y una vez que la Solicitud de Seguro haya sido aceptada por la COMPAÑÍA. No obstante lo antes indicado, las coberturas del presente Seguro, podrá ser utilizada por EL ASEGURADO a partir del momento en que éste haya traspasado por el control migratorio acreditando la salida del país.

- 13.1 Específicamente en el caso del beneficio de cancelación del viaje, el inicio de la cobertura será en la fecha de emisión de la Póliza, siendo su término las condiciones establecidas para los demás beneficios.
- 13.2 a) La cobertura termina en cualquiera de las siguientes fechas, pero siempre la que ocurra primero:
- En la fecha de arribo al país de residencia del ASEGURADO, aun si ésta es anterior a la que estaba originalmente prevista y en el momento del paso por migraciones;
 - Vencido el último día por viaje establecido en la Póliza de Seguro;
 - En caso de cancelación de la Póliza a solicitud del ASEGURADO, que origina la devolución del importe pagado por el mismo y se sustente por una de las siguientes causas:
 - Por negación del visado.
- b) Por suspensión de seminarios, exposiciones, foros, conferencias, charlas o cursos que el ASEGURADO formará parte como representante y/o invitado.
- c) Por enfermedad o fallecimiento del ASEGURADO o familiar directo del ASEGURADO y/o Beneficiario; cuyo precio haya sido pagado íntegramente, hasta el fin de su vigencia.

La terminación de la cobertura deberá ser solicitada a la COMPAÑÍA antes de la entrada en vigencia de la Póliza. Después de este plazo, no podrá reintegrarse el importe abonado por la misma, salvo lo establecido en el artículo 15° de este Condicionado General.

ARTÍCULO 14°.- NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO

- 14.1 La Póliza deviene en nula de pleno derecho, es decir sin efecto legal alguno, en los siguientes casos:
- a) Si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO lo hubiera contratado sin contar con interés asegurable.
 - b) Por mala fe probada del CONTRATANTE y/o ASEGURADO al tiempo de celebrarse el contrato.
 - c) Si el ASEGURADO y/o CONTRATANTE hubiese incurrido en cualquier declaración falsa o inexacta, o si hubiese incurrido en omisión, ocultación, reticencia o simulación de hechos y circunstancias que, aun cuando hayan sido hechas de buena fe, de haber sido conocidas por la COMPAÑÍA, pudieran haberla llevado a modificar sus condiciones o a formarse un concepto diferente de la gravedad del riesgo, o hubieran podido influir en la estimación de la prima y/o en la aceptación del riesgo.
- 14.2 En caso que la nulidad de la Póliza se produjera por una de las circunstancias previstas en el presente artículo, la COMPAÑÍA devolverá las primas pagadas por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO, aplicándose la tabla prevista en el artículo 16°, numeral 16.5.

- 14.3 No obstante, en el caso que hubiera mediado mala fe probada del CONTRATANTE y/o ASEGURADO, el importe de las primas quedará totalmente en beneficio de la COMPAÑÍA, independientemente de la acción judicial para lograr el resarcimiento de los daños y perjuicios irrogados.
- 14.4 En cualquiera de los casos referidos en el presente artículo, el ASEGURADO perderá automáticamente todo derecho a reclamar indemnización o beneficio alguno relacionado con la Póliza.

Si la COMPAÑÍA ya hubiera reconocido la atención de un siniestro, quedará el ASEGURADO automáticamente obligado a devolver a la COMPAÑÍA la suma cancelada por la COMPAÑÍA al reconocer el siniestro, conjuntamente con los intereses legales, gastos y tributos.

En caso que cualquiera de las partes no esté de acuerdo con la nulidad del presente contrato de seguro, podrá recurrir a la vía que crea conveniente para hacer valer su derecho.

ARTÍCULO 15°.-TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

- 15.1 La cobertura de seguro para cualquiera de los ASEGURADOS bajo esta póliza terminará automáticamente en la fecha en que se produzca alguna de las siguientes situaciones:
- a) Al cumplir la edad límite de permanencia en el seguro.
 - b) Por renuncia escrita de cualquiera de los ASEGURADOS a continuar asegurado.
 - c) Al finalizar la vigencia de la Póliza, siempre que no haya sido renovada.
 - d) Por resolución de la póliza.

ARTÍCULO 16°.- CLÁUSULA DE RESOLUCIÓN EXPRESA DEL CONTRATO

- 16.1 Sin perjuicio de lo indicado en el artículo 4° numeral 4.11, el Contrato de Seguro, a decisión expresa de La COMPAÑÍA, podrá quedar resuelto perdiendo el ASEGURADO todo derecho emanado de la Póliza, en el momento mismo en que se incurra en, o se produzca, alguna de las siguientes causales expresamente convenida por las partes:
- A. Reclamación fraudulenta o apoyada en documentos o declaraciones falsas.
 - B. Si el siniestro fuera causado por un acto y/u omisión intencional, proveniente de dolo o culpa grave del CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o beneficiario.
 - C. Una agravación sustancial del estado del riesgo, no declarada oportunamente por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO.
 - D. Incumplimiento de las obligaciones del CONTRATANTE y/o ASEGURADO previstas en la Póliza.

En caso de Resolución del Contrato de Seguro, señalado en la presente cláusula, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO

está obligado a pagar la Prima Devengada hasta el momento en que se incurrió en la causal de resolución, calculada a prorrata. En caso que la prima se encuentre pagada no procederá devolución de prima alguna.

