

ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS SEGURO DE VIAJES "CORPORATE TRAVEL PROTECTION" -MODALIDAD COLECTIVA- CONDICIONES GENERALES

ÍNDICE

COMPROMISO DE LA ASEGURADORA	3
DEFINICIONES	4
DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL Y ORDEN DE PRELACIÓN	8
1. DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL	8
2. PRELACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL	8
3. SEGURO COLECTIVO	8
4. PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO	8
5. RECTIFICACIÓN DE PÓLIZA	8
ÁMBITO DE COBERTURA	9
SECCIÓN I: RIEGOS CUBIERTOS	9
6. COBERTURAS BÁSICAS	9
6.1. MUERTE ACCIDENTAL POR ACCIDENTE	9
6.2. DESMEMBRAMIENTO E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	9
6.3. GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE Y/O ENFERMEDAD	12
6.4. GASTOS ODONTOLÓGICOS POR EMERGENCIA DENTAL	13
6.5. MEDICAMENTOS PRESCRITOS	13
6.6. EVACUACIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA	14
6.7. REPATRIACIÓN FUNERARIA	14
6.8. GASTOS DE HOTEL POR CONVALECENCIA	15
6.9. VIAJE DE EMERGENCIA DE UN FAMILIAR	15
6.10. GASTOS DE ESTANCIA DE UN FAMILIAR	15
6.11. TRASLADO DE MENORES	16
6.12. CANCELACIÓN DEL VIAJE	16
6.13. INTERRUPCIÓN DEL VIAJE	17
6.14. PÉRDIDA DE EQUIPAJE EN TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO	18
6.15. RETRASO DE EQUIPAJE	18
6.16. RETRASO DEL VIAJE	19
6.17. HONORARIOS LEGALES	19
6.18. FIANZAS LEGALES	19
SECCIÓN II: EXCLUSIONES	20
7. EXCLUSIONES GENERALES	20
8. EXCLUSIONES ESPECIALES PARA COBERTURAS	23
SECCIÓN III: LÍMITES O RESTRICCIONES A LA COBERTURA	25
9. TERRITORIO	25
10. PERMANENCIA/EDAD	25

11. PERIODO DE COBERTURA	26
DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS	26
12. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS.....	26
OBLIGACIONES DE LOS CONTRATANTES	27
13. OBLIGACIONES DE LA COMPAÑÍA.....	27
14. OBLIGACIONES DEL TOMADOR Y ASEGURADO	27
PRIMA Y ASPECTOS RELACIONADOS.....	28
15. PAGO DE LA PRIMA.....	28
FORMA DE AJUSTE DE LA PRIMA.....	29
16. TARIFAS	29
RECARGOS Y DESCUENTOS	29
17. RECARGOS Y DESCUENTOS	29
NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE RECLAMOS	29
18. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACION O SINIESTRO.....	29
19. DECLINACIÓN Y APELACIÓN DEL RECLAMO.....	34
VIGENCIA Y POSIBILIDAD DE PRÓRROGAS O RENOVACIONES	34
20. VIGENCIA DEL SEGURO	34
21. DERECHO DE PRÓRROGA	35
22. FINALIZACIÓN DE LA COBERTURA.....	35
23. TERMINACIÓN DEL SEGURO.....	35
CONDICIONES VARIAS (CLAUSULADO GENERAL)	36
24. PÉRDIDA DEL DERECHO AL BENEFICIO	36
25. NULIDAD DE LA PÓLIZA	36
26. FALSEDAD, OMISIÓN Y/O INEXACTITUD EN LA RECLAMACIÓN A LA COMPAÑÍA	36
27. PRESTACIÓN DE SERVICIOS POR PARTE DE PROFESIONALES.....	37
28. DUPLICIDAD Y COEXISTENCIA DE COBERTURA.....	37
29. FRAUDE, FALSEDAD U OMISIÓN.....	37
30. SUBROGACIÓN.....	37
31. MONEDA.....	38
32. PROTECCIÓN DE DATOS.....	38
33. LEGITIMACIÓN DE CAPITALS.....	38
34. PRESCRIPCIÓN DE ACCIONES DERIVADAS DE LA PÓLIZA DE SEGURO	38
35. LIMITACIÓN POR SANCIONES.....	39
INSTANCIAS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS	39
36. DIFERENCIAS Y CONFLICTOS.....	39
37. LEGISLACIÓN APLICABLE.....	40
COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES	40
38. NOTIFICACIONES	40

COMPROMISO DE LA ASEGURADORA

ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S. A., cédula jurídica número 3 – 101 – 593961 (en adelante como la "Compañía"), en consideración al pago o de la garantía del pago de la prima estipulada dentro del periodo convenido y fundándose en la verdad de las Declaraciones del Asegurado o de quien por él contrate este seguro –mismas que forman parte integrante de esta Póliza– conviene con el Tomador nombrado en la Condiciones Particulares (denominado en adelante "el Contratante" o "el Tomador" y/o el "el Asegurado" en la medida que la figura de Contratante y Asegurado concurren en la misma persona) en celebrar un Contrato de Seguro, sujeto a los términos, condiciones y límites de responsabilidad, deducibles y demás estipulaciones contenidos en la póliza o adheridos a ella mediante Addendum con el fin de trasladar el(los) riesgo(s) de el(los) Asegurado(s) nombrado(s) en las Condiciones Particulares (denominado en adelante "el Asegurado") a la Compañía.

