

ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. SEGURO ASSA TRAVEL CONDICIONES GENERALES

ÍNDICE

COMPROMISO DE LA ASEGURADORA	2
DEFINICIONES	2
DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL Y ORDEN DE PRELACIÓN	6
ÁMBITO DE COBERTURA	6
DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS	21
OBLIGACIONES DE LOS CONTRATANTES	21
PRIMA Y ASPECTOS RELACIONADOS	22
RECARGOS Y DESCUENTOS	22
NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE RECLAMOS	22
VIGENCIA Y POSIBILIDAD DE PRÓRROGAS	26
CONDICIONES VARIAS (CLAUSULADO GENERAL)	27
INSTANCIAS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS	28
COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES	28

COMPROMISO DE LA ASEGURADORA

ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A., cédula jurídica 3-101-593961 (la "Compañía" o "Entidad Aseguradora"), se compromete a observar, respetar y hacer cumplir los términos y condiciones del presente SEGURO "ASSA TRAVEL" (el "Seguro"). El derecho a gozar de las prestaciones detalladas se supedita al cumplimiento del Asegurado con todos los términos y condiciones.



Giancarlo Caamaño Lizano
Representante Autorizado
ASSA Compañía de Seguros, S. A.

DEFINICIONES

1. DEFINICIONES

- 1.1. ACCIDENTE:** Es la acción repentina, súbita, inesperada, involuntaria y violenta, cuya fecha se encuentra determinada, de una fuerza externa al Asegurado, que se origina de modo independiente de la voluntad y de las acciones del Asegurado o de terceras personas, que usualmente causa un efecto no deseado a la integridad física de las personas y la cual ha sido la causa directa de la muerte daño físico, o incapacidad permanente del Asegurado. Incluye dentro de este concepto la acción de la temperatura ambiente o influencia atmosférica a que se encuentra sujeto el Asegurado, como consecuencia del mismo.
- No se incluyen dentro del concepto de Accidente:** a) **Las enfermedades (incluso las profesionales), cualesquiera que sean sus causas, aunque sean provocadas, desencadenadas o agravadas directa o indirectamente por accidente, infecciones, estados septicémicos y embolias, resultantes de heridas visibles o que sean originadas por pandemias o epidemias o pandemias declaradas o no;** b) **Las complicaciones que sean consecuencia de la realización de exámenes, tratamientos clínicos o quirúrgicos, cuando no han derivado de un accidente cubierto;** c) **Escape accidental de gases y vapores.**
- 1.2. ACTO TERRORISTA:** Conducta calificada como tal por la ley, así como el uso de fuerza o violencia o la amenaza de ésta, por parte de cualquier persona o grupo, motivado por causas políticas, religiosas, ideológicas o similares, con la intención de ejercer influencia sobre cualquier gobierno o de atemorizar a la población o a cualquier segmento de la misma.
- 1.3. ACUERDO SUGESE 06-13:** Reglamento de Defensa y Protección del Consumidor de Seguros, aprobado por el Consejo Nacional de Supervisión del Sistema Financiero mediante artículo 11, del acta de la sesión 1048-2013, celebrada el 25 de junio del 2013 y publicado en La Gaceta 146 del 31 de julio del 2013.
- 1.4. ACUERDO SGS-DES-A-031-2014:** Carta de Derechos de los Consumidores de Seguros de las 15 horas del 24 de febrero del 2014.
- 1.5. ASEGURADO:** Es toda persona física que en sí misma está expuesta a los riesgos objeto de este contrato de SEGURO.
- 1.6. BENEFICIO:** Es la prestación, indemnización o reembolso a la que el Asegurado accederá en caso de ocurrencia de alguno de los hechos expresamente cubiertos por el presente Seguro, de acuerdo con las condiciones del Plan.

- 1.7. BENEFICIARIO:** Es la persona física o jurídica en cuyo favor se ha establecido la indemnización o prestación que pagará la Compañía.
- 1.8. CENTRAL DE ASISTENCIA:** Es el centro de atención telefónica que pone a disposición la Compañía para la atención de los llamados del Asegurado en caso de Sinistro o de la necesidad de solicitar alguno de los Beneficios establecidos en el presente Seguro y de acuerdo con las condiciones del Plan, cuyo (s) número (s) de teléfono será (n) indicado (s) en la Propuesta/Oferata.
- 1.9. COMPAÑERO DE VIAJE:** Comprende una o más personas que hayan efectuado reserva para acompañar al Asegurado en el Viaje, que viajen en la misma fecha y vuelo que el Asegurado y cuyos pasajes hayan sido adquiridos simultáneamente.
- 1.10. CONDICIONES GENERALES:** Cláusulas predispuestas, debidamente registradas ante la Superintendencia General de Seguros ("SUGESE"), que recoge los principios básicos que regulan los contratos de seguro.
- 1.11. CONTRATOS DE VIAJE:** Son los convenios o contratos celebrados por el Asegurado con el objeto de que el Asegurado realice un viaje, tour o crucero a un país extranjero, ya sea que dicho Viaje sea organizado por un operador de turismo, agente de viajes, línea de cruceros o bien directamente por el propio Asegurado, y que se encuentra protegido por el presente Seguro.
- 1.12. CONTRATANTE:** Es la persona física que firma y contrata el seguro. Es a quien corresponde el pago de las primas e informa a los Beneficiario(s), u otros legítimos interesados, sobre la contratación del seguro y sus condiciones o modificaciones en cuanto a las operaciones de cobertura o información otorgada. Podría coincidir o no en la figura del Asegurado.
- 1.13. COSTO DE REPOSICIÓN:** Monto que costaría reponer un objeto a los precios de mercado.
- 1.14. DAÑO A LA PROPIEDAD:** Lesión física a, destrucción de o pérdida de uso de propiedad mueble o inmueble.
- 1.15. DOCUMENTOS PERSONALES:** Documentos de identificación emitidos por el país de origen, estado o provincia del Asegurado, incluyendo, pero no limitado a la licencia de conducir y pasaporte.
- 1.16. DERSA:** Documento estandarizado y resumido de seguros autoexpedibles donde se sintetizan las Condiciones Generales.
- 1.17. DEPORTES PELIGROSOS:** Deportes extraordinarios y notoriamente peligrosos, aún cuando sean practicados como pasatiempo, tales como pero sin limitarse a: polo, hockey, paperchase, steeplechase, montañismo, deportes aéreos, deportes de combate, exploración de cavernas, bungee-jump, buceo autónomo a más de 30 (treinta) metros de profundidad o que necesite de descompresión, y la práctica o participación del Asegurado en competencias deportivas en hielo o nieve, combate o demostración de artes-marciales.
- 1.18. EDAD:** Se refiere a los años de vida cumplidos por el Asegurado más trescientos sesenta y cuatro (364) días.
- 1.19. ENFERMEDADES O CONDICIÓN PREEXISTENTE O ANTERIORES:** Cualquier alteración de la salud, padecimiento, condición física o mental, enfermedad, patología, incapacidad, lesión o dolencia que afecte al Asegurado, sobre la cual razonablemente sus conocimientos, y su capacidad de entendimiento le permitan conocer indubitablemente en el momento de la adquisición del Seguro; así mismo, la que le haya sido diagnosticada, o que esté siendo investigada o en proceso de estudio de diagnóstico con anterioridad a la fecha de la adquisición de la Póliza.
- 1.20. ENFERMEDAD DE CARÁCTER SÚBITO:** Es el evento de carácter mórbido, de causa no accidental, que sea contraído por el Asegurado o se manifieste por primera vez durante el Viaje y que requiera tratamiento terapéutico por parte de un Médico y no corresponda a una Enfermedad o Condición Preexistente o Anterior.
- 1.21. ESTABLECIMIENTO HOSPITALARIO U HOSPITAL:** Es un lugar que: a) Cuenta con habilitación o permiso vigente, si así fuese requerido por la ley; b) Está dedicado especialmente al cuidado y tratamiento de personas enfermas o lesionadas; c) Cuenta con un cuerpo de uno o más médicos disponibles en forma

permanente; d) Presta servicios de enfermería las veinticuatro (24) horas del día y cuenta al menos con un profesional de enfermería matriculado, de guardia en forma permanente; e) Cuenta con instalaciones organizadas para diagnóstico y cirugía, ya sea en el mismo lugar o en otras instalaciones disponibles del Hospital, previamente acordados. No son considerados Hospitales los establecimientos geriátricos, de descanso o de convalecencia para personas de edad, ni un establecimiento operado como un centro de tratamiento para drogas y/o alcohol.