16.2 Durante la vigencia de la Póliza, la COMPAÑÍA podrá resolver el presente contrato de manera unilateral, voluntaria y sin expresión de causa, antes del vencimiento del plazo estipulado en la Póliza, mediante comunicación escrita que se cursará con no menos de quince (15) días calendario de anticipación. La resolución no afecta los derechos devengados a favor del CONTRATANTE y/o ASEGURADO durante la vigencia de la Póliza.

16.3 El CONTRATANTE y/o ASEGURADO podrá resolver el presente Contrato de Seguros de manera unilateral, voluntaria, y sin expresión de causa, mediante comunicación escrita con firma legalizada que se cursará con no menos de quince (15) días calendario de anticipación.

16.4 Si el seguro termina según lo estipulado en el numeral 16.1. inciso a) o si la COMPAÑÍA da por terminado el contrato de seguro sin que medie causal de resolución o anulación imputable al CONTRATANTE y/o ASEGURADO, la COMPAÑÍA devolverá la parte de la prima no devengada proporcionalmente al tiempo que falte para el vencimiento de la Póliza (a prorrata).

16.5 Si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO da por terminado el contrato de seguro sin que medie causal de resolución expresamente señalada en la presente cláusula, se liquidará la prima a período corto, devengándose en favor de la COMPAÑÍA, por cada mes o fracción de mes de vigencia de la Póliza, la prima resultante de la aplicación de la siguiente tabla de corto plazo:

Meses de Cobertura	Proporción de la Prima Anual	Meses de Cobertura	Proporción de la Prima Anual
1	25%	6	80%
2	40%	7	85%
3	55%	8	90%
4	65%	9	95%
5	75%	10	100%

16.6 Ningún pago será efectuado bajo la presente Póliza por gastos incurridos después de la terminación del seguro o resolución del contrato. No obstante, en caso en que el ASEGURADO se halle hospitalizado en dicha fecha y de no mediar las causales de nulidad del contrato estipuladas en el artículo 14°, el ASEGURADO disfrutará de los beneficios hasta la primera de las siguientes fechas:

- a) Al término de la hospitalización.
- b) Al completar el máximo de la Suma Asegurada.

ARTÍCULO 17°.- SUBROGACIÓN

A menos que exista pacto distinto que conste en las Condiciones Generales, Particulares, Especiales o Endosos de esta Póliza, desde el momento que la COMPAÑÍA realiza el

pago parcial o total de una indemnización bajo los alcances de la presente Póliza, y hasta por el importe de la indemnización pagada, subroga al ASEGURADO en sus derechos y acciones para repetir contra los que resulten responsables del siniestro.

El ASEGURADO se obliga a facilitar y otorgar todos los documentos necesarios para que la COMPAÑÍA pueda ejercer su derecho de subrogación, así como a concurrir a las citaciones y demás diligencias requeridas por la Ley para la defensa de los intereses materia de subrogación.

El ASEGURADO será responsable ante la COMPAÑÍA de cualquier acto u omisión o acto practicado por él, antes o después del siniestro, que perjudique los derechos y/o acciones objeto de la subrogación. En tal caso, el ASEGURADO perderá el derecho a la indemnización, y será responsable económicamente hasta por el importe del perjuicio que dicho acto u omisión cause a la COMPAÑÍA, debiendo devolver, de ser el caso, las sumas abonadas por la COMPAÑÍA por ese concepto; más los intereses legales, gastos y tributos generados por el siniestro.

En caso de convergencia de la COMPAÑÍA y el ASEGURADO frente al responsable del siniestro, la reparación que se obtenga se repartirá entre ambos en proporción a su respectivo interés. Los gastos y costos de la reclamación conjunta serán soportados en esa misma proporción.

ARTÍCULO 18°.- PRESCRIPCIÓN LIBERATORIA

Las acciones derivadas de la presente Póliza, prescriben en el plazo que señala la legislación peruana. En consecuencia, vencido dicho plazo, la COMPAÑÍA quedará liberada de toda responsabilidad emanada de esta Póliza.

ARTÍCULO 19°.- MONEDA

19.1 Las obligaciones pecuniarias emanadas de esta Póliza, se cumplirán en la misma moneda en que se encuentran expresadas las coberturas.

19.2 No obstante, en caso que la legislación limitara o restringiera la libre disposición y/o tenencia de moneda extranjera, la Póliza quedará automáticamente convertida a moneda nacional, ajustándose la suma asegurada y demás obligaciones, al tipo de cambio oficial correspondiente a la fecha del inicio de la vigencia de la norma jurídica que disponga dicha restricción o limitación.

ARTÍCULO 20°.- TERRITORIALIDAD

La Asistencia médica no será válida a ningún efecto en el país de residencia habitual del ASEGURADO, además, la Asistencia médica no será válida para cubrir siniestros que ocurran dentro del país en que sea emitida la Póliza, como tampoco podrá ser emitida una Póliza de Asistencia Médica Salud Viajeros a una persona que ya se encuentre en el país para el cual la requiere. La COMPAÑÍA se reserva el derecho de investigar la realidad de la declaración del ASEGURADO en este sentido. La COMPAÑÍA tendrá derecho a

exigir del ASEGURADO el reembolso inmediato de todos los gastos indebidamente efectuados en caso la COMPAÑÍA hubiere cubierto un siniestro no incluido en la presente Póliza, o que se hubiese prestado en forma diferente de haberse comprobado previamente la verdadera residencia.