En ese sentido, la Compañía por este medio se compromete a observar, respetar y hacer cumplir los términos y condiciones de la presente Póliza. Sin embargo, el derecho a gozar de las prestaciones detalladas en la misma, se supedita al correcto cumplimiento de parte del Tomador y/o Asegurado con todos dichos términos, condiciones y demás estipulaciones.



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

DEFINICIONES

Para todos los efectos, los términos que adelante se indican, tendrán las siguientes definiciones:

- 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 cusa 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.
- 2. Asegurado:** Es la Persona física que se adhiere al Seguro Colectivo y que cumple con las condiciones de asegurabilidad establecidas en este Seguro y que está expuesta a los riesgos objeto del mismo y se encuentra debidamente registrada en el Certificado de Seguro. Reside en el territorio nacional.
- 3. 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.
- 4. Beneficiario:** Es la persona física o jurídica en cuyo favor se ha establecido la indemnización o prestación que pagará la Compañía.
- 5. 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 Siniestro 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 el respectivo Certificado de Seguro.
- 6. Certificado de Seguro o Certificado:** Es el documento expedido por la Compañía que contiene información mínima requerida para informar al Asegurado sobre sus condiciones de aseguramiento una vez que se él se adhiere al Seguro Colectivo.
- 7. 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.
- 8. Condiciones Generales:** Es el conjunto de cláusulas predisuestas, debidamente registradas ante la Superintendencia General de Seguros ("SUGESE"), que recogen los principios básicos que regulan este contrato de seguro y que son de aplicación general a todos los contratos de la misma modalidad que suscribe la Compañía. Incluyen derechos, obligaciones, coberturas, y exclusiones de las partes contratantes e incorporan las condiciones especiales. También se denomina así al documento que incorpora esas cláusulas.
- 9. Condiciones Particulares:** Es el conjunto de cláusulas que particularizan un Contrato de Seguro, según aspectos relativos al riesgo individualizado que se asegura, datos del Contratante, Asegurado y Beneficiario, vencimiento del contrato, periodicidad del pago de primas e importe de las mismas, riesgos cubiertos y deducibles.
- 10. Conducto De Pago:** Los pagos se deben realizar en el domicilio de la Compañía; sin embargo, el Asegurado por su cuenta y riesgo podrá optar, para su facilidad, a realizar el (los) pago(s) mediante vías alternas como transferencia bancaria SINPE, deducción automática a tarjeta de crédito, descuento directo a la cuenta de ahorro y/o cuenta corriente o cualquier otro método que el Asegurado expresamente solicite y sea aceptado por la Compañía según se muestra en las Condiciones Particulares. Sin embargo, el método o conducto seleccionado por el Asegurado no le exime de su responsabilidad de que el (los) pago(s) llegue al domicilio de la Compañía.
- 11. Consentimiento:** Es el acuerdo de voluntades que existe entre el Tomador y la Compañía, determinado en el Contrato de Seguro.

ASSA Compañía de Seguros S.A. | Seguro de Viajes
"Corporate Travel Protection"
Condiciones Generales

12. **Contratos de Viaje:** Son los convenios o contratos celebrados por el Asegurado o Contratante con el objeto de que el Asegurado realice un viaje, tour o crucero a un país extranjero, ya sea que dicho Viaje sea organizado por un operador de turismo, agente de viajes o línea de cruceros o bien directamente por el propio Asegurado o Contratante, y que se encuentra protegido por el presente Seguro.
13. **Costo de Reposición:** Monto que costaría reponer un objeto a los precios de mercado
14. **Daño a la Propiedad:** Lesión física a, destrucción de o pérdida de uso de propiedad mueble o inmueble.
15. **Día de Pago:** Día según la frecuencia que el Asegurado debe realizar el pago de la prima según se muestra en las Condiciones Particulares.
16. **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.
17. **Edad:** Se refiere a los años de vida cumplidos por el Asegurado más trescientos sesenta y cuatro (364) días.
18. **Enfermedades o Condiciones Pre-existentes 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.
19. **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 Pre-existente o Anterior.
20. **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.
21. **Entidad Aseguradora:** Denominado también Compañía es persona jurídica que mediante autorización administrativa emitida por la Superintendencia General de Seguros ejerce actividad aseguradora. Para efectos de este contrato, denominada la Compañía.
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.
23. **Fecha de Llegada:** Es la fecha que el Asegurado originalmente programó como regreso de su Viaje. En el Certificado está especificada la fecha para la Modalidad por Cupo, mientras que para la Modalidad Anual las fechas podrán ser múltiples.
24. **Fecha de Salida:** Es la fecha que el Asegurado originalmente programó como inicio de su Viaje. En el Certificado está especificada la fecha para la Modalidad por Cupo, mientras que para la Modalidad Anual las fechas podrán ser múltiples.
25. **Grupo Asegurable:** Es el grupo natural de Asegurados sobre el que se hace la emisión de un seguro colectivo, quienes tienen una vinculación jurídica con el Tomador a través de una característica particular en común de mayor relevancia que el simple propósito de asegurarse.
26. **Grupo Asegurado:** Conjunto de personas que cumplen con la definición de Asegurado y que han cumplido con los requisitos de aseguramiento.