- 1.22. EQUIPAJE:** Para los efectos de este Seguro, será considerado equipaje todo bulto acondicionado en compartimiento cerrado que el Asegurado lleva en su Viaje, despachado comprobadamente bajo responsabilidad del Transporte Público Autorizado.
- 1.23. FECHA DE LLEGADA:** Es la fecha que el Asegurado originalmente programó como regreso de su Viaje.
- 1.24. FECHA DE SALIDA:** Es la fecha que el Asegurado originalmente programó como inicio de su Viaje.
- 1.25. HORA CONTRACTUAL:** Hora del día en la cual inicia y expira la vigencia de la póliza según se muestra en las Propuesta/Oferencia.
- 1.26. HURTO:** El apoderamiento no autorizado de una cosa mueble perteneciente al Asegurado sin la aplicación de la fuerza en los bienes o violencia física en las personas.
- 1.27. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:** Es el estado en que se encuentra un Asegurado como consecuencia de haber sufrido una lesión o una enfermedad, que le impide, de forma total y absoluta, generar o percibir ingresos a cambio de desempeñar cualquier trabajo, actividad, negocio, profesión, oficio u ocupación, por un período no menor de nueve (9) meses continuos, independientemente del trabajo, actividad, negocio, profesión, oficio u ocupación que desempeñare anteriormente el Asegurado. A modo de aclaración, la definición de incapacidad total y permanente de esta póliza no guarda relación alguna con el criterio utilizado para declarar a un Asegurado inválido por parte de cualquier otra entidad, pública o privada, incluyendo la Caja Costarricense del Seguro Social ("CCSS").
- 1.28. LESIÓN:** Es un daño corporal, enfermedad o dolencia, incluyendo cuidado requerido, pérdida de servicios o muerte que resulte, causados exclusivamente por Accidento o Robo, ocurrido durante el Viaje.
- 1.29. LEY N°7472:** Ley de Promoción de la Competencia y Defensa Efectiva del Consumidor del 20 de diciembre de 1994, publicada en el diario oficial La Gaceta N°14 del 19 de enero de 1995.
- 1.30. LEY N°7786:** Ley Sobre Estupeficientes, Sustancias Psicotrópicas, Drogas De Uso No Autorizado, Actividades Conexas, Legitimación De Capitales Y Financiamiento Al Terrorismo del 30 de abril de 1998, publicada en el diario oficial La Gaceta N°93 del 15 de mayo de 1998.
- 1.31. LEY N°8653:** Ley Reguladora del Mercado de Seguros, del 22 de julio del 2008 publicada en el diario oficial La Gaceta N°152 del 07 de agosto del 2008.
- 1.32. LEY N°8956:** Ley Reguladora del Contrato de Seguros del 17 de junio del 2011, publicada en el diario oficial La Gaceta N°175 del 12 de septiembre del 2011.
- 1.33. MÉDICO:** Es un profesional habilitado para practicar la medicina dentro del ámbito de su especialidad. Para todos los efectos, no será considerado como Médico: i) el Asegurado; ii) Su cónyuge; iii) Una persona que sea Miembro de la Familia del Asegurado o de su cónyuge o que tenga cualquier grado de parentesco con éstos, aún cuando se encuentre habilitado para ejercer la práctica de la medicina y cualquiera sea su lugar de residencia.
- 1.34. MEDICAMENTO NECESARIO:** Es la recomendación hecha por el Médico cuando ella es consistente con los síntomas, diagnóstico, y tratamiento de la condición del Asegurado y la misma es apropiada en relación con las reglas de la buena práctica médica.
- 1.35. MIEMBRO DE LA FAMILIA:** Respecto de la persona a la que se haga referencia, significa su cónyuge o conviviente en aparente matrimonio tal como se defina en las disposiciones legales vigentes, sus hijos, hijastros, sus padres, padrastrós, suegros, hermanos, hermanastros, cuñados, yernos, abuelos, nietos, nueras, menores bajo su tutela, tíos (entendiéndose por tales, los hermanos de su padre o madre) y sobrinos (comprendiendo únicamente, los hijos de un hermano), siempre y cuando residan en el mismo país del Asegurado.

- 1.36. PLAN:** Consiste en la combinación de coberturas, Beneficios, Sumas Aseguradas y límites contratados por el Asegurado, descritos en la Lista de Coberturas y Beneficios.
- 1.37. PRIMA:** Es el precio que deberá pagar el Contratante o Asegurado como contraprestación para que la Compañía cubra el riesgo contratado mediante el presente Seguro.
- 1.38. PROPUESTA U OFERTA DE SEGURO:** Documento expedido por la Compañía, donde se informan las condiciones particulares de la Póliza de Seguro, como son: Datos del Operador; Número de Póliza; Vigencia del Contrato; Datos del Asegurado; datos del Plan (Silver, Gold, Platinum); Declaraciones del Asegurado; Autorización para el Pago de la Prima con Cargo Automático. Una vez completo, este documento cumplirá la finalidad de certificado individual de seguro atendiendo los requisitos y propósitos tanto de la Propuesta u Oferta de Seguro como del certificado individual de seguro. Es referido, en el presente Seguro, como la "Propuesta/Oferta".
- 1.39. RECLAMANTE:** Persona física que actúa en calidad de tutor, albacea o representante de los menores designado por el Juez de la sucesión.
- 1.40. RESIDENCIA HABITUAL:** Es el inmueble descrito en la Propuesta/Oferta de la póliza, en el cual el Asegurado reside permanentemente y desarrolla generalmente sus actividades familiares sociales.
- 1.41. ROBO:** El apoderamiento ilegítimo de una cosa mueble perteneciente al Asegurado con ánimo de apropiársela, con fuerza en los bienes o con violencia física en las personas, sea que la violencia tenga lugar antes, durante o después del Robo, para facilitararlo o para procurar impunidad.
En el caso de fuerza en los bienes se entiende que existe, cuando el Robo se verifica con rompimiento de muros, paredes, techos o suelos, forzamiento o fracturando puertas o ventanas interiores o exteriores o con la fractura o forzamiento de muebles, arcas o cualquier otra clase de bienes cerrados, de lo cual deben de quedar marcas visibles producidas por herramientas, explosivos, electricidad o productos químicos.
En caso de violencia sobre las personas, se entiende que la hay, cuando ha mediado intimidación o cuando se ejerza sobre ellas la fuerza física o la de cualquier instrumento que sirva como arma o se haga uso de medios hipnóticos o de narcóticos.
- 1.42. SINIESTRO:** La ocurrencia del hecho futuro, incierto y ajeno a la voluntad del Asegurado que, amparado por la presente Póliza, obliga a la Compañía al pago de la Suma Asegurada o la prestación prevista en el contrato.
- 1.43. SUMA ASEGURADA:** Es el monto máximo a cargo de la Compañía establecido por cada Siniestro y para cada cobertura incluida en la lista de Coberturas Básicas, de acuerdo al Plan contratado por el Asegurado.
- 1.44. TARIFA(S) DE PASAJERO:** La tarifa que el Asegurado pagó para viajar en transporte común y solo incluye un vehículo de alquiler, bus, tren, avión o barco.
- 1.45. TIEMPO DE ESPERA:** Es el período de tiempo, con posterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la PÓLIZA, durante el cual no se ampara la reclamación.
- 1.46. TIEMPO DE VIAJE:** Período de tiempo desde que el Asegurado partió del sitio de su Residencia Habitual para comenzar el VIAJE hasta el momento de regreso a su sitio de Residencia Habitual al completar el Viaje. Con respecto a un Viaje de una vía solamente, este terminará en el momento en el que el Transporte Público Autorizado que tomó llegue a su destino.
- 1.47. TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO:** Es cualquier medio de transporte de pasajeros a título oneroso por tierra, agua o aire, con recorrido fijo, operado con habilitación válida y en un todo de acuerdo a las disposiciones legales o reglamentarias aplicables. No están contemplados en la presente definición y por tanto quedan excluidos, los taxis, vehículos rentados, servicios de traslado de hotel o estacionamiento y cualquier otro medio de transporte privado de pasajeros.
- 1.48. VIAJE:** Es la salida del Asegurado de su país de residencia, con el fin de efectuar una visita, tour o crucero a un país extranjero, ya sea organizado a través de un operador de turismo, agente de viajes o línea de cruceros o bien directamente por el propio Asegurado o Contratante, y que se encuentra protegido por la presente Póliza, comprendido entre las Fecha de Salida y la Fecha de Llegada especificadas en la Propuesta/Oferta.

1.49. VIAJE DOMÉSTICO: Es el traslado del Asegurado desde su Domicilio hacia su lugar de destino y viceversa, siempre y cuando el viaje sea mayor a una distancia de 50 kilómetros, sin importar que el medio de transporte sea aéreo, marítimo o terrestre. La estancia en el lugar de destino se considera parte del Viaje.

DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL Y ORDEN DE PRELACIÓN

2. DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL: Condiciones Generales, Propuesta/Ofertra y Dersa.

3. PRELACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL: La interpretación de la Póliza debe seguir el siguiente orden de prelación: La Propuesta/Ofertra tiene prelación sobre las Condiciones Generales y en caso de contradicciones entre estos documentos y el Dersa se aplicará la disposición que favorezca al consumidor del seguro.

ÁMBITO DE COBERTURA

4. OBJETO DEL SEGURO: La Compañía indemnizará al(los) Asegurado(s) y/o Beneficiario(s), según sea el Plan escogido de acuerdo con la opción de Montos Asegurados que se muestra en la Propuesta/Ofertra, de acuerdo con los términos, condiciones y exclusiones contenidas en la Póliza.

5. COBERTURAS BÁSICAS:

5.1. MUERTE ACCIDENTAL POR ACCIDENTE

Al recibo de las debidas pruebas de fallecimiento de un Asegurado, producida como consecuencia inmediata de un Accidente ocurrido exclusivamente durante el Viaje, la Compañía pagará la Suma Asegurada convenida menos las cantidades abonadas en concepto de Incapacidad Total y Permanente y Desmembramiento

Solamente se cubrirá la muerte que se produzca dentro de los ciento ochenta (180) días naturales de ocurrido el Accidente y siempre que la misma sea consecuencia inmediata de las Lesiones provocadas por el mismo. Para este caso se cubren de forma explícita lo siguiente:

5.1.1. Muerte Accidental por Accidente: Cubre el fallecimiento del asegurado cuando ocurre como resultado directo de un accidente súbito y externo.

5.1.2. Muerte Accidental por Accidente en Transporte Público Autorizado: Cubre la muerte del asegurado cuando el accidente ocurre mientras viaja como pasajero en un medio de transporte público legalmente autorizado.