ARTÍCULO 21°.- TRIBUTOS

Todos los tributos presentes y futuros que graven las primas o sumas aseguradas, así como la liquidación de siniestros serán de cargo del CONTRATANTE y/o ASEGURADO TITULAR, del beneficiario o de sus herederos legales; salvo aquellos que por mandato de norma imperativa sean de cargo de la COMPAÑÍA y no puedan ser trasladados. Sin embargo, si en este último caso la COMPAÑÍA se viera afectada por mayores costos, podrá reajustar inmediatamente el monto de las primas, sin perjuicio del derecho del CONTRATANTE y/o ASEGURADO TITULAR de pedir la resolución del contrato de seguro, en caso no esté de acuerdo con dicha modificación.

ARTÍCULO 22°.- JURISDICCIÓN Y MECANISMOS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

En caso de desavenencias o controversias que pudieran derivarse de la ejecución o interpretación de esta Póliza y de los demás documentos o endosos que formen parte del Contrato de Seguro, la COMPAÑÍA, EL CONTRATANTE y/o EL ASEGURADO y los Beneficiarios se someten a la jurisdicción que señale las normas generales establecidas en el Código Procesal Civil para el caso que se pretenda resolver un conflicto ante el Poder Judicial.

ARTÍCULO 23°.- DOMICILIO

23.1 La COMPAÑÍA y el CONTRATANTE y/o ASEGURADO señalan como su domicilio el que aparece registrado en la Póliza, a donde se dirigirán válidamente todas las comunicaciones y/o notificaciones extrajudiciales o judiciales.

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO notificará a la COMPAÑÍA anticipadamente y por escrito su cambio de domicilio, sin lo cual carecerá de efecto para este Contrato de Seguro.

ARTÍCULO 24°.- DECLARACIÓN

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO declaran que antes de suscribir la póliza, han tomado conocimiento directo de todas las Condiciones Generales, Particulares y Especiales, a cuyas estipulaciones convienen en que quede sometido el presente contrato, conforme a la ley aplicable.

ARTÍCULO 25°.- PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

25.1 Cómo contactarse con la COMPAÑÍA:

Dándose la necesidad de utilizar esta póliza, el ASEGURADO

tendrá que contactar la Central de Asistencia de la COMPAÑÍA, mediante el número de teléfono que se indica en la Póliza. Cuando se trate de un problema de salud, cuya emergencia imposibilite la comunicación previa a la central, el ASEGURADO se encuentra obligado a comunicar el evento dentro de las 24 horas, informando las razones que le impidieron dar el aviso en forma oportuna.

En esta llamada el ASEGURADO deberá informar:

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

25.2 En caso de gastos médicos y hospitalarios, gastos odontológicos y evacuación médica:

Sólo en los casos de accidente, enfermedad súbita aguda o en la eventualidad de requerirse atención y la clínica o médico inmediato no estuviera afiliado a la red de proveedores de la COMPAÑÍA, el ASEGURADO podrá recurrir a dichos centros y profesionales, dando aviso a la COMPAÑÍA, dentro de las 48 horas de iniciado el tratamiento.

En el caso de reembolso de estos gastos, el ASEGURADO tendrá que presentar las facturas, indicaciones y recetas, la solicitud de reclamo debidamente completada con los datos del paciente y con el informe del médico, así como todos los resultados de análisis, radiografías o pruebas especiales relacionadas con el tratamiento recibido. Los comprobantes de pago deberán ser presentados en original.

25.3 En caso de medicamentos:

- Receta médica;
- Boleta original de la compra del medicamento en el extranjero.

25.4 Reembolso:

Sólo en los casos para el reembolso de algún gasto médico cubierto, es necesario que se presenten las facturas, indicaciones y recetas, la solicitud de reclamo debidamente completada con los datos del paciente y con el informe del médico, así como todos los resultados de análisis, radiografías o pruebas especiales relacionadas con el tratamiento recibido.

Los recibos por honorarios profesionales deberán ser emitidos siempre a nombre del paciente asegurado. Las facturas deberán ser emitidas a nombre de Rimac Seguros y Reaseguros R.U.C. 20100041953.

25.5 En caso de retraso del viaje:

- Copia del pasaje aéreo y tarjeta de embarque;
- Comprobantes originales de los gastos con alimentación y alojamiento;
- Declaración de la compañía aérea del atraso.

25.6 En caso de PÉRDIDA DEL EQUIPAJE

- Informe comprobante de la pérdida emitida por la Empresa Aérea responsable (PIR-Property Irregularity Report), que señale el peso, en kilogramos del Equipaje extraviado. Ticket original del Equipaje.
- Recibo de indemnización emitido por el TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO.

El ASEGURADO o su beneficiario tendrán que presentar todos los documentos descritos con anterioridad en un plazo máximo de 30 (treinta) días después de ocurrido el accidente, dejando a salvo, el derecho del ASEGURADO de acudir a la vía judicial.

Procedimiento para efectuar consultas y reclamos:
En caso de consultas o reclamos puede escribirnos a: reclamos@rimac.com.pe, contactarnos vía telefónica al 411-3000 o a nuestra Central de Asistencia o a través de nuestra Página Web: www.rimac.com, también nos podrá ubicar en nuestra Oficina Principal en la Av. Las Begonias 475 piso 2, San Isidro, Lima.