- 27. Hora Contractual:** Hora del día en la cual inicia y expira la vigencia de la póliza según se muestra en las Condiciones Particulares.
- 28. 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.
- 29. 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 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.
- 30. Interés Asegurable:** Por interés asegurable se entiende la relación lícita de valor económico sobre un bien. Cuando esta relación se halla amenazada por un riesgo, es un interés asegurable.
- 31. Intermediario de Seguros:** Son los agentes de seguros, las sociedades agencias de seguros, las sociedades corredoras de seguros, y los corredores de seguros de estas últimas.
- 32. Lesión:** Es un daño corporal, enfermedad o dolencia, incluyendo cuidado requerido, pérdida de servicios o muerte que resulte, causados exclusivamente por Accidente o Robo, ocurrido durante el Viaje.
- 33. Límite de Responsabilidad:** Es la cantidad máxima que pagará la Compañía en concepto de una cobertura particular según se muestra en las Condiciones Particulares.
- 34. 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.
- 35. 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.
- 36. Miembro de la Familia:** Respecto de la persona a la que se haga referencia, significa su cónyuge o conviviente en aparente matrimonio tal como se defina en las disposiciones legales vigentes, sus hijos, hijastros, sus padres, padrastros, suegros, hermanos, hermanastros, cuñados, yernos, abuelos, nietos, nueras, menores bajo su tutela, tíos (entendiéndose por tales, los hermanos de su padre o madre) y sobrinos (comprendiendo únicamente, los hijos de un hermano), siempre y cuando residan en el mismo país del Asegurado.
- 37. Modalidad Contributiva:** Se denomina así el seguro donde el asegurado participa al Contratante un porcentaje del pago de la prima que éste debe hacer a la Compañía por concepto de la cobertura otorgada.
- 38. Modalidad No-Contributiva:** Se denomina así el seguro donde el Contratante paga la totalidad de la prima por la cobertura otorgada a todos los Asegurados.
- 39. Período de Cobertura:** Se entiende que la cobertura es a "base de ocurrencia" porque cubrirá únicamente reclamos por siniestros acaecidos durante la Vigencia de la Póliza, aún si el reclamo se presenta después de vencida esta vigencia y de conformidad con lo convenido por las partes.
- 40. Plan:** Alternativa elegida por el Asegurado en el Certificado de Seguro donde se indica claramente los Asegurados cubiertos, la Suma Asegurada por cobertura y la Prima a pagar por esta Póliza.
- 41. Póliza de Seguro o Póliza:** Es el documento que contiene las condiciones que regulan la relación contractual del seguro. Forman parte integral de éste: las Condiciones Generales, Condiciones Particulares y el Certificado de Seguro. Descrito en adelante como el "Seguro".
- 42. Prima:** Es el Precio que deberá pagar el Contratante o Asegurado como contraprestación para que la Compañía cubra el riesgo contratado mediante el presente contrato.

ASSA Compañía de Seguros S.A. | Seguro de Viajes
"Corporate Travel Protection"
Condiciones Generales

43. **Propuesta de Seguro:** Documento que contiene una oferta realizada por la Compañía para cubrir los riesgos de un potencial Asegurado y cuya aceptación perfecciona el Contrato de Seguro. La propuesta de seguro vincula a la Compañía por un plazo de quince (15) días hábiles.
44. **Reclamante:** Persona física que actúa en calidad de tutor, albacea o representante de los menores designado por el Juez de la sucesión.
45. **Residencia Habitual:** Es el inmueble descrito en las Condiciones Particulares de la póliza, en el cual el Asegurado reside permanentemente y desarrolla generalmente sus actividades familiares sociales.
46. **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, arcos 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.
47. **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
48. **Solicitud de Seguro:** Formulario que recoge las informaciones necesarias para efectuar la evaluación del riesgo y eventual expedición de la póliza.
49. **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.
50. **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
51. **Tiempo de Espera:** Es el período de tiempo, con posterioridad a la fecha de inclusión del Asegurado en la Póliza, durante el cual no se ampara la reclamación.
52. **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
53. **Tomador o Contratante:** Es la persona física o Jurídica que suscribe el Seguro con la Compañía. Este lo contratará únicamente por cuenta de terceras personas. Es al Contratante a quien le corresponde la obligación de pagar las Primas estipuladas en ella.
54. **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.
55. **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 de Seguros, comprendido entre las Fecha de Salida y la Fecha de Llegada especificadas en el Certificado.

DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL Y ORDEN DE PRELACIÓN

1. DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

La Póliza del presente Seguro se conforma de la siguiente documentación contractual: Condiciones Generales, Condiciones Particulares, Condiciones Especiales, Certificado de Seguro y Addendum.

2. PRELACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

La interpretación de la Póliza de Seguro respecto de su condicionado debe seguir el siguiente orden de prelación: Las Condiciones Particulares tienen prelación sobre las Condiciones Especiales; las Condiciones Especiales tienen prelación sobre las Condiciones Generales; y la Condiciones Generales tienen prelación sobre la solicitud de seguro y Declaraciones del Tomador y/o Asegurado.

3. SEGURO COLECTIVO

Este es un Seguro Colectivo que podrá ser contratado en Modalidad Contributiva o Modalidad No-Contributiva según decida administrarlo el Tomador con los Asegurados. El Tomador asume las responsabilidades que emanen de su actuación como "Tomador del Seguro Colectivo". El deber de informar a los Asegurados, u otros legítimos interesados, sobre la contratación del seguro y sus condiciones o modificaciones será de la Compañía sin perjuicio que lo realice a través del Tomador.

4. PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO

El perfeccionamiento del contrato puede darse con la aceptación, por parte de la Compañía, de la Solicitud de Seguro presentada por el Contratante, o bien, si la Compañía realiza una Propuesta de Seguro, con la aceptación que el Contratante hace de esta propuesta.

Cuando se trata de la Solicitud de Seguro, la cobertura del seguro entra a regir una vez que esta solicitud cumpla con todos los requisitos de la Compañía y sea aceptada dentro del plazo máximo de treinta (30) días naturales. La Compañía podrá rechazar la solicitud dentro del mismo plazo de treinta (30) días naturales.

Cuando se trata de la Propuesta de Seguro, la cobertura del seguro entra a regir una vez que el Contratante acepta los términos de esta propuesta dentro del plazo de quince (15) días hábiles. En caso de nuevos ajustes realizados por el Contratante a la Propuesta de Seguro, se entenderá como una nueva Solicitud de Seguro y la cobertura entra a regir a partir de la aceptación del riesgo por parte de la Compañía conforme a esa nueva Solicitud de Seguro para lo cual tendrá un nuevo plazo de treinta (30) días naturales.

5. RECTIFICACIÓN DE PÓLIZA

En caso de que el contenido de este Seguro difiera de lo indicado en la solicitud o propuesta de seguro, prevalecerá lo indicado en este Seguro. No obstante, la persona asegurada tendrá un plazo de treinta (30) días naturales a partir de la entrega de la póliza para solicitar la rectificación de las cláusulas respectivas. En este caso, las cláusulas sobre las que no se ha solicitado rectificación serán válidas y eficaces desde la fecha en que se mita emisión de la póliza. Transcurrido el plazo a que se refiere el párrafo anterior, caducará el derecho de la persona asegurada de solicitar la rectificación de la póliza.

ÁMBITO DE COBERTURA

SECCIÓN I: RIEGOS CUBIERTOS

6. COBERTURAS BÁSICAS

Las coberturas descritas a continuación formarán parte de la presente Póliza de Seguros, en la medida que las mismas estén incluidas expresamente en el Plan contratado por el Asegurado, y sus sumas aseguradas y límites estén determinados según lo establecido en las Coberturas Básicas:

6.1. 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, siempre que dicho Accidente haya ocurrido:

- a) Muerte accidental por cualquier causa contemplada en la definición de Accidente y que no se encuentre expresamente excluida por la presente Póliza de Seguro.
- b) Muerte accidental mientras se encuentre ascendiendo, descendiendo o **viajando en un Transporte Público Autorizado**. Bajo este escenario, la Compañía pagará el cuádruple de la Suma Asegurada que se pagaría por un Accidente ocurrido por Muerte Accidental por Accidente;
- c) Muerte accidental **a consecuencia de un Robo**. Bajo este escenario, se la Compañía pagará el doble de la Suma Asegurada que se pagaría por una Muerte Accidental.

Todo ello de acuerdo a la Suma Asegurada establecida para cada caso en las Coberturas Básicas que se detalle en el Certificado de Seguro correspondiente. 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.

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.

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

6.2. 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) Desmembración e Incapacidad Total y Permanente por causa contemplada en la definición de Accidente y que no se encuentre expresamente excluida por la presente Póliza;
- b) Desmembración e Incapacidad Total y Permanente mientras se encuentre ascendiendo, descendiendo o **viajando en un 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) Desmembración e Incapacidad Total y Permanente **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 el Certificado de Seguro Correspondiente. 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.

6.2.1. 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 movable.

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 INDEMNIZACION EN CASO INVALIDEZ PERMANENTE O DESMEMBRACIÓN RESULTANTE DE ACCIDENTE

TOTAL

Estado absoluto e incurable de alienación mental, que no permita al Asegurado ningún trabajo u ocupación, por el resto de su vida:.....	100%
Fractura incurable de la columna vertebral que determine la invalidez total y 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 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 superara el ochenta por ciento (80%), se considerará como "Incapacidad Total" y por consiguiente se abonará la respectiva Suma Asegurada.

Solamente se cubrirán las "Incapacidades Permanentes" que se configuren dentro de los 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, está cobertura no será de aplicación.

6.3. GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE Y/O ENFERMEDAD

Los gastos médicos y Hospitalarios que requiera el Asegurado durante el Viaje, como consecuencia inmediata de haber sufrido un Accidente o Enfermedad de Carácter Súbito durante el mismo, sujeta al Límite de Responsabilidad y hasta la Suma Asegurada establecida en las Coberturas Básicas detalladas en el Certificado de Seguro correspondiente.

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 de Pre-existencia 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.

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

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 el Certificado de Seguro.

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".

6.4. 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 substituciones 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 el Certificado de Seguro 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.

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

6.5. 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 el Certificado de Seguro 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.

6.6. 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 el Certificado de Seguro 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.

6.7. 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, hasta la Suma Asegurada indicada en las Coberturas Básicas del Certificado de Seguro correspondiente.

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

6.8. 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 del Certificado de Seguro 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.

6.9. 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 del Certificado de Cobertura correspondiente.

6.9.1. 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.

6.10. 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 del Certificado de Cobertura correspondiente.