5.1.3. Muerte Accidental por Accidente a consecuencia de un Robo: Cubre la muerte del asegurado cuando esta ocurre como resultado directo de un accidente provocado en el contexto de un robo.

En caso de enfermedades originadas por pandemias o epidemias declaradas o no, está cobertura no será de aplicación.

5.2. DESMEMBRAMIENTO E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

La Compañía se compromete al pago de la Suma Asegurada, de acuerdo al valor indicado en la "Tabla de Cálculo de Indemnización" inserta a continuación, en caso de invalidez de carácter permanente o

desmembración del Asegurado, a consecuencia de un Accidente ocurrido exclusivamente durante el Viaje, siempre que la Póliza de Seguro se encuentre vigente. Esta cobertura incluye:

- a) **Desmembramiento e Incapacidad Total y Permanente por Accidente:** Se cubre por causa contemplada en la definición de Accidente y que no se encuentre expresamente excluida por la presente Póliza.
- b) **Desmembramiento e Incapacidad Total y Permanente por Accidente en Transporte Público Autorizado.** Bajo este escenario, la Compañía pagará el cuádruple de la Suma Asegurada que se pagará por Desmembración e Incapacidad Total y Permanente por Accidente;
- c) **Desmembramiento e Incapacidad Total y Permanente por Accidente a consecuencia de un Robo:** Bajo este escenario, la Compañía pagará el doble de la Suma Asegurada que se pagaría por Desmembración e Incapacidad Total y Permanente por Accidente.

Todo ello hasta la Suma Asegurada establecida para cada caso en las Coberturas Básicas que se detalle en las Condiciones Particulares correspondientes. En el caso que no se hubiera establecido Suma Asegurada para alguna de las causales descritas, se entenderá que no se otorgará cobertura bajo la misma, encontrándose excluida de la presente Póliza de Seguro.

5.2.1. DEFINICIONES E INTERPRETACIONES

Para todos los efectos de esta cobertura, las expresiones siguientes tendrán la aceptación y el alcance que a continuación se les asigna:

Pérdida de la mano: Su separación absoluta a nivel o sobre la articulación de la muñeca.

Pérdida de un pie: Su separación absoluta a nivel o sobre la articulación del tobillo.

Pérdida de la visión: la pérdida completa e irreparable del sentido de la visión, es decir el estado de ceguera.

Pérdida de un dedo: la separación absoluta y completa de dos falanges.

Anquilosis: La limitación total de los movimientos de una articulación móvil.

Pérdida: En todos los casos se entiende también por pérdida, la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano o miembro lesionado de manera tal que no pueda desarrollar ninguna de sus funciones.

Solamente los casos listados a continuación se encuentran cubiertos:

TABLA PARA CÁLCULO DE INDEMNIZACIÓN EN CASO INVALIDEZ PERMANENTE O DESMEMBRACIÓN RESULTANTE DE ACCIDENTE

TOTAL

Estado absoluto e incurable de alienación mental, que no permita al Asegurado ningún trabajo u ocupación, por el resto de su vida: 100%

Fractura incurable de la columna vertebral que determine la invalidez total y permanente 100%

PARCIAL

Cabeza

Sordera total e incurable de los dos oídos 50%

Pérdida total de un ojo, reducción de la mitad de la visión binocular normal	40%
Sordera total e incurable de un oído.....	15%
Ablación de la mandíbula inferior	50%

Miembros superiores

	Der.	Izq.
Pérdida total de un brazo	65%	52%
Pérdida total de una mano	60%	48%
Fractura no consolidada de un brazo (seudoartrosis total).....	45%	36%
Anquilosis del hombro en posición no funcional	30%	24%
Anquilosis del hombro en posición funcional.....	25%	20%
Anquilosis del codo en posición no funcional	25%	20%
Anquilosis del codo en posición funcional	20%	16%
Anquilosis de la muñeca en posición no funcional	20%	16%
Anquilosis de la muñeca en posición funcional	15%	12%
Pérdida total del pulgar.....	18%	14%
Pérdida total del índice	14%	11%
Pérdida total del dedo medio.....	9%	7%
Pérdida total del anular o el meñique	8%	6%

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

Miembros inferiores

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

Cuando como consecuencia de un mismo Accidente resulte incapacitado más de un miembro u órgano, la indemnización será calculada sumando los porcentuales respectivos. Sin perjuicio de lo anterior, el Beneficio total no debe exceder el cien por ciento (100%) de la Suma, de acuerdo a las Coberturas Básicas.

El Plan contratado podrá establecer exclusivamente la cobertura de "Incapacidad Permanente Total" del Asegurado, quedando por lo tanto excluida cualquier "Incapacidad Permanente Parcial". No obstante, si la suma de las distintas pérdidas de miembros u órganos alcanzara o superará el ochenta por ciento (80%), se considerará como "Incapacidad Total" y por consiguiente se abonará la respectiva Suma Asegurada. Dicha determinación se realizará conforme a los

porcentajes establecidos en la tabla anterior, incluida en esta cobertura. De tal manera, se indica que existen ambas modalidades ("Incapacidad Permanente Total" e "Incapacidad Permanente Parcial") según se cumpla lo indicado anteriormente.

Solamente se cubrirán las "Incapacidades Permanentes" que se configuren dentro de los ciento ochenta (180) días naturales posteriores al Accidente y siempre que las mismas sean consecuencia inmediata de las Lesiones provocadas por el mismo.

En caso de que más de la tercera parte de los ingresos del Asegurado provengan de actividades en las cuales no deba llevar a cabo ningún tipo de labor física y/o intelectual para ser acreedor de rentas (v.gr. se encuentre pensionado, reciba periódicamente dividendos de compañías en las cuales figura como socio, sea Beneficiario en un Fideicomiso de Administración de Fondos, arriende bienes inmuebles que le generen rentas, etc.), éste NO tendrá derecho a percibir la indemnización por concepto de Incapacidad Total y Permanente.

En caso de enfermedades originadas por pandemias o epidemias declaradas o no, esta cobertura no será de aplicación.

5.3. GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE Y/O ENFERMEDAD

Se cubrirán los gastos médicos que requiera el Asegurado durante el Viaje, como consecuencia inmediata de haber sufrido un Accidente o Enfermedad de Carácter Súbito durante el Viaje.

A los fines de esta Póliza de Seguros, se entiende que la asistencia médica y Hospitalaria comprende:

- a) Servicios prestados por un Médico;
- b) Internación Hospitalaria y uso de quirófano;
- c) Exámenes médicos, exámenes o tratamientos radiológicos y análisis de laboratorio;
- d) Anestesia (incluyendo administración de la misma);
- e) Fisioterapia: En caso de necesidad de Fisioterapia como resultado de Lesiones provenientes de Accidentes ocurridos o Enfermedades de Carácter Súbito contraídas o que se manifiesten por primera vez durante el Viaje, el Asegurado recibirá atención fisioterapéutica, a condición de que ésta sea prescrita por el Médico que atendió al Asegurado durante el Viaje.
- f) Emergencias y urgencias médicas.

Constatada la Condición Preexistente de cualquier Lesión o enfermedad del Asegurado, los Beneficios de asistencia médica serán suspendidos y la atención, así como sus costos serán de responsabilidad exclusiva del Asegurado.

La Compañía tendrá el derecho a someter al Asegurado hasta tres (3) exámenes médicos, con costo a cargo de la Compañía, mientras hubiera beneficios pendientes.

En caso de gastos de cualquier tipo generados por enfermedades a consecuencia de Epidemias o Pandemia declaradas, esta cobertura por "GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE Y/O ENFERMEDAD" será la única cobertura aplicable y hasta un límite máximo de responsabilidad del quince por ciento (15%) de la Suma Asegurada indicada en la tabla de beneficios del Plan elegido.

Para los casos de gastos generados por enfermedades a consecuencia de epidemia o pandemia declaradas no se aplicarán pagos por reembolso por lo cual la coordinación de beneficios aplicables se deberá realizar, sin excepción, a través de nuestra Central de Asistencia, a los números de teléfono indicados en la Propuesta/Oferente.

En caso de enfermedades originadas por pandemias o epidemias declaradas o no, solamente será de aplicación esta cobertura de "GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE Y/O ENFERMEDAD".

A partir de que el Asegurado cumpla setenta (70) años de edad la Suma Asegurada correspondiente para cada Plan se reducirá automáticamente en un cincuenta por ciento (50%).

5.4. GASTOS ODONTOLÓGICOS POR EMERGENCIA DENTAL

Con esta cobertura se incluye la asistencia odontológica requerida por el Asegurado durante el Viaje. El primer tratamiento deberá realizarse en el extranjero durante el Viaje y deberá comenzar dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a la emergencia o al momento en que se presentó por primera vez el dolor agudo y repentino en dientes naturales permanentes del Asegurado, a consecuencia de Accidente ocurrido o Enfermedad de Carácter Súbito contraída durante el Viaje. Incluye los arreglos o sustituciones de prótesis odontológicas siempre y cuando deriven de una Lesión súbita ocurrida durante el Viaje.

El tratamiento odontológico y los servicios y suministros correspondientes serán provistos por la Compañía hasta la Suma Asegurada respectiva establecida en las Coberturas Básicas según hayan tenido su origen en un Accidente o en una Enfermedad de Carácter Súbito, todo ello sujeto al Límite de Responsabilidad que se detalle en la Propuesta/Oferente correspondiente.