ARTÍCULO 26°.- DEFENSORÍA DEL ASEGURADO

En caso de que el cliente no esté de acuerdo con la atención de su siniestro y siempre que éste no exceda de US\$ 50,000 el asegurado puede recurrir a la Defensoría del Asegurado. Página Web: www.defaseg.com.pe Telefax: 446-9158, Dirección: Arias Araguez 146, San Antonio Miraflores, Lima.

ARTÍCULO 27°.- DEFINICIONES

Queda convenido entre las partes que el significado de las palabras más adelante indicadas es el siguiente:

Accidente: El evento generativo de un daño corporal que sufre el Beneficiario, causado por agentes extraños, fuera de control y en movimiento, externos, violentos y visibles. Siempre que se mencione el término "accidente" se entenderá que la lesión o dolencia resultante fue provocada directamente por tales agentes e independientemente de cualquier otra causa.

Asegurados Dependientes: Se consideran Asegurados Dependientes el cónyuge e hijos del Asegurado Titular.

Central de Asistencia u Operativa: La oficina que coordina el otorgamiento de coberturas requeridas por el ASEGURADO con motivo de su Póliza de Asistencia Médica Salud Viajeros.

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

Enfermedad Aguda: Proceso corto y relativamente severo de alteración del estado del cuerpo o alguno de sus órganos, que pudiere interrumpir o alterar el equilibrio de las funciones vitales, pudiendo provocar dolor, debilidad u otra manifestación extraña al comportamiento normal del mismo.

Enfermedad Repentina o Imprevista: Enfermedad pronta, impensada, no prevista, contraída con posterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza de Seguro.

Beneficiarios: Se considera beneficiarios de estas coberturas a los herederos legales, salvo que en forma escrita el titular o Beneficiario designe expresamente a otros beneficiarios. Dicha notificación deberá realizarse previo al inicio del viaje, en forma escrita.

Pre-existencia: Se define como Pre-existencia a las enfermedades, dolencias, síntomas o signos conocidos o no por el ASEGURADO, que figuren en su Historia Clínica o se evidencien en los resultados de exámenes auxiliares diagnósticos sean estos de laboratorio, radiológicos o de otra índole, antes de la fecha de inicio de vigencia de la presente Póliza o de la solicitud de seguro. Se consideran también como pre-existentes, a las enfermedades, dolencias, síntomas o signos conocidos o no por el ASEGURADO ocurridas durante el período de carencia de las coberturas de este contrato.

Se considera enfermedad pre-existente haya sido declarada o no en la solicitud de seguro y así el ASEGURADO hubiera o no recibido tratamiento médico, o hubiese o no tomado medicamentos.

Recurrente: Regreso de la misma enfermedad luego de haber sido tratada. Usualmente, 3 o más veces durante un año calendario.

Para acreditar la existencia del Contrato de Seguro de Asistencia Médica Salud Viajeros celebrado, RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS expide la presente Póliza de Seguro.

Seguro de Viaje

1. COBERTURA

A) Muerte accidental

Si el ASEGURADO sufre un accidente durante el viaje al extranjero, que dé lugar a su fallecimiento siempre que su causa directa y única fuera un accidente amparado por la Póliza de Seguro, la COMPAÑÍA pagará a los Beneficiarios, hasta el límite de suma asegurada indicada en la Tabla de Beneficios de la Póliza.

Esta cobertura no se aplicará si la muerte del ASEGURADO ocurriera cuando esté viajando como piloto o conductor o miembro de la tripulación, dentro de, o subiendo a, o descendiendo de cualquier medio de transporte comercial aéreo, terrestre o acuático que funcione como transporte público comercial.

En caso de un accidente que involucre a más de un ASEGURADO, la responsabilidad máxima por todas las pólizas afectadas, no será mayor a US\$ 500,000.00 (Quinientos Mil con 00/100 Dólares de los Estados Unidos de América). En caso de que la suma de las indemnizaciones a abonar supere el monto antes señalado, cada indemnización individual será efectuada a prorrata de la responsabilidad máxima definida.

B) Invalidez permanente por accidente

Si durante un viaje al extranjero, hasta un máximo de ciento ochenta (180) días consecutivos, el ASEGURADO sufre un accidente que dé lugar a su Invalidez Permanente Total o Invalidez Permanente Parcial, siempre que la causa directa y única de dicha invalidez fuera un accidente amparado por la póliza, la COMPAÑÍA pagará al ASEGURADO la suma correspondiente al grado de Invalidez Permanente, con base a lo establecido en el Anexo A - Tabla de Indemnizaciones por Invalidez Permanente.

En caso de un accidente que involucre a más de un ASEGURADO, la responsabilidad máxima por todas las pólizas afectadas, no será mayor a US\$ 250,000.00 (Doscientos Cincuenta Mil con 00/100 Dólares de los Estados Unidos de América). En caso de que la suma de las indemnizaciones a abonar supere el importe antes señalado, cada indemnización individual será efectuada a prorrata de la responsabilidad máxima definida.

2. PAGO DE BENEFICIOS A RAÍZ DE UN MISMO ACCIDENTE COBERTURA

Un mismo accidente no dará derecho acumulativamente a indemnizaciones por Muerte, Invalidez Permanente Total e Invalidez Permanente Parcial. Por consiguiente, si la muerte ocurriera a consecuencia de un accidente ya indemnizado por Invalidez Permanente, la COMPAÑÍA deducirá de la suma asegurada por Muerte la indemnización pagada por Invalidez Permanente.