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

6.11. 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 del Certificado de Cobertura correspondiente, 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 del Certificado de Cobertura correspondiente.

Esta cobertura se aplica solamente cuando el Asegurado posea Compañeros de Viaje menor(es), de hasta dieciséis (16) años de edad, y siempre que, debido a un Accidente, Enfermedad de Carácter Súbito o fallecimiento del Asegurado durante el Viaje, dicho(s) menor(es) se quede(n) sin compañía de una persona adulta durante el mismo.

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

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

6.12. CANCELACIÓN DEL VIAJE

La Compañía reembolsará al Asegurado, hasta la Suma Asegurada indicada en las Coberturas Básicas y sujeto al Límite de Responsabilidad del Certificado de Cobertura correspondiente, 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 el respectivo Certificado.

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

6.13. 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 del Certificado de Cobertura correspondiente.

6.13.1. Reembolso de Gastos

La Compañía reembolsará al Asegurado, hasta la Suma Asegurada indicada en las Coberturas Básicas del Certificado de Cobertura correspondiente, 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.

6.13.2. 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 del Certificado de Cobertura correspondiente, 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.

6.14. 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 del Certificado de Cobertura correspondiente, 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 del Certificado de Cobertura correspondiente.

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.

6.15. 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 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 del Certificado de Cobertura correspondiente.

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.

6.16. 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 del Certificado de Seguro correspondiente, 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 del Certificado de Seguro correspondiente, 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.

6.17. 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 del Certificado de Seguro correspondiente.

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

6.18. 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 del Certificado de Seguro correspondiente.

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

SECCIÓN II: EXCLUSIONES

7. EXCLUSIONES GENERALES

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

- 7.1. Queda entendido que no se incluyen en el concepto de "Accidente" lo siguiente:
- a) Las enfermedades (incluso las profesionales), cualquiera que sean sus causas, aunque sean provocadas, desencadenadas o agravadas directa o indirectamente por accidente, infecciones, estados septicémicos y embolias, resultantes de heridas visibles 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.
 - d) Cualquier otro evento no incluido expresamente en la definición de "Accidente" conforme a la presente Póliza.
- 7.2. Enfermedades originadas en una Condición Pre-Existente al Viaje del Asegurado y cualquiera de sus consecuencias, incluyendo secuelas, convalecencias y alteraciones durante tratamientos que no se encuentran todavía en una etapa consolidada. Esta exclusión no se aplica a 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".
- 7.3. Accidentes que sean resultado de la práctica de deportes extraordinarios y notoriamente peligrosos, aún cuando sean practicados como pasatiempo, tales como 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, 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.
- 7.4. Participación en cualquier equipo deportivo profesional o semiprofesional y cualquier deporte de combate o demostración de artes-marciales.

- 7.5. Suicidio, intento de suicidio o Lesión intencionalmente infringida por el Asegurado a sí mismo.
- 7.6. Homicidio o tentativa de homicidio al Asegurado intencionalmente por los Beneficiarios de la presente Póliza.
- 7.7. Enfermedades de transmisión sexual, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o la infección del Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV).
- 7.8. 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.
- 7.9. 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.
- 7.10. Participación en riñas o duelos.
- 7.11. 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.
- 7.12. Utilización de instrumentos de guerra y/o armas de fuego.
- 7.13. Prestación de servicios en las fuerzas armadas o unidades auxiliares de las mismas.
- 7.14. Secuestro e intento de secuestro.
- 7.15. Pérdidas, daños, costos o gastos de cualquier naturaleza, directa o indirectamente causados por, resultante de, o relacionados con cualquier acto de terrorismo, aun cuando exista cualquier otra causa o acontecimiento que contribuya al evento en forma concurrente o en cualquier otra secuencia.

Para los efectos del presente inciso, un acto terrorista consiste en una conducta calificada como tal por la ley, así como el uso de fuerza o violencia o la amenaza de ésta, por parte de cualquier persona o grupo, motivado por causas políticas, religiosas, ideológicas o similares, con la intención de ejercer influencia sobre cualquier gobierno o de atemorizar a la población o a cualquier segmento de la misma.

Están excluidas también las pérdidas, daños, costos o gastos de cualquier naturaleza, directos o indirectos, originados en cualquier acción ejercida para controlar, evitar o suprimir actos de terrorismo o que se relacionen con éstos. Cuando los hechos en que se basa la exclusión de esta cláusula configuren un delito

de cuya comisión están conociendo los Tribunales de Justicia, la 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.