Esta cobertura sólo se extenderá por un período de treinta (30) días naturales contados desde la fecha del primer tratamiento, pudiendo continuar el tratamiento y la cobertura del mismo en el país de residencia del Asegurado, pero siempre dentro del plazo mencionado

No se cubre en el rubro de gastos odontológicos los siguientes:

- **Cualquier tratamiento rutinario o que no sea médicamente necesario.**
- **Tratamientos rejuvenecedores, estéticos o de ortodoncia, gastos en compras de prótesis (se excluyen los gastos en arreglos o reemplazos de prótesis odontológicas que sean producto de una Lesión).**
- **Servicios y suministros odontológicos en el país de residencia del Asegurado.**
- **Tratamiento proporcionado por un Hospital del estado o prestador de servicios que no signifique un costo para el Asegurado, es decir que son gratuitas o reembolsables por un tercero.**

En caso de enfermedades originadas por pandemias o epidemias declaradas o no, está cobertura no será de aplicación.

5.5. MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Esta cobertura incluye la provisión de medicamentos necesarios (en virtud de la atención médica u odontológica cubierta por esta Póliza), sujeto al Límite de Responsabilidad y hasta la Suma Asegurada indicada en las Coberturas Básicas detalladas en la Propuesta/Oferente correspondiente, siempre que dichos medicamentos hayan

sido requeridos con motivo de un Accidente ocurrido o Enfermedad de Carácter Súbito ocurrido durante el Viaje y hayan sido prescritos por un Médico.

En caso de enfermedades originadas por pandemias o epidemias declaradas o no, está cobertura no será de aplicación.

5.6. EVACUACIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA

La Evacuación Médica de Emergencia, hasta la Suma Asegurada máxima que figura en las Coberturas Básicas y sujeto al Límite Máximo de Responsabilidad detallado en la Propuesta/Oferta correspondiente, que resulte necesaria en caso de Lesión o Enfermedad de Carácter Súbito del Asegurado.

Una Evacuación de Emergencia debe ser previamente solicitada y aprobada a través de la Central de Asistencia y requerida por un Médico que certifique que la gravedad o la naturaleza de la Lesión o Enfermedad de Carácter Súbito del Asegurado que hace necesaria tal evacuación.

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

El transporte deberá ser:

- a) Recomendado por el Médico que atienda al Asegurado.
- b) Requerido por las regulaciones estándar del medio de transporte que traslada al Asegurado.
- c) Acordado y autorizado anticipadamente por la Compañía.

La Evacuación Médica de Emergencia se aplica en los casos:

- a) Que la condición médica del Asegurado hace necesario el transporte inmediato desde el lugar donde éste se encuentra lesionado o enfermo hasta el Hospital más cercano en donde se podrá obtener el tratamiento médico apropiado.
- b) Que luego de haber sido tratado en un Hospital local, la condición médica del Asegurado hace necesario su transporte al país donde comenzó el Viaje para recibir tratamiento médico adicional o para recuperarse.

En caso de enfermedades originadas por pandemias o epidemias declaradas o no, está cobertura no será de aplicación.

5.7. REPATRIACIÓN FUNERARIA

En caso de fallecimiento del Asegurado durante el Viaje, el pago del traslado de sus restos mortales hasta su país de residencia habitual, así como proveer un ataúd común o una urna funeraria. Este servicio comprende todo el proceso burocrático para la liberación de los restos mortales, pasaje aéreo y embalsamamiento.

En caso de enfermedades originadas por pandemias o epidemias declaradas o no, está cobertura no será de aplicación.

5.8. GASTOS DE HOTEL POR CONVALECENCIA

La cobertura incluye el Hospedaje del Asegurado en un hotel en caso de que el equipo médico del hospital donde se encuentre el Asegurado y el equipo médico indicado por la Compañía determinen la necesidad de prorrogar el periodo de estadía del Asegurado por convalecencia, después que fue dado de alta del Hospital, debido a Accidente o Enfermedad de Carácter Súbito.

Este Beneficio por convalecencia se encuentra sujeto a la cantidad máxima de días de estadía en hotel, al Límite de Responsabilidad y a la Suma Asegurada máxima diaria, todos ellos indicados en las Coberturas Básicas de la Propuesta/Oferza correspondiente.

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

En caso de enfermedades originadas por pandemias o epidemias declaradas o no, está cobertura no será de aplicación.

5.9. VIAJE DE EMERGENCIA DE UN FAMILIAR

El Beneficio correspondiente a cada una de las coberturas que se indican a continuación, estará sujeto a los límites y condiciones indicados seguidamente, así como también a la Suma Asegurada total para este acápite y al Límite de Responsabilidad, según los rubros consignados en las Coberturas Básicas.

- **Pasaje Aéreo**

La entrega de un pasaje aéreo de ida y vuelta en clase económica, salvo que expresamente se pacte una clase superior y se indique tal situación en las Coberturas Básicas, a quien indique el Asegurado, cuando éste se encuentre viajando solo y los Médicos indicados por la Compañía consideren necesaria su internación en un Hospital por un periodo superior a cinco (5) días naturales, siempre que previamente haya sido solicitado y aprobado a través de la Central de Asistencia. En caso de que el Asegurado no pueda indicar a un acompañante, se considerará al cónyuge o cualquier pariente en primer grado de consanguinidad y que sea mayor de edad.

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

En caso de enfermedades originadas por pandemias o epidemias declaradas o no, está cobertura no será de aplicación.

5.10. GASTOS DE ESTANCIA DE UN FAMILIAR

La estadía en hotel para hospedaje del acompañante del Asegurado en ocasión de la situación descrita en el acápite precedente y siempre que previamente haya sido solicitada y aprobada a través de la Central de Asistencia.

Este Beneficio se encuentra sujeto a la cantidad máxima de días de estadía en hotel y a la Suma Asegurada máxima diaria, indicadas en las Coberturas Básicas.

En caso de enfermedades originadas por pandemias o epidemias declaradas o no, está cobertura no será de aplicación.

5.11. TRASLADO DE MENORES

El otorgamiento de un pasaje aéreo en clase económica, salvo que expresamente se pacte una clase superior y se indique tal situación en las Coberturas Básicas de la Propuesta/Oferente, de ida y vuelta para que una persona adulta, designada por la familia del Asegurado, pueda acompañar al (a los) menor(es) de regreso al domicilio, siempre que haya sido previamente solicitado y aprobado a través de la Central de Asistencia.

Este Beneficio se encuentra limitado a la Suma Asegurada y sujeto al Límite de Responsabilidad consignados en las Coberturas Básicas de la Propuesta/Oferente.

Esta cobertura se aplica solamente cuando el Asegurado posea Compañeros de Viaje menor(es), de hasta dieciocho (18) años de edad, y siempre que, debido a un Accidente, Enfermedad de Carácter Súbito o fallecimiento del Asegurado durante el Viaje, dicho(s) menor(es) se quede(n) sin compañía de una persona adulta durante el mismo.

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

En caso de enfermedades originadas por pandemias o epidemias declaradas o no, está cobertura no será de aplicación.

5.12. CANCELACIÓN DEL VIAJE

La Compañía reembolsará al Asegurado, hasta la Suma Asegurada indicada en las Coberturas Básicas y sujeto al Límite de Responsabilidad indicado en la Propuesta/Oferente, los gastos por servicios no reembolsables por parte de terceros, pagados anticipadamente por el Asegurado en concepto de hospedaje en hotel y/o de cargos por cancelación de la utilización de un Transporte Público Autorizado, en caso de que el Asegurado se vea impedido de iniciar el Viaje debido a una Enfermedad de Carácter Súbito, Accidente o fallecimiento, ya sea del propio Asegurado, de su Compañero de Viaje o de algún Miembro de la Familia del Asegurado, siempre y cuando el Asegurado haya reservado y pagado o abonado estos costos antes que ocurriera tal Enfermedad de Carácter Súbito, Accidente o fallecimiento.

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

En el caso de Cancelación del Viaje, la Compañía y el operador de turismo respectivo deberán ser notificados en un plazo máximo de veinticuatro (24) horas desde la ocurrencia de la Enfermedad de Carácter Súbito, Accidente o fallecimiento. Vencido este plazo, la Compañía no se responsabilizará por multas o penalidades adicionales, cualquiera sea su naturaleza.

A los efectos de este Beneficio éste queda sujeto a que las Enfermedades de Carácter Súbito deberán manifestarse por primera vez o ser contraídas con posterioridad a la fecha de contratación de esta Póliza de Seguro, la cual estará indicada en la Propuesta/Oferata.

En caso de enfermedades originadas por pandemias o epidemias declaradas o no, está cobertura no será de aplicación.

5.13. INTERRUPCIÓN DEL VIAJE

El Beneficio correspondiente a cada una de las coberturas que se indican a continuación, estará sujeto a los límites y condiciones indicados seguidamente, así como también a la Suma Asegurada total para este acápite y al Límite de Responsabilidad, consignados en las Coberturas Básicas de la Propuesta/Oferata.

- **Reembolso de Gastos**

La Compañía reembolsará al Asegurado, hasta la Suma Asegurada indicada en las Coberturas Básicas de la Propuesta/Oferata, los gastos no reembolsables por parte de terceros, pagados anticipadamente por el Asegurado en concepto de hospedaje en hotel y/o de cargos por cancelación de la utilización de un Transporte Público Autorizado, en caso de que el Asegurado se vea impedido de concluir el Viaje debido a incendio o Robo en la residencia habitual del Asegurado, Enfermedad de Carácter Súbito, Accidente o fallecimiento, ya sea del propio Asegurado, de su Compañero de Viaje o de algún Miembro de la Familia del Asegurado, siempre y cuando el Asegurado haya reservado y pagado o abonado estos costos antes que ocurrieran las mencionadas eventualidades.