3. PAGO DE BENEFICIOS EN CASO DE ACCIDENTES SUCESIVOS

Si el ASEGURADO sufriera varios accidentes sucesivos durante la vigencia de la Póliza, el pago de las sumas corres-

pondientes por Invalidez Parcial Permanente, de acuerdo a lo establecido en el Anexo A - Tabla de Indemnizaciones por Invalidez Permanente, no podrán exceder en conjunto del cien por ciento (100%) del beneficio previsto por este concepto en el Plan de Beneficio.

4. EXCLUSIONES

También queda excluido de la cobertura de esta Póliza el fallecimiento del ASEGURADO o las lesiones que éste sufra a consecuencia de, en relación a, o como producto de:

- a) Suicidio, auto mutilación o autolesión.
- b) Pena de muerte o participación activa en cualquier acto delictivo o en actos violatorios de leyes o reglamentos; en duelo concertado, en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se acredite legalmente legítima defensa; servicio militar; así como participando activamente en huelgas, motín, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.
- c) Por acto delictivo contra el ASEGURADO cometido en calidad de autor o cómplice de algún Beneficiario o heredero, dejando a salvo el derecho a recibir el capital garantizado de los restantes Beneficiarios o herederos, si los hubiere, así como su derecho de acrecer.
- d) Guerra, invasión u operaciones bélicas (al margen de que exista o no declaración de guerra), actos hostiles de entidades soberanas o del gobierno, guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, conmoción civil que adquiera las proporciones de un levantamiento, poder militar o usurpado o ley marcial o confiscación por orden de un Gobierno o autoridad pública.
- e) Detonación nuclear, reacción, radiación nuclear o contaminación radiactiva; independientemente de la forma en que se haya ocasionado la detonación nuclear, reacción, radiación nuclear o contaminación radiactiva.
- f) Viajes aéreos y marítimos que haga el ASEGURADO en calidad de pasajero en vuelos de itinerarios no fijos ni regulares; así como operaciones o viajes submarinos.
- g) Participación como conductor, copiloto o acompañante, en carreras o entrenamiento para carreras de automóviles, bicicletas, motocicletas, motonetas, trimotos, cuatrimotos, motocicletas náuticas, lanchas a motor, avionetas y de caballos.
- h) Accidentes producidos a consecuencia de actividades o deportes notoriamente peligrosos tales como: uso de vehículos de carrera de cualquier tipo sea como conductor o pasajero, competencia en autos, motos terrestres o acuáticas, motocross, andinismo o alpinismo o escalamiento de montañas, cacería de fieras, pesca submarina, box, rodeo, puenting, ala delta, parapente, downhill, prácticas hípicas, artes

marciales, paracaidismo, aeronaves ultraligeras, esquí acuático y sobre nieve, inmersión o caza submarina, salto desde puentes o puntos elevados al vacío, rodeo, surf, que no hayan sido declarados por el ASEGURADO y aceptados por la COMPAÑÍA al momento de contratar el seguro o durante su vigencia.

- i) Los provenientes de accidentes de trabajo; así como de la práctica o desempeño de profesión u oficio claramente riesgoso tales como: bomberos, mineros, pilotos o tripulantes de nave aérea o marítima, miembros de las Fuerzas Armadas o Policiales, ingenieros químicos, periodistas corresponsales de guerra, obreros de construcción, manipuladores de explosivos, que no hayan sido declarados por el ASEGURADO y aceptados por la COMPAÑÍA al momento de contratar el seguro o durante su vigencia.
- j) Bajo la influencia del alcohol (en grado igual o superior a 0.50 gramos de alcohol por litro de sangre al momento del accidente) y/o drogas o en estado de sonambulismo. Para efectos de esta exclusión, se presumirá que el ASEGURADO se encuentra bajo la influencia de alcohol o droga, si éste se negara a que se le practique el examen de alcoholemia o toxicológico correspondiente.
- k) Inhalación de gases, intoxicación o envenenamiento sistemático de cualquier naturaleza.
- l) Los llamados 'Accidentes Médicos', tales como apoplejías, congestiones, síncope, vértigos, edemas agudos, infartos al miocardio, trombosis y ataques epilépticos; así como los casos de negligencia o impericia médica.
- m) Cualquier enfermedad corporal o mental, y a las consecuencias de tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean motivados por accidentes amparados por la presente Póliza.
- n) Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).
- o) Las lesiones preexistentes al momento de contratar este Seguro.
- p) Las complicaciones médicas de embarazos o partos.
- q) Las hernias, enredamientos intestinales, así como de insolaciones.

5. PROCEDIMIENTO PARA EL RECLAMO DE BENEFICIOS

5.1 En caso de SEGURO POR MUERTE ACCIDENTAL

Los beneficiarios del asegurados (Herederos legales), producido un accidente indemnizable en virtud de esta Póliza de Seguro, están en la obligación de comunicarlo a la COMPAÑÍA, mediante correo certificado, dentro de los TREINTA (30) días hábiles de ocurrido el siniestro en el extranjero, dejando a salvo el derecho del asegurado de

acudir a la vía judicial para reclamar la indemnización, aún luego del vencimiento del plazo del presente contrato.

La COMPAÑÍA dará por recibido el aviso respectivo aun con posteridad a los plazos indicados anteriormente, cuando se pruebe fehacientemente la imposibilidad de haber efectuado dicho aviso dentro de tales plazos.