- 7.16. El uso, liberación o el escape de materiales nucleares que directa o indirectamente resulte en una reacción nuclear, radiación o contaminación radiactiva, guerra nuclear, armas biológicas y/o químicas. Además, están excluidas las consecuencias de dispersión, utilización o escape de materiales biológicos y químicos patogénicos o venenosos. Sin embargo, lo mencionado anteriormente se aplica solamente si cincuenta (50) o más personas resultan muertas o sufren lesión física seria, dentro del plazo de noventa (90) días naturales de la ocurrencia del incidente y que cause la muerte o lesión física seria. Para los propósitos de esta disposición, lesión física seria significa:
- (a) Lesión física que implica un riesgo substancial de la muerte;
 - (b) Desfiguración física prolongada y obvia;
 - (c) Pérdida prolongada o debilitación de la función de un miembro corporal u órgano.
- 7.17. La operación o aprendizaje para operar cualquier aeronave o el desempeño de actividades como miembro de la tripulación de la misma.
- 7.18. Pérdida, lesión, daño, responsabilidad civil, servicio o beneficio que se genere directa o indirectamente por un viaje a, en, o a través de Afganistán, Cuba, República Democrática del Congo, Irán, Irak, Liberia o Siria.
- 7.19. 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.
- 7.20. Todo aquello que no esté expresamente incluido dentro de las coberturas.
- 7.21. Se excluyen siniestros que se produzcan por dolo o culpa grave del Asegurado, Beneficiario o de sus respectivos causahabientes.
- 7.22. Pérdidas que no ocurran dentro del plazo de la Póliza.
- 7.23. Pérdidas que resulten de o están relacionadas con tareas de negocios incluyendo el trabajo o profesión del Asegurado.
- 7.24. Pérdidas causadas por actos ilegales.
- 7.25. Pérdidas que el Asegurado haya causado intencionalmente.

- 7.26. 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.
- 7.27. Enfermedades originadas por pandemias o epidemias declaradas o no. Esta exclusión no se aplica a la cobertura de "GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE Y/O ENFERMEDAD".
- 7.28. 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".

8. EXCLUSIONES ESPECIALES PARA COBERTURAS

- 8.1. 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) Transplante de órganos.
 - k) Cuidados de niños sanos, incluyendo exámenes e inmunizaciones (vacunas).
 - l) Servicios y suministros médicos en el país de residencia del Asegurado.
 - m) Anteojos, lentes de contacto, audífonos y exámenes para la prescripción o ajuste de los mismos, a menos que la Lesión o la Enfermedad de Carácter Súbito haya causado el deterioro de la visión o la audición.
 - n) Tratamiento proporcionado por un Hospital del Estado o prestador de servicios que no signifique un costo para el Asegurado, vale decir, cuyas prestaciones son gratuitas o reembolsables por un tercero.
 - o) Trastornos mentales, nerviosos o emocionales o curas de sueño.
 - p) Servicios y suministros médicos que hayan sido generados fuera del periodo de vigencia del Viaje.
 - 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.**
- 8.2. 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).**
- 8.3. 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 prescritos 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, cuyas provisión sea gratuita o reembolsable por un tercero.**
 - e) **Medicamentos que hayan sido adquiridos o requeridos fuera del periodo de vigencia del Viaje.**
- 8.4. 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.**

- 8.5. 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.
- 8.6. 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.

SECCIÓN III: LÍMITES O RESTRICCIONES A LA COBERTURA

9. TERRITORIO

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

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

10. PERMANENCIA/EDAD

- 10.1. En el caso de la **modalidad Anual**, cuando el Asegurado llega a cumplir setenta (70) años de edad, la Compañía mantendrá la Póliza de Seguro vigente siempre y cuando se opte mediante acuerdo con el Contratante con alguna de las siguientes opciones:
- 10.1.1. Aplicación automática de una tarifa y recargo especial, previamente negociado entre las partes, a partir de esa edad y para un determinado rango de edades, calculada a través de un estudio técnico y objetivo sobre la colectividad asegurada en la Póliza de Seguro, de acuerdo a la tabla que se indica a continuación:

Modalidad Anual (Plan Silver, Gold, Platinum y Europa)	
Edad	Recargo
70-79 años cumplidos.	35%
80 años cumplidos en adelante.	1237%

- 10.1.2.** La realización de análisis médicos sobre el estado actual del Asegurado que alcance esa edad, con el objetivo de evaluar si existen factores en su salud e integridad que incrementen el riesgo cubierto y, por lo tanto, se proceda con la aplicación de un recargo especial o la exclusión del Asegurado de la Póliza de Seguro.

En caso de aplicarse análisis médicos que resulten en un recargo especial, la Compañía le comunicará al Asegurado una propuesta de cobertura en la que contendrá la nueva tarifa, debiendo responder su anuencia o renuencia a dicha propuesta de cobertura dentro del plazo de quince (15) días hábiles siguientes.

- 10.2.** En el caso de la **modalidad por Cupo**, cuando el Asegurado llega a cumplir setenta (70) años de edad, la Compañía aplicará una tarifa tomando en cuenta el siguiente recargo especial:

Modalidad por Cupo (Plan Silver, Gold, Platinum y Europa)	
Edad	Recargo
70-79 años cumplidos.	35%
80 años cumplidos en adelante.	2250%

11. PERIODO DE COBERTURA

El periodo de cobertura de este Seguro es sobre la base de la ocurrencia del siniestro.

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

12. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

El Asegurado podrá designar libremente a su(s) Beneficiario(s) al momento de suscribir la Póliza o podrá designarlos posteriormente o modificarlos en cualquier momento, utilizando el formulario de "Designación o Cambio de Beneficiarios" el cual le suministrará la Compañía el cual deberá estar firmado por el Asegurado.

Si se designa más de un Beneficiario(s) y en tal designación el Asegurado ha dejado de especificar sus respectivos intereses asegurables (porcentaje de distribución de la indemnización), los Beneficiarios(s) tendrán una participación igual. Si cualquier Beneficiario(s) designado fallece antes que el Asegurado, el interés del mencionado Beneficiario(s) terminará y acrecentará en partes iguales los intereses de aquellos Beneficiario(s) que sobrevivan al Asegurado, a menos que el Asegurado haya dispuesto de otro modo en la designación de Beneficiarios(s). Cualquier cantidad para la que no haya Beneficiario(s) designado al fallecimiento del Asegurado, será pagada a la orden del albacea del proceso sucesorio respectivo. Cuando no se designe Beneficiario(s), o la designación se tome ineficaz o el seguro se quede sin Beneficiario(s) por cualquier causa, se considerarán Beneficiario(s) a los herederos establecidos en el procedimiento sucesorio correspondiente.