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

En el caso de Interrupción del Viaje, la Compañía y el operador de turismo respectivo deberán ser notificados en un plazo máximo de veinticuatro (24) horas desde la ocurrencia del Siniestro. Vencido este plazo, la Compañía no se responsabilizará por multas o penalidades adicionales, cualquiera sea su naturaleza.

En caso de enfermedades originadas por pandemias o epidemias declaradas o no, está cobertura no será de aplicación.

- **Regreso Anticipado**

Esta cobertura incluye la entrega de un pasaje aéreo en clase económica, salvo que expresamente se pacte una clase superior y se indique tal situación en las Coberturas Básicas de la Propuesta/Oferata, para el regreso del Asegurado a su país de residencia, en caso de que el mismo quede inhabilitado de continuar el Viaje, conforme lo previsto en la cobertura "Reembolso de Gastos".

Este pasaje será entregado sólo en caso de que no sea posible utilizar el medio de Transporte Público Autorizado previsto originalmente para la finalización del Viaje.

En caso de enfermedades originadas por pandemias o epidemias declaradas o no, está cobertura no será de aplicación.

5.14. PÉRDIDA DE EQUIPAJE EN TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO

En caso de extravío, hurto o robo de Equipaje del Asegurado una vez que el mismo se encuentre bajo la responsabilidad de una compañía de Transporte Público Autorizado, acreditado mediante la presentación del correspondiente informe de pérdida ("Property Irregularity Report" o "PIR") o su equivalente, la Compañía pagará \$50.00 (cincuenta dólares), moneda de curso legal de los Estados Unidos de América por cada kilo de Equipaje, hasta la cantidad máxima contratada para esta cobertura indicada en las Coberturas Básicas de la Propuesta/Oferente, de acuerdo al peso del Equipaje al momento del embarque, limitado al monto total declarado en el informe de pérdida ("Property Irregularity Report" o "PIR") o su equivalente, **descontados aquellos pagos efectuados por la compañía de Transporte Público Autorizado a título de indemnización**. Sin perjuicio de lo anterior, el monto a indemnizar queda limitado a la Suma Asegurada total indicada en las Coberturas Básicas y al Límite de Responsabilidad indicado en la Propuesta/Oferente.

En la eventualidad de que la compañía de Transporte Público Autorizado no haya efectuado el pesaje del Equipaje del Asegurado, éste deberá efectuar un listado por ítem contenido en su Equipaje. La Compañía estimará según el referido listado los kilos aproximados contenidos en el Equipaje a los fines del cálculo del Beneficio.

En caso de enfermedades originadas por pandemias o epidemias declaradas o no, está cobertura no será de aplicación.

5.15. RETRASO DE EQUIPAJE

La Compañía reembolsará los gastos por compras de efectos personales, no provistos por el Transporte Público Autorizado, a causa del retraso o extravío del Equipaje del Asegurado, una vez que el mismo se encuentre bajo la responsabilidad de una compañía de Transporte Público Autorizado. Para obtener el reembolso, el Asegurado deberá acreditar el retraso o extravío mediante la presentación del correspondiente informe de pérdida ("Property Irregularity Report" o "PIR") o su equivalente.

La Compañía otorgará este Beneficio cuando el Equipaje no haya sido entregado al Asegurado dentro de las veinticuatro (24) horas posteriores al horario de llegada del Asegurado al destino indicado en su boleto de Transporte Público Autorizado. **No se otorgará este Beneficio en caso de que el destino del titular sea el de su residencia o domicilio**. Este Beneficio se encuentra limitado a la Suma Asegurada indicada en las Coberturas Básicas y sujeto al Límite de Responsabilidad de la Propuesta/Oferente.

El Beneficio está limitado al reembolso de gastos en la compra de efectos básicos de vestuario e higiene personal exclusivamente, que no hayan sido pagados por el Transporte Público Autorizado mientras dure el retraso.

Del Beneficio a ser indemnizado serán descontados aquellos pagos efectuados por el Transporte Público Autorizado al Asegurado a título indemnizatorio.

En caso de enfermedades originadas por pandemias o epidemias declaradas o no, está cobertura no será de aplicación.

5.16. RETRASO DEL VIAJE

El reembolso por los gastos de hospedaje y alimentación en que se incurra exclusivamente con motivo de atraso del Viaje, hasta la Suma Asegurada indicada en las Coberturas Básicas y sujeto al Límite de Responsabilidad de la Propuesta/Oferta, en caso de que el Viaje sufra un atraso de doce (12) horas o más, debido a:

- a) Retraso del vuelo regular causado por condición climática severa que demore su llegada o partida programada.
- b) Retraso por huelga u otro conflicto laboral de los empleados de la compañía aérea regular, programada para ser utilizada por el Asegurado durante su Viaje.
- c) Retraso causado por falla o desperfecto repentino o imprevisible del vuelo regular, que causó el retraso o la interrupción del servicio programado.

También se reembolsarán, hasta la Suma Asegurada establecida en las Coberturas Básicas de la Propuesta/Oferta, los gastos de alimentación y hospedaje causados por la pérdida de conexión o interrupción de los traslados programados, derivados de los eventos descritos anteriormente, siempre y cuando el atraso sea igual o superior a doce (12) horas.

El Beneficio indicado anteriormente se limita al pago de gastos de alimentación y hospedaje que no hayan sido pagados por la compañía aérea regular, mientras se mantenga el atraso.

Este Beneficio se refiere exclusivamente a vuelos regulares de compañías aéreas, no incluyendo por tanto los vuelos alquilados o "charter".

En caso de enfermedades originadas por pandemias o epidemias declaradas o no, está cobertura no será de aplicación.

5.17. HONORARIOS LEGALES

Asistencia legal por parte de un abogado, en caso de que el Asegurado sufra cualquier tipo de Accidente en el que sea necesaria tal asistencia, hasta la Suma indicada en la Suma Asegurada establecida en las Coberturas Básicas y sujeto al Límite de Responsabilidad de la Propuesta/Oferta.

En caso de enfermedades originadas por pandemias o epidemias declaradas o no, está cobertura no será de aplicación.

5.18. FIANZAS LEGALES

Dentro de esta cobertura se comprende el pago o reembolso de los gastos de Fianza, originados en orden de prisión o detención indebida por parte de cualquier gobierno o poder extranjero, hasta la Suma Asegurada establecida en las Coberturas Básicas y sujeto al Límite de Responsabilidad de la Propuesta/Oferta.

En caso de enfermedades originadas por pandemias o epidemias declaradas o no, está cobertura no será de aplicación.

6. EXCLUSIONES

6.1. EXCLUSIONES GENERALES

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

- 6.1.1. Enfermedades originadas en una Condición Pre-Existente al Viaje del Asegurado y cualquiera de sus consecuencias, secuelas, convalecencias y alteraciones durante tratamientos que no se encuentran todavía en una etapa consolidada. Esta exclusión no se aplica a las coberturas de "REPATRIACIÓN FUNERARIA", "INTERRUPCIÓN DEL VIAJE" y "CANCELACIÓN DE VIAJE", siempre y cuando en el caso de éstas dos últimas coberturas, se hubiere expedido la Póliza de Seguros en un lapso no mayor de setenta y dos (72) horas posteriores a la fecha en que el Asegurado hizo el pago total o parcial correspondiente a la reservación del hospedaje en hotel y/o por la utilización del Transporte Público Autorizado, conforme lo previsto en las coberturas "INTERRUPCIÓN DEL VIAJE" y "CANCELACIÓN DEL VIAJE". Transcurrido el referido plazo sin que se haya expedido la Póliza, será aplicable la exclusión establecida en el presente inciso a las coberturas de "INTERRUPCIÓN DEL VIAJE" y "CANCELACIÓN DE VIAJE".
- 6.1.2. Los accidentes que sobrevengan al Asegurado en la práctica de cualquier deporte, competencia de forma profesional, práctica de Deportes Peligrosos o de alto riesgo, aun cuando sean practicados como pasatiempo y prácticas en carácter de competencia de automovilismo, motociclismo y deportes náuticos motorizados, sea en calidad de conductor o pasajero, y el uso de snowmobile o vehículos similares.
- 6.1.3. Suicidio, intento de suicidio o Lesión intencionalmente infringida por el Asegurado a sí mismo.
- 6.1.4. Homicidio o tentativa de homicidio al Asegurado intencionalmente por los Beneficiarios de la presente Póliza.
- 6.1.5. Enfermedades de transmisión sexual, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o la infección del Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV).
- 6.1.6. Embarazo o cualquier condición afín, incluyendo servicios y suministros con relación al diagnóstico y tratamiento de la infertilidad u otros problemas relacionados con la capacidad de concebir; control de natalidad, incluyendo intervenciones quirúrgicas y dispositivos a tal fin.
- 6.1.7. Estar bajo la influencia de drogas, alcohol u otras sustancias tóxicas, a menos que hayan sido prescritas por un Médico y tomadas como fueron prescritas.
- 6.1.8. Participación en riñas o duelos.
- 6.1.9. Guerras civiles nacionales o extranjeras, motines, movimientos populares, represalias, restricciones a la libre circulación, huelgas (excepto por lo establecido para la cobertura de "RETRASO DEL VIAJE"), explosiones, emanación de calor o radiación provenientes de la transmutación desintegración de núcleo atómico, de radioactividad u otros casos de fuerza mayor que impidan la intervención de la Compañía.
- 6.1.10. Utilización de instrumentos de guerra y/o armas de fuego.
- 6.1.11. Prestación de servicios en las fuerzas armadas o unidades auxiliares de las mismas.
- 6.1.12. Secuestro e intento de secuestro.
- 6.1.13. Pérdidas, daños, costos o gastos de cualquier naturaleza, directa o indirectamente causados por, resultante de, o relacionados con cualquier Acto Terrorista, aun cuando exista cualquier otra causa o acontecimiento que contribuya al evento en forma concurrente o en cualquier otra secuencia.