Asimismo deberán presentarse a la COMPAÑÍA, a través de su plataforma de servicio al cliente, ubicada en Av. Paseo de la Republica N° 3505, San Isidro, los siguientes documentos en original o copia legalizada:

- Copia legalizada del pasaporte del asegurado;
- Acta de defunción del ASEGURADO;
- Certificado de defunción del ASEGURADO;
- DNI del ASEGURADO;
- Copia de la Póliza de Seguro y/o Certificado;
- DNI de los Beneficiarios mayores de edad y Copia Certificada de la Partida de Nacimiento de los Beneficiarios menores de edad;
- Certificado Domiciliario de los Beneficiarios menores de edad;
- En caso la Póliza de Seguro detalle a "Herederos legales" como beneficiarios, adjuntar Testimonio de Sucesión Intestada y Copia Literal de la inscripción definitiva de la Sucesión Intestada en el Registro Público respectivo.
- Atestado policial completo;
- Protocolo de necropsia;
- Resultado de Análisis Toxicológico y alcoholemia, de haberse realizado, y,
- Resultado del dosaje etílico (de haberse realizado); sólo en caso de accidente de tránsito.

En caso de muerte presunta, ésta deberá acreditarse conforme a la Ley vigente.

La COMPAÑÍA se reserva el derecho de requerir al o los Beneficiario(s) cualquier documento o información adicional en original o copia legalizada, en caso las circunstancias específicas así lo ameriten.

Una vez que el o los beneficiario(s) haya(n) cumplido con presentar todos los documentos referidos en este artículo, la COMPAÑÍA, de encontrarlos conformes, completos y sin observación, tendrá un plazo de 30 días calendarios para proceder al pago de la(s) suma(s) asegurada(s) descrita(s) en las Condiciones Particulares del presente Seguro.

La falta de cumplimiento de alguna o de todas las obligaciones y formalidades señaladas en el presente artículo, salvo que se demostrare la imposibilidad de cumplir, hace perder todo derecho a la indemnización, pues queda entendido y convenido que su estricto y total cumplimiento es esencial a los efectos de este Seguro, no pudiendo en caso alguno los beneficiarios, alegar como excusa del incumplimiento, la ignorancia, olvido o error de la existencia de la Póliza de Seguro o del desconocimiento de las obligaciones que imponen sus condiciones.

5.2 En caso de INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL Y PARCIAL POR ACCIDENTE

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO, deberán presentar a la COMPAÑÍA los siguientes documentos:

- Copia legalizada del Documento de Identidad y pasaporte del ASEGURADO.
- Original del Dictamen de Invalidez de la Comisión Médica Evaluadora de Incapacidades del MINSA O ESSALUD.
- Informe sobre las circunstancias del accidente emitido por el empleador (de ser el accidente en horas de trabajo).
- Copia certificada del Atestado Policial o Informe sobre las circunstancias del accidente (proporcionado por el empleador en caso sea en horas de trabajo); o Declaración Jurada del Accidente (en caso sea un Accidente Común).
- Original o copia legalizada del Dosaje Etílico en caso la Invalidez sea consecuencia de un accidente de tránsito.
- Informe Médico completo e Historia Clínica del ASEGURADO (foliada y fedateada).

5.3 Sobre los documentos emitidos en el extranjero

- Todo documento de procedencia extranjera, debe ser visado por el CONSULADO PERUANO en el país de expedición, y la firma del Cónsul deberá ser legalizada en el Perú por el MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES.
- Si el documento estuviera redactado en idioma distinto al español, se deberá adjuntar una TRADUCCIÓN OFICIAL del mismo.

La COMPAÑÍA se reserva el derecho de requerir al o los Beneficiario(s) cualquier documento o información adicional en original o copia legalizada, en caso las circunstancias específicas así lo ameriten.

ANEXO A:

TABLA DE INDEMNIZACIONES POR INVALIDEZ PERMANENTE

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL

Estado absoluto e incurable de alienación mental que no permitiera al ASEGURADO ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida	100%
Fractura Incurable de la columna vertebral que determinare la invalidez total y permanente	100%
Pérdida total de los ojos	100%
Pérdida completa de los dos brazos o de ambas manos	100%
Pérdida completa de las dos piernas o de ambos pies	100%
Pérdida completa de un brazo y de una pierna o de una mano y una pierna	100%
Pérdida completa de una mano y de un pie o de un brazo y un pie	100%

INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL

CABEZA

Sordera total e incurable de los dos oídos	50%
Pérdida total de un ojo o reducción de la mitad de la visión binocular	40%
Sordera total e incurable de un oído	15%
Ablación de la mandíbula inferior	50%

MIEMBROS SUPERIORES

DER. IZQ.

Pérdida de un brazo (arriba del codo)	75%	60%
Pérdida de un antebrazo (hasta el codo)	70%	55%
Pérdida de una mano (a la altura de la muñeca)	60%	50%
Fractura no consolidada de una mano (seudoartrosis total)	45%	36%
Anquilosis del hombro en posición no funcional	30%	24%
Anquilosis del codo en posición no funcional	25%	20%
Anquilosis del codo en posición funcional	20%	16%
Anquilosis de la muñeca en posición no funcional	20%	6%
Anquilosis de la muñeca en posición funcional	15%	12%
Pérdida del dedo pulgar de la mano	20%	18%
Pérdida del dedo índice	16%	14%
Pérdida del dedo medio	12%	10%
Pérdida del dedo anular	10%	8%
Pérdida del dedo meñique	6%	4%