Advertencia:

"En el caso de que se desee nombrar Beneficiario(s) a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores Beneficiario(s), durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra Beneficiario(s) al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de Beneficiario(s) en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada."

OBLIGACIONES DE LOS CONTRATANTES

13. OBLIGACIONES DE LA COMPAÑÍA

La Compañía se compromete a resolver todo reclamo mediante resolución motivada y por escrito dentro de un plazo máximo de treinta (30) días naturales, computado a partir de la fecha de la recepción del reclamo. Dicha resolución le será debidamente comunicada al interesado, a través del medio designado para tales efectos.

La Compañía se compromete a darle trámite diligente a cada uno de los reclamos interpuestos como consecuencia de la celebración del Contrato de Seguro. Cuando un reclamo sea debidamente aceptado por la Compañía, ésta se compromete a proceder con el pago de la obligación económica en un plazo máximo de treinta (30) días naturales, contados a partir de la notificación de la aceptación respectiva. El retraso injustificado en el pago de dicha prestación, obligará a la Compañía a pagar los daños y perjuicios que le sean provocados al Tomador y/o Asegurado, mismos que, para el caso específico de mora en el pago de la indemnización, consistirán en el pago de intereses moratorios legales, conforme a lo establecido por el artículo 497 del Código de Comercio, sobre la suma principal adeudada.

Asimismo, la Compañía se compromete a respetar cada uno de los derechos que le asisten al Asegurado, consagrados dentro de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros (Ley N°8956), Reglamento de Defensa y Protección del Consumidor de Seguros (Acuerdo SUGESE 06 – 13), Carta de Derechos de los Consumidores de Seguros (Acuerdo SGS-DES-A-031-2014) y demás normativa aplicable.

14. OBLIGACIONES DEL TOMADOR Y ASEGURADO

El Tomador y/o Asegurados están obligados a declarar a la Compañía todos los hechos y las circunstancias por ellos conocidas y que razonablemente puedan considerar relevantes en la valoración del riesgo. **La reticencia o falsedad intencional por parte del Tomador y/o Asegurados, sobre hechos o circunstancias que conocidos por la Compañía hubieran influido para que el contrato no se celebrara o se hiciera bajo otras condiciones, podrían acarrear la nulidad relativa o absoluta del contrato.**

El Tomador deberá cancelar la prima en las fechas establecidas para tales efectos. En caso de que el Tomador se encuentre moroso en el pago de la prima, la Compañía estará facultada a dar por terminado anticipadamente

el contrato, o bien, proceder con el cobro de la prima en la vía ejecutiva por el plazo en que el contrato se mantenga vigente.

El Tomador y/o el Asegurado deberán comunicar a la Compañía el acaecimiento del riesgo objeto de cobertura, dentro del plazo máximo establecido en la cláusula "PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO". **Si dicho aviso no se realiza dentro del plazo indicado, sea de forma dolosa para evitar o desvirtuar la valoración de los hechos y circunstancias, la Compañía estará facultada para dejar sin efecto el reclamo.**

Durante el trámite del reclamo, el Tomador y/o Asegurado, deberán demostrar la ocurrencia del evento que constituya siniestro y la cuantía aproximada de la pérdida. De igual forma, deberán colaborar con la Compañía en la inspección y el suministro de todos los documentos necesarios para que la Aseguradora pueda darle trámite al reclamo. **El incumplimiento demostrado de dichas obligaciones que afecte, de forma significativa, la posibilidad de constatar circunstancias relacionadas con el evento y estimar la pérdida, liberará a la Compañía de su obligación de indemnizar.**

El Asegurado deberá emplear los medios razonables a su alcance para disminuir las consecuencias del siniestro, incluyendo la obligación de no desatender la cosa asegurada. **El incumplimiento de esta obligación facultará a la Compañía para reducir su prestación en proporción al daño que se pudo haber evitado. Asimismo, la Compañía quedará liberada de toda prestación derivada del siniestro si la persona asegurada incumpliera esta obligación con dolo o culpa grave.**

PRIMA Y ASPECTOS RELACIONADOS

15. PAGO DE LA PRIMA

El pago de la Prima correspondiente a la presente Póliza será única y por adelantado y deberá pagarse en el domicilio de la Compañía. Adicionalmente, la misma podrá ser pagada por el Asegurado a la Compañía mediante cargo automático a una cuenta de ahorros del Asegurado, tarjeta de crédito o débito, o bien en efectivo o mediante cheque a alguna cuenta propiedad de la Compañía.

Bajo la modalidad contributiva, en caso que la cobertura del seguro sea cancelada por el Asegurado durante los primeros quince (15) días naturales posteriores a la inclusión en el Seguro y siempre que no exista reclamación sobre la misma, se le devolverá el cien por ciento (100%) de las Primas que haya pagado. Si la cancelación se produce posterior a dicho período, las Primas se considerarán totalmente devengadas y no procede devolución alguna por ser de vigencia mensual, exceptuando los casos en que se cobraran Primas en fecha posterior a la cancelación, en cuyo caso se devolverá lo cobrado de más.