- 6.1.14. Pérdidas, daños, costos o gastos de cualquier naturaleza, directos o indirectos, originados en cualquier acción ejercida para controlar, evitar o suprimir actos de terrorismo o que se relacionen con éstos. Cuando los hechos en que se basa la exclusión de esta cláusula configuren un delito de cuya comisión están conociendo los Tribunales de Justicia, la Compañía no estará obligada a pagar ningún Beneficio por Siniestro, mientras no exista un sobreseimiento judicial basado en que no ocurrieron los hechos constitutivos del delito de que se trata esta exclusión, o bien, en que no se encuentra justificada la perpetración de dicho delito.
- 6.1.15. Efectos de la energía nuclear de cualquier forma.
- 6.1.16. La operación o aprendizaje para operar cualquier aeronave o el desempeño de actividades como miembro de la tripulación de esta.
- 6.1.17. Viajes a, en, o a través de Afganistán, Cuba, República Democrática del Congo, Irán, Irak, Liberia o Siria.
- 6.1.18. Pérdida, lesión, daño, responsabilidad civil, servicio o beneficio relacionado que sufra directa o indirectamente cualquier terrorista o miembro de alguna organización terrorista, traficante de narcóticos o proveedor de armamento nuclear, químico o biológico.
- 6.1.19. Se excluyen siniestros que se produzcan por dolo o culpa grave del Asegurado, Beneficiario o de sus respectivos causahabientes.
- 6.1.20. Pérdidas que resulten de o están relacionadas con tareas de negocios incluyendo el trabajo o profesión del Asegurado.
- 6.1.21. Pérdidas causadas por actos ilegales.
- 6.1.22. Pérdidas que el Asegurado haya causado intencionalmente.
- 6.1.23. Pérdidas que resulten de las acciones directas de un pariente, hasta segundo grado de consanguinidad o afinidad, del Asegurado o acciones que un pariente, hasta segundo grado de consanguinidad o afinidad, conoció o planificó.
- 6.1.24. En caso de enfermedades originadas por pandemias o epidemias declaradas o no, las coberturas de esta Póliza no serán de aplicación a excepción de la cobertura "GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE Y/O ENFERMEDAD".

6.2. EXCLUSIONES ESPECIALES PARA COBERTURAS

- 6.2.1. En adición a lo indicado en la cláusula "EXCLUSIONES GENERALES", la cobertura "GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE Y/O ENFERMEDAD" no ampara, y por consiguiente se encuentran excluidos de la presente cobertura:
 - a) Servicios, suministros o tratamientos, incluyendo cualquier período de internación hospitalaria, que no hayan sido recomendados, aprobados y certificados como Medicamento Necesarios por el Médico.
 - b) Exámenes físicos, de laboratorio o radiográficos de rutina o que no sean Medicamento Necesarios.
 - c) Cirugía reparadora, plástica o que no fuera absolutamente esencial y necesaria, excepto como resultado de una Lesión del Asegurado ocurrida durante el Viaje y cubierta por esta Póliza de Seguros.
 - d) Tratamientos rejuvenecedores o estéticos.
 - e) Compras de prótesis u órtesis.
 - f) Anormalidades congénitas y condiciones que resulten de las mismas.
 - g) Asistencia relacionada con pie frágil, deformado o plano, callos o uñas del pie.
 - h) Diagnóstico y tratamiento de acné.

- i) **Tabique desviado, incluyendo resección submucosa y/o cualquier corrección quirúrgica de los mismos.**
- j) **Trasplante de órganos.**
- k) **Cuidados de niños sanos, incluyendo exámenes e inmunizaciones (vacunas).**
- l) **Servicios y suministros médicos en el país de residencia del Asegurado.**
- m) **Anteojos, lentes de contacto, audífonos y exámenes para la prescripción o ajuste de los mismos, a menos que la Lesión o la Enfermedad de Carácter Súbito haya causado el deterioro de la visión o la audición.**
- n) **Tratamiento proporcionado por un Hospital del Estado o prestador de servicios que no signifique un costo para el Asegurado, vale decir, cuyas prestaciones son gratuitas o reembolsables por un tercero.**
- o) **Trastornos mentales, nerviosos o emocionales o curas de sueño.**
- p) **Servicios y suministros médicos que hayan sido generados fuera del periodo de vigencia del Viaje.**
- q) **Tratamientos odontológicos (salvo lo expresamente contemplado en la cobertura de "GASTOS ODONTOLÓGICOS POR EMERGENCIA DENTAL" detallada párrafos arriba).**
- r) **Compra de medicamentos (salvo lo expresamente contemplado en la cobertura de "MEDICAMENTOS PRESCRITOS" detallada párrafos arriba).**
- s) **Todo aquello que no esté expresamente mencionado dentro de lo incluye la asistencia médica y Hospitalaria.**

6.2.2. En adición a lo indicado en la cláusula "EXCLUSIONES GENERALES", la cobertura "GASTOS ODONTOLÓGICOS POR EMERGENCIA DENTAL" no ampara, y por consiguiente se encuentran excluidos de la presente cobertura:

- a) **Cualquier tratamiento rutinario o que no sea Medicamento Necesario.**
- b) **Tratamientos rejuvenecedores, estéticos o de ortodoncia, gastos en compras de prótesis (se excluyen los gastos en arreglos o reemplazos de prótesis odontológicas que sean producto de una Lesión).**
- c) **Servicios y suministros odontológicos en el país de residencia del Asegurado.**
- d) **Tratamiento proporcionado por un Hospital del Estado o prestador de servicios que no signifique un costo para el Asegurado, vale decir, cuyas prestaciones son gratuitas o reembolsables por un tercero.**
- e) **Compra de medicamentos (salvo lo expresamente contemplado en la cobertura de "MEDICAMENTOS PRESCRITOS" detallada párrafos arriba).**

6.2.3. En adición a lo indicado en la cláusula "EXCLUSIONES GENERALES", la cobertura "MEDICAMENTOS PRESCRITOS" no ampara, y por consiguiente se encuentran excluidos de la presente cobertura:

- a) **Medicamentos que no hayan sido recetados o prescriptos como Medicamento Necesarios por el Médico.**
- b) **Compra de prótesis u órtesis.**
- c) **Medicamentos adquiridos o requeridos en el país de residencia del Asegurado.**
- d) **Medicamentos proporcionados por un Hospital del Estado o prestador de servicios que no signifique un costo para el Asegurado, vale decir, cuya provisión sea gratuita o reembolsable por un tercero.**

- e) Medicamentos que hayan sido adquiridos o requeridos fuera del periodo de vigencia del Viaje.

6.2.4. En adición a lo indicado en la cláusula "EXCLUSIONES GENERALES", la cobertura "PÉRDIDA DE EQUIPAJE EN TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO" no ampara, y por consiguiente se encuentran excluidos de la presente cobertura:

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

6.2.5. En adición a lo indicado en la cláusula "EXCLUSIONES GENERALES", la cobertura "RETRASO DE EQUIPAJE" no ampara, y por consiguiente se encuentran excluidos de la presente cobertura:

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

6.2.6. En adición a lo indicado en la cláusula "EXCLUSIONES GENERALES", la cobertura "RETRASO DEL VIAJE" no ampara, y por consiguiente se encuentran excluidos de la presente cobertura los retrasos cuyas causas hayan sido divulgadas públicamente con anticipación o sean de conocimiento del Asegurado con anterioridad a la fecha de solicitud de emisión de la Póliza de Seguros.

7. LÍMITES GEOGRÁFICOS:

7.1. Coberturas: Aplicarán respecto de hechos ocurridos en cualquier país extranjero, quedando de este modo excluido los que ocurran en el país de residencia del Asegurado. Los siguientes Beneficios tienen consideraciones especiales:

- **Cancelación del Viaje:** Tiene derecho al Beneficio en el país de residencia del Asegurado desde el momento en que se emite la Póliza.
- **Retraso del Viaje:** Tiene derecho al Beneficio mientras el Asegurado se encuentre fuera de su ciudad de residencia durante una conexión, escala o embarque en un Transporte Público Autorizado como parte de un Viaje a un país extranjero, a pesar de todavía encontrarse en su país de residencia.

8. DEDUCIBLES: No aplica.

9. PERIODO DE CARENANCIA Y PERIODO DE ESPERA: No aplica.

10. PERIODO DE COBERTURA: Base de la ocurrencia del siniestro.

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

11. BENEFICIARIO: Para las coberturas en las cuales no se produzca el fallecimiento del Asegurado, las Sumas Aseguradas serán pagadas al mismo Asegurado.

Para las coberturas en las cuales fallezca el Asegurado el monto de la indemnización y/o los beneficios que resultaren aplicables serán otorgados al (a los) Beneficiario(s) de esta póliza, quien(es) será(n) designado(s) libremente por el Asegurado. En caso no designarlos al momento de suscripción de la Póliza, podrá hacerlo posteriormente con una comunicación por escrito a la Compañía.

Si se designa más de un Beneficiario y en tal designación el Asegurado ha dejado de especificar sus respectivos intereses asegurables (porcentaje de distribución de la indemnización), el (los) Beneficiarios(s) tendrá(n) una participación igual. Si cualquier Beneficiario designado fallece antes que el Asegurado, el interés del mencionado Beneficiario terminará y acrecentará en partes iguales los intereses de aquellos Beneficiarios que sobrevivan al Asegurado, a menos que el Asegurado haya dispuesto de otro modo en la designación de Beneficiario(s).