MIEMBROS INFERIORES

Pérdida de una pierna (por encima de la rodilla)	60%
Pérdida de una pierna (por debajo de la rodilla)	50%
Pérdida de un pie	35%
Fractura no consolidada de un muslo (seudoartrosis total)	35%
Fractura no consolidada de una rótula (seudoartrosis total)	30%
Fractura no consolidada de un pie (seudoartrosis total)	20%
Anquilosis de la cadera en posición no funcional	40%
Anquilosis de la cadera en posición funcional	20%
Anquilosis de la rodilla en posición no funcional	30%
Anquilosis de la rodilla en posición funcional	15%
Anquilosis del empeine (garganta del pie) en posición no funcional	15%
Anquilosis del empeine en posición funcional	8%
Acortamiento de un miembro inferior por lo menos 5 cms	15%
Acortamiento de un miembro inferior por lo menos 3 cms	8%
Pérdida del dedo gordo del pie	10%
Pérdida total de cualquier otro dedo de cualquier pie	4%

Por pérdida total se entiende a la amputación o la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano o miembro lesionados.

La pérdida parcial de los miembros u órganos será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional, pero si la invalidez deriva de la pseudoartrosis, la indemnización no podrá exceder del 70% de la que correspondería por la pérdida total del miembro u órgano afectados.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo cuando se hubiera producido, por amputación total o anquilosis, y la indemnización será igual a la mitad de la que correspondería por la pérdida del dedo entero, si se tratare del pulgar, y a la tercera parte, cada falange, si se tratare de otros dedos.

Por la pérdida de varios miembros u órganos, se sumarán los porcentajes correspondientes a cada miembro u órgano perdidos, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% del Capital Asegurado.

La indemnización de lesiones que, sin estar comprendidas en la tabla de indemnizaciones antes señalada, constituyeran una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con la de los casos previstos, y sin tomar en consideración la profesión del ASEGURADO.

En caso de constar en la solicitud que el ASEGURADO ha declarado ser zurdo, se invertirán los porcentajes de la indemnización fijados por la pérdida de los miembros superiores.

Seguro de Viaje

1. COBERTURAS

Sujeto a lo estipulado por todos los términos y condiciones que forman parte de la Póliza, durante toda su vigencia ésta se extiende a cubrir, hasta por los límites especificados en las Condiciones Particulares, los siguientes conceptos:

1.1. Cerrajería

Si como consecuencia de un hecho fortuito ocurrido durante la vigencia de la Póliza, la cerradura de algunas de las puertas del inmueble que constituye Lugar del Seguro queda inoperativa, incluso por pérdida de la llave, la COMPAÑÍA suministrará la cobertura de cerrajería de emergencia con la finalidad de restablecer el acceso y el cierre correcto de la cerradura de la puerta afectada.

Esta cobertura de emergencia será ejecutada directamente por un técnico calificado designado por la COMPAÑÍA, y comprende la movilidad y honorarios por mano de obra del técnico, así como los materiales que se requieran.

1.2. Fontanería (Gasfitería)

Si como consecuencia de un hecho fortuito ocurrido durante la vigencia de la Póliza, se produce la rotura o atoro o avería de las instalaciones sanitarias o las redes de agua o desagüe que forman parte integrante del inmueble que constituye el Lugar del Seguro, sea que provoque o no la fuga de agua corriente o aguas servidas, y si como consecuencia de esa rotura o atoro o avería, el suministro de agua corriente y/o la evacuación de aguas servidas resulta interrumpido, la COMPAÑÍA suministrará la cobertura de fontanería (gasfitería) de emergencia con la finalidad de restablecer el suministro de agua corriente y/o la evacuación de aguas servidas.

Esta cobertura de emergencia será ejecutada directamente por un técnico calificado designado por la COMPAÑÍA, y comprende la movilidad y honorarios por mano de obra del técnico, así como los materiales que se requieran.

1.3. Electricidad

Si como consecuencia de un hecho fortuito ocurrido durante la vigencia de la Póliza en las instalaciones eléctricas del inmueble que constituyen el Lugar del Seguro, se produce la interrupción parcial o total del fluido eléctrico, la COMPAÑÍA suministrará la cobertura de emergencia con la finalidad de restablecer el suministro de corriente eléctrica.

Esta cobertura de emergencia será ejecutada directamente por un técnico electricista calificado designado por la COMPAÑÍA, y comprende la movilidad y honorarios por mano de obra del técnico, así como los materiales que se requieran.

1.4. Vidriería

Si como consecuencia de un hecho fortuito ocurrido durante la vigencia de la Póliza se produce la rotura de vidrios de las puertas o ventanas o mamparas que forman parte integrante del inmueble que

constituye el Lugar del Seguro y que estén ubicadas hacia la calle, y si la rotura de esas puertas o ventanas o mamparas ponen en riesgo la seguridad del inmueble o de cualquier persona, entonces la COMPAÑÍA suministrará la cobertura de vidriería de emergencia con la finalidad de restablecer las condiciones de seguridad existentes al momento de ocurrir el mencionado hecho fortuito.

Esta cobertura de emergencia será ejecutada directamente por un técnico vidriero calificado designado por la COMPAÑÍA, y comprende la movilidad y honorarios por mano de obra del técnico, así como los materiales.