Cuando corresponda la devolución de Primas no devengadas, la misma se hará dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la cancelación de su cobertura por parte del Asegurado.

La Prima podrá ser pagada de manera anual o podrá ser fraccionada, sin recargos, en periodos mensuales de acuerdo a lo que se indica en el Certificado de Seguro.

FORMA DE AJUSTE DE LA PRIMA

16. TARIFAS

Bajo Modalidad Contributiva o Modalidad No-Contributiva, la Compañía podrá, mediante Addendum y su notificación al Contratante, con treinta (30) días de anticipación al término de la Vigencia de la Póliza, para la respectiva aceptación del Contratante, cambiar la tarifa que utilizará para la Renovación de la Póliza para calcular las primas por las coberturas detalladas en las Condiciones Particulares.

La Compañía sólo tendrá derecho a cambiar la tarifa utilizada para calcular las primas, por las coberturas detalladas en las Condiciones Particulares, con la Renovación de la Póliza de acuerdo con lo establecido en el párrafo anterior.

La prima a pagar en cada fecha de vencimiento de prima, será igual a la suma de los cargos de prima por las coberturas detalladas en las Condiciones Particulares.

Bajo Modalidad Contributiva o Modalidad No-Contributiva, los Asegurados podrán optar por terminar la cobertura si no estuvieren conformes con la modificación con solo comunicarlo por escrito dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de vigencia del Addendum de la modificación y no podrán optar por mantener la cobertura vigente con la prima de la vigencia anterior.

RECARGOS Y DESCUENTOS

17. RECARGOS Y DESCUENTOS

Para la presente póliza no aplican descuentos ni recargos de ningún tipo, a excepción de los que podrían de aplicarse en la cláusula "PERMANENCIA/EDAD", en relación a la permanencia y edad del Asegurado en la Póliza de Seguro.

NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE RECLAMOS

18. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACION O SINIESTRO

18.1. Procedimiento Aplicable a Todos las Coberturas.

18.1.1. Contactar en primera instancia con la Central de Asistencia de la Compañía.

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 el Certificado de Seguro correspondiente.

En esta llamada el Asegurado deberá informar:

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

**ASSA Compañía de Seguros S.A. | Seguro de Viajes
"Corporate Travel Protection"
Condiciones Generales**

- 18.1.2.** 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.
- 18.1.3.** 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.
- 18.1.4.** Toda la documentación debe ser entregada en original, salvo indicación en contrario, y estar acompañada del Formulario de Denuncia de Siniestros de la Compañía debidamente cumplimentado.
- 18.1.5.** A partir del cumplimiento de todas las exigencias establecidas en esta Cláusula por parte del Asegurado, la Compañía tiene un plazo de treinta (30) días naturales para pronunciarse acerca del derecho del Asegurado para acceder al Beneficio.

Una vez vencido el plazo señalado en el párrafo precedente para que la Compañía se pronuncie acerca del derecho del Asegurado, el Beneficio se pagará dentro de los treinta (30) días naturales de fijado el monto de la indemnización o de la aceptación de la indemnización ofrecida.

En el caso de la coberturas de **"MUERTE ACCIDENTAL"**, el pago del Beneficio se hará dentro de los treinta (30) días de notificado el Siniestro o de cumplidos los requisitos a que se refiere esta cláusula.

En cualquier caso, si el aviso de siniestro no es presentado dentro del plazo indicado, de forma dolosa para evitar o desvirtuar la valoración de los hechos y circunstancias, la Compañía estará facultada para dejar sin efecto el reclamo.

Las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas si demuestra que el Asegurado, el Beneficiario o sus representantes, con el fin de hacerla incurrir en error disimulan o declaran inexactamente los hechos que incluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación que trata esta cláusula y cualquiera otra donde se especifica una obligación de remitir información/documentos con este propósito.

18.2. 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.
- 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.

18.3. 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.

18.4. 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.

18.5. 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 de la compañía aérea respecto del atraso.

18.6. 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 y el respectivo diagnóstico y receta médica.
- b) Boleto original de la compra del medicamento en el extranjero, respecto de la cual se solicita el reembolso.

18.7. 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.

18.8. 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.

18.9. 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 regirán 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.

18.10. 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.

18.11. 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.

18.12. Para las 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 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"**.

18.13. 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.

19. DECLINACIÓN Y APELACIÓN DEL RECLAMO

Declinación: En aquellos casos que proceda la declinación del reclamo, la Compañía lo comunicará por escrito al Asegurado o al(los) Beneficiario(s), según sea el caso, cualquier resolución o requerimiento que emita referente a la tramitación del reclamo.

Revisión: Cualquier Asegurado o Beneficiario(s), según sea el caso, está autorizado para solicitar la revisión ante la Compañía. Dicha revisión podrá presentarla directamente en la Compañía. Para que dicha revisión proceda, deberá presentar su alegato por escrito y aportar las pruebas correspondientes.

Instancia de atención: En caso de persistir la declinación de la cobertura del seguro, el Asegurado o Beneficiario, según sea el caso, podrá acudir a esta instancia, que ejerce sus funciones con absoluta independencia de la dependencia de la Compañía que declinó el reclamo, con el