En caso de que el Asegurado fallezca, y no haya designado Beneficiario(s), la indemnización será pagada a favor de las personas indicadas en los incisos 1), 2), 3), 4) y 5) del artículo 572 del Código Civil.

El Asegurado podrá modificar los Beneficiarios y su proporción en cualquier momento, mediante comunicación por escrito a la Compañía.

La designación, revocación o sustitución de Beneficiarios no será delegable.

Advertencia: "En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a personas menores de edad, no se debe señalar a una persona mayor de edad como representante de los menores. Se debe de designar directamente a la persona menor de edad con el fin de que reciba la suma asegurada, y la misma sea gestionada por medio de su tutor o representante legal. En caso de designar a una persona mayor de edad para que represente a la persona menor de edad como beneficiario del seguro, se entenderá que en realidad se ha designado a la persona mayor y está solo tendrá una obligación moral con la persona menor de edad y podrá disponer de la suma asegurada como decida."

OBLIGACIONES DE LOS CONTRATANTES

12. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIOS: El Asegurado está obligado a cumplir lo indicado en el artículo 31 de la Ley N°8956.

El Asegurado deberá cancelar la prima en la fecha establecida para tales efectos. En caso de mora en el pago de la misma, aplicará lo indicado en el artículo 37 de la Ley N°8956. Si ocurriera el siniestro, y el Asegurado se encuentra moroso en el pago de la prima, pero dentro del periodo de gracia, aplicará lo indicado en el artículo 39 de la Ley N°8956.

El Asegurado y/o Beneficiario(s) deberá comunicar a la Compañía el acaecimiento del riesgo objeto de cobertura, según el procedimiento indicado en la cláusula "**PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACION**".

Será obligación del Asegurado y/o Beneficiario(s), demostrar la ocurrencia del evento que constituya siniestro y la cuantía aproximada de la pérdida y colaborar con la Compañía en la inspección y el suministro de todos los documentos necesarios para que la Compañía pueda darle trámite al reclamo.

13. PREVENCIÓN DE LEGITIMACIÓN DE CAPITALES Y FINANCIAMIENTO DEL TERRORISMO

El Tomador y/o Asegurado se comprometen a brindar la información relacionada la "Ley Sobre Estupeficientes, Sustancias Psicotrópicas, Drogas De Uso No Autorizado, Actividades Conexas, Legitimación De Capitales Y Financiamiento Al Terrorismo", Ley N° 7786. En caso contrario, la Compañía podrá dejar de pagar cualquier indemnización que corresponda hasta que se aporte la correspondiente información.

14. NULIDAD DEL CONTRATO: Aplica lo indicado en el artículo 32 de la Ley N°8956.

PRIMA Y ASPECTOS RELACIONADOS

15. FRACCIONAMIENTO Y PAGO DE PRIMAS: La prima es debida por adelantado desde el perfeccionamiento del contrato, debiendo ser realizada en las oficinas de la Compañía, u otro lugar dispuesto por éste, así como también, las herramientas o plataformas digitales designadas por la Compañía para tal efecto. La prima no podrá fraccionarse y se pagará en un solo tracto por adelantado.

16. PERIODO DE GRACIA

Para este seguro no habrá periodo de gracia, ya que el pago de la prima será único y por adelantado.

17. FORMA DE AJUSTE DE LA PRIMA:

El valor de la prima se determinará de acuerdo al grupo etario en el cual se encuentre el Asegurado y la cantidad de días de cobertura de Viaje que solicite el Asegurado.

Para los Asegurados entre cero (0) años y seis (6) meses de edad hasta los setenta (70) años, la Compañía no realizará ajuste alguno en el valor de la prima de esta Póliza.

Cuando el Asegurado llega a cumplir setenta (71) años de edad, la Compañía aplicará una tarifa tomando en cuenta el siguiente recargo especial a aplicar sobre la tarifa 0-70 años:

Edad	Recargo
71-80 años cumplidos	80%
81 años cumplidos en adelante	1237%

18. PERIODO DE GRACIA PARA EL PAGO DE PRIMAS: Para este seguro no habrá periodo de gracia, ya que el pago de la prima será único y por adelantado.

RECARGOS Y DESCUENTOS

19. RECARGOS Y DESCUENTOS: No aplican, a menos que el Asegurado ingrese a un nuevo grupo etario.

NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE RECLAMOS

20. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACION:

20.1. Procedimiento Aplicable a todas las Coberturas

En caso de ser necesaria la utilización de alguna de las coberturas que otorga la presente Póliza, el Asegurado tendrá que contactarse con la Central de Asistencia de la Compañía, mediante el número de teléfono que se indica en la Propuesta/Oferta. En esta llamada el Asegurado deberá informar:

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

En los casos de Muerte Accidental ó solicitud de reembolso de gastos cubiertos, los Beneficiarios comunicarán a la Compañía el acaecimiento del Siniestro dentro de los cinco (5) días naturales de conocerlo.

El Asegurado o los Beneficiarios estarán obligados a suministrar a la Compañía, a su pedido, la información y documentación necesaria para verificar el siniestro o la extensión del Beneficio, la prueba instrumental en cuanto sea razonable que la suministren, constancias de intervención policial o diligencias judiciales si correspondiera, y a permitirle a la Compañía las indagaciones necesarias a tales fines.

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

20.2. Para la cobertura "MUERTE ACCIDENTAL"

Los Beneficiarios tendrán que presentar los siguientes documentos:

- a) Completar formulario de reclamo a suministrar por la Compañía.
- b) Original del Certificado de Defunción del Asegurado y con los sellos originales, expedido por la autoridad competente.
- c) Informe de la Fiscalía (Protocolo de Necropsia).
- d) Fotocopias legibles de la documentación de identificación del Asegurado y de los Beneficiarios ó Certificado de Nacimiento en caso de ser los beneficiarios menores de edad.
- e) Cuando los Beneficiarios fueran los herederos del Asegurado, la resolución de declaratoria de herederos dictada por una autoridad competente.
- f) Parte de tránsito, o documento análogo expedido por la autoridad extranjera competente, en caso muerte accidental producto de un accidente de tránsito.

Cualquier otra información o documentos sobre los hechos relacionados con el Siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo

20.3. Para la cobertura de "DESMEMBRAMIENTO E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE":

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

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

20.4. Para la cobertura de "GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE Y/O ENFERMEDAD", "GASTOS ODONTOLÓGICOS POR EMERGENCIA DENTAL" o "EVACUACIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA":

El Asegurado tendrá que presentar los siguientes documentos a satisfacción de la Compañía:

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

La Compañía tendrá el derecho a someter al Asegurado a hasta tres (3) exámenes médicos, con costo a cargo de la Compañía, mientras el Beneficio o parte de él se halle pendiente de pago.

20.5. Para la cobertura "RETRASO DEL VIAJE":

El Asegurado tendrá que presentar los siguientes documentos:

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

20.6. Para la cobertura "MEDICAMENTOS PRESCRITOS":

El Asegurado tendrá que presentar los siguientes documentos:

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

20.7. Para la cobertura "PÉRDIDA DEL EQUIPAJE EN TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO":

El Asegurado tendrá que presentar los siguientes documentos:

- a) Comprobantes originales de gastos por compras de efectos personales.
- b) Informe comprobante de la pérdida emitido por el Transporte Público Autorizado responsable ("Property Irregularity Report" o "PIR") o su equivalente, que señale el peso en kilogramos del Equipaje extraviado, o la declaración por ítem contenido en el Equipaje, para la estimación de los kilos aproximados contenidos.
- c) Boleto original del embarque del Equipaje.
- d) Recibo de indemnización emitido por el Transporte Público Autorizado.

20.8. Para la cobertura "RETRASO DE EQUIPAJE":

El Asegurado tendrá que presentar los siguientes documentos:

- a) Comprobantes originales de gastos por compras de efectos personales.
- b) Informe comprobante de la pérdida o demora emitido por el Transporte Público Autorizado responsable ("Property Irregularity Report" o "PIR").
- c) Boleto original de embarque del Equipaje.
- d) Recibo de indemnización emitido por el Transporte Público Autorizado.

20.9. Para las coberturas "CANCELACIÓN DEL VIAJE" e "INTERRUPCIÓN DEL VIAJE":

La Compañía podrá requerir lo siguiente:

- a) La declaración del Asegurado si el gasto cuya devolución se solicita estaba cubierto por otros contratos de asistencia, seguros, sistemas, asistencias o instituciones que otorguen beneficios de Cancelación y/o Interrupción del Viaje y al cual pertenezca el Asegurado.
- b) La entrega a la Compañía de los originales extendidos a nombre del Asegurado de los recibos, boletas y facturas cuando corresponda, copia de los contratos de viaje, pasajes, vouchers de hotelería u otros documentos que acrediten el gasto incurrido y su cancelación o interrupción; como asimismo, en su caso, los que acrediten el pago o el reembolso de una parte de ellos, por las instituciones o entidades referidas en el inciso anterior.
- c) Carta explicativa con las razones de la cancelación y/o interrupción y el resultado que obtuvo junto a la empresa con la cual el Asegurado celebró el contrato de viaje, en la devolución de los valores pagados o adeudados.
- d) Documentos médicos que acrediten la identidad del Asegurado, Compañero de Viaje o Miembro de la Familia de alguno de los dos, en donde se demuestre la veracidad de la Enfermedad de Carácter Súbito o Accidente que diera lugar a la cancelación o interrupción del Viaje.
- e) En caso de fallecimiento de un Miembro de la Familia, el certificado de defunción correspondiente, y en caso de fallecimiento del Asegurado o Compañero de Viaje se registrarán por el procedimiento para la cobertura de "**MUERTE ACCIDENTAL**".
- f) Denuncia policial del robo del lugar de residencia o domicilio y/o reporte de bomberos en caso de incendio. (Solo aplicable para la cobertura de "**INTERRUPCIÓN DEL VIAJE**").
- g) Cualquier otra información o documentos sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

20.10. Para la cobertura "GASTOS DE HOTEL POR CONVALECENCIA":

El Asegurado tendrá que presentar los siguientes documentos:

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

20.11. Para la cobertura "REPATRIACIÓN FUNERARIA"

Además de cumplir con el procedimiento establecido para la cobertura de "**MUERTE ACCIDENTAL**", el Asegurado tendrá que presentar los siguientes documentos:

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

20.12. Para la cobertura "TRASLADO DE MENORES":

Además de cumplir con el procedimiento establecido para la cobertura de "**INTERRUPCIÓN DEL VIAJE**", el Asegurado tendrá que presentar los siguientes documentos:

- a) Copia del pasaje de vuelta a nombre del Compañero de Viaje o de ida y vuelta a nombre del acompañante designado para el o los menores.