2. BENEFICIOS ADICIONALES

Bajo los alcances de esta cláusula, la COMPAÑÍA otorga los siguientes beneficios adicionales:

2.1. Datos y Coordinaciones

Si durante la vigencia de la Póliza, el ASEGURADO requiere información sobre florerías y/o restaurantes y/o teatros y/o museos y/o cines y/o eventos y/o servicios de ambulancias y/o médicos y/o clínicas y/o centros hospitalarios y/o veterinarias y/o técnicos de artefactos electrodomésticos y/o agencias de Empleados del Hogar y/o agencia de niñeras temporales y/o números de servicios de emergencia, ubicados en todo el Perú, la COMPAÑÍA proporcionará esta información verbalmente por vía telefónica.

Asimismo, a solicitud del ASEGURADO, coordinará la entrega del producto o servicio requerido, siendo de cargo del ASEGURADO, el costo de dicho producto o servicio requerido.

3. EXCLUSIONES

3.1. Adicionalmente, esta cláusula no cubre:

3.1.1. Los servicios o gastos contratados o incurridos directamente por el ASEGURADO, sin haber sido previamente autorizados por la COMPAÑÍA.

Esta exclusión está dispensada, en caso el ASEGURADO demuestre fehacientemente que, por situación de fuerza mayor, no era posible comunicarse con la COMPAÑÍA.

3.1.2. Los requerimientos efectuados por hechos o situaciones o circunstancias causadas por:

3.1.2.1. Lluvia y/o inundación y/o nieve y/o granizo.

3.1.2.2. Huracán o ciclón o vientos o ventarrones o tempestad o tormenta.

3.1.2.3. Huaico, deslave, aluvión, deslizamiento, alud, avalancha, derrumbe, hundimiento, subsidencia, o movimiento de tierra.

3.1.2.4. Terremoto-Maremoto.

3.1.2.5. Riesgos Políticos Sociales.

3.2. Excepto exclusivamente por las cerraduras de la puerta principal de acceso al Predio, la cobertura de Cerrajería descrita en el numeral 1.1 de esta cláusula, no cubre la reposición o reemplazo de cerraduras internas.

- 3.3. La cobertura de Fontanería (Gasfitería) descrita en el numeral 1.2 de esta cláusula no cubre:
- 3.3.1. La reparación y/o reposición de:
- 3.3.1.1. Grifería.
 - 3.3.1.2. Cisternas o tanques o depósitos de agua.
 - 3.3.1.3. Calentadores junto con sus acoples y/o instalaciones o equipos de aire acondicionado y/o radiadores y/o equipos para deshumedecer.
 - 3.3.1.4. Sistemas hidroneumáticos, bombas hidráulicas.
 - 3.3.1.5. Lavadoras, secadoras, refrigeradoras, y cualquier aparato electrodoméstico conectado a las tuberías de agua.
 - 3.3.1.6. Cualquier elemento ajeno a las redes de agua o desagüe del inmueble que figura como Lugar del Seguro.
- 3.3.2. Arreglo de defectos en canales y bajantes.
- 3.3.3. Reparación o remedio de goteras debido a la falta de impermeabilización o protección de la cubierta o paredes exteriores del inmueble.
- 3.3.4. Reparación o remedio de humedad o filtraciones.
- 3.3.5. Cualquier tipo de reposición o reparación o remedio en instalaciones que no formen parte del inmueble o en áreas comunes o en instalaciones propiedad de la empresa de agua y alcantarillado.
- 3.3.6. Los trabajos de albañilería, excepto los que se originen directamente de la emergencia amparada y, en ese caso, a hasta la suma de US\$ 100 (cien dólares americanos).
- 3.4. La cobertura de Electricidad descrita en el numeral 1.3 de esta cláusula no cubre:
- 3.4.1. Reposición o reparación de:
- 3.4.1.1. Elementos de iluminación.
 - 3.4.1.2. Tomacorrientes.
 - 3.4.1.3. Interruptores que no formen parte integrante de tableros eléctricos.
 - 3.4.1.4. Electrodomésticos y cualquier aparato eléctrico o electrónico.
- 3.4.2. Cualquier tipo de reposición o reparación o remedio en instalaciones que no formen parte del inmueble o en áreas comunes o en instalaciones propiedad de la empresa distribuidora de energía eléctrica.
- 3.4.3. Los trabajos de albañilería, excepto los que se originen directamente de la emergencia amparada y, en ese caso, hasta la suma de US\$ 100 (cien dólares americanos).

4. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTROS

En caso de producirse un hecho fortuito amparado de acuerdo con lo estipulado por el numeral 1° de esta cláusula, el ASEGURADO deberá comunicarse con la COMPAÑÍA a los teléfonos detallados en las Condiciones Generales de Seguro.

5. GARANTÍA SOBRE EL TRABAJO EJECUTADO

Los trabajos ejecutados bajo los alcances de la Cobertura descrita en el numeral 1° de la presente cláusula, tienen

garantía durante dos (02) meses, siempre que la cobertura del siniestro haya sido brindada por la COMPAÑÍA.

6. REEMBOLSO

Si el ASEGURADO solicitará alguna de las coberturas de Asistencia Domiciliaria amparadas bajo los alcances de lo estipulado por el numeral 1° de la presente cláusula, sea por la ubicación geográfica, o por carencia de infraestructura en la zona en donde está situado el Lugar del Seguro, o por circunstancias fuera de control de la COMPAÑÍA que le impidan a ésta otorgar la mencionada cobertura, la COMPAÑÍA reembolsará al ASEGURADO, los gastos previamente autorizados por la COMPAÑÍA.

RIMAC
Seguros