- b) En caso de que la interrupción del Viaje se hubiera producido como consecuencia del fallecimiento del Asegurado, se deberá cumplir además con el procedimiento establecido para la cobertura de **"MUERTE ACCIDENTAL"**.

20.13. Para las coberturas "HONORARIOS LEGALES" y "FINAZAS LEGALES":

El Asegurado tendrá que presentar los siguientes documentos:

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

21. PLAZO Y PROCESO DE RECLAMACIÓN: La Compañía brindará respuesta dentro de los 10 días hábiles contados a partir de la presentación de la reclamación que contenga la totalidad de los requisitos establecidos para cada caso. Corre el mismo plazo a partir de la aceptación del reclamo para efectuar el correspondiente pago.

Asimismo, la Compañía se compromete a respetar cada uno de los derechos que le asisten al Asegurado, consagrados dentro de la legislación costarricense.

22. DECLINACIÓN Y APELACIÓN DEL RECLAMO: En caso de declinación del reclamo, el Asegurado podrá solicitar una revisión por escrito del mismo ante la Compañía. Si persiste la declinación de la cobertura del seguro, el Asegurado podrá acudir al Centro de Defensa del Asegurado, que ejerce sus funciones con absoluta independencia de la dependencia de la Compañía, con el objeto de ser resuelta su reclamación. Adicionalmente, en el caso de quejas el Asegurado podrá acudir a la SUGESE.

En caso de que la Compañía decline el pago de cualquier reclamación, el Asegurado tendrá derecho a demandarla ante los tribunales competentes dentro del plazo de prescripción señalado en este Seguro.

VIGENCIA Y POSIBILIDAD DE PRÓRROGAS

23. VIGENCIA: El inicio de la vigencia de la cobertura individual de este Seguro en cada viaje, será a partir del paso del Asegurado por las autoridades de control migratorio en el lugar de embarque y en todo caso no antes de la fecha de inicio del Viaje indicada en la Póliza, si ésta es posterior a la fecha de embarque. Específicamente, en el caso de la cobertura de **"CANCELACIÓN DEL VIAJE"**, el inicio será en la fecha de emisión de la Póliza, siendo su término la Fecha de Salida del Viaje.

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

25. FINALIZACIÓN DE LA COBERTURA: La cobertura del Seguro finalizará automáticamente en la Fecha de Llegada aún si ésta es anterior a la que estaba originalmente prevista. Se considerará como Fecha de Llegada la del momento del paso de regreso por las autoridades de control migratorio.

26. TERMINACIÓN DEL CONTRATO: El seguro de cualquiera de las personas amparadas por el presente seguro, terminará por algunas de las siguientes causales:

- a) En forma anticipada por parte del Asegurado, en cualquier momento, sin responsabilidad alguna, dando aviso a la Compañía.
- b) Cuando ocurra el fallecimiento del Asegurado.
- c) Cuando aplique la cláusula "**NULIDAD DEL CONTRATO**".

La Compañía salvo disposición legal, no podrá dar por terminado de forma anticipada el seguro.

CONDICIONES VARIAS (CLAUSULADO GENERAL)

27. OBLIGACIONES DE LA COMPAÑÍA: La Compañía se compromete a resolver todo reclamo mediante resolución motivada y por escrito dentro de un plazo máximo de 10 días naturales, computado a partir de la fecha de la recepción del reclamo y de la presentación completa de los requisitos indicados en la cláusula "**PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACION**". En caso de que los requisitos no se encuentren completos, la COMPAÑÍA podrá declinar el reclamo mediante comunicación al interesado.

La COMPAÑÍA se compromete a respetar lo indicado en la Ley N°8956, Acuerdo SUGESE 06 – 13, Acuerdo SGS-DES-A-031-2014 y demás normativa aplicable.

28. EDAD Y PERMANENCIA: Las personas amparadas en esta póliza, al momento de tomar el seguro, deben tener una edad mínima de seis (6) Meses. La edad será comprobada al tramitar el reclamo presentando certificado de nacimiento o documento de identificación del Asegurado expedido por la autoridad competente.

29. DERECHO DE RETRACTO: El Tomador podrá revocar unilateralmente el contrato amparado al derecho de retracto, sin indicación de los motivos y sin penalización alguna, dentro del plazo de cinco (5) días hábiles, contados a partir de la fecha de la emisión de la póliza de seguro.

30. FALSEDAD O RETICENCIA: Conforme a lo establecido en los artículos 32 y 47 de la Ley 8956, el contrato puede tornarse nulo en caso de que se compruebe la existencia de declaraciones falsas o reticentes tanto en la declaración del riesgo como en la declaración del siniestro.

31. PRESCRIPCIÓN DEL SEGURO: 4 años.

32. MONEDA: Este seguro se contrata en dólares de los Estados Unidos de América.

33. PROTECCIÓN DE DATOS: La información que en virtud de la suscripción del presente contrato de seguro sea obtenida por la Compañía, queda tutelada por el derecho a la intimidad y confidencialidad. La Compañía estará obligada a guardar el deber de confidencialidad de la información frente al Asegurado y solo quedará liberada de este deber mediante convenio escrito.

34. LIMITACIÓN POR SANCIONES: La Compañía no estará obligada a pagar reclamos sobre eventos cubiertos bajo esta Póliza cuando dichos pagos pudiesen violar disposiciones normativas internacionales o locales sobre la prevención de los delitos de blanqueo de capitales, lavado de activos, narcotráfico, financiamiento del terrorismo y prevención de la proliferación de armas de destrucción masiva, así como en leyes o reglamentos internacionales de los que sea parte Costa Rica o aquellas con las que Costa Rica mantiene

relaciones diplomáticas incluyendo pero sin limitar la generalidad de lo anterior, los de la Organización de las Naciones Unidas.

En adición, la Compañía no estará obligada a pagar reclamos relacionados con eventos cubiertos bajo esta Póliza cuando el contratante, asegurado o beneficiarios, incluyendo en el caso de personas jurídicas a sus, accionistas, beneficiarios finales, Directores, Dignatarios, Administradores, Apoderados y Ejecutivos, se encuentre(n) o sean mencionados en alguna de las listas emitidas por la Oficina de Control de Activos Extranjeros (OFAC por sus siglas en inglés) del Departamento del Tesoro de los Estados Unidos o pertenezcan a países incluidos en dichas listas, y/o en cualquier otra lista a nivel mundial que tenga objetivo similar.

35. LEGISLACIÓN APLICABLE: Además de las estipulaciones contractuales establecidas en este Seguro, de manera supletoria se aplicarán las disposiciones contenidas en la Ley Reguladora del Mercado de Seguros (Ley N°8653); Ley Reguladora del Contrato de Seguros (Ley N°8956); Ley de Promoción de la Competencia y Defensa Efectiva del Consumidor (Ley N° 7472); Código de Comercio; Código Civil; cualquier otra ley que sea aplicable, así como las reformas o reglamentos que emanen de estas disposiciones legales.

INSTANCIAS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

36. DIFERENCIAS Y CONFLICTOS: En caso de disconformidades del Asegurado por ver afectados sus derechos como consumidor o exista una reclamación sobre la interpretación del contrato de seguro, podrá interponer la denuncia ante la instancia denominada Centro de Defensa del Asegurado: 2291-0315 / clienteseguros@aap.cr. Esta instancia deberá resolver en un plazo de diez (10) días hábiles a partir de la presentación de la denuncia. Agotada esta instancia podrá interponer la queja ante la Superintendencia General de Seguros al correo sugese@sugese.fi.cr o al teléfono 2243-5108 de la central telefónica.

Las partes se someten a la jurisdicción de los tribunales de la República de Costa Rica para resolver las controversias o conflictos que surjan a raíz o con motivo de la ejecución o aplicación del presente Contrato. No obstante, las partes podrán convenir de mutuo acuerdo, someter sus controversias a un arbitraje si lo consideran conveniente a sus intereses.

COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES

37. NOTIFICACIONES: Las notificaciones o comunicaciones relacionadas con este Seguro, serán remitidas por la Compañía directamente al Asegurado al correo electrónico reportado por el Asegurado en la Propuesta/Oferente.

El Asegurado podrá contactar a la Compañía al teléfono 2503-2700 o al correo electrónico servicio@assanet.com.

En testimonio de lo cual se firma esta póliza en la República de Costa Rica.

ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S. A.



Representante Autorizado

Registro en SUGESE número **P19-57-A05-1157** de fecha **10 de abril del 2026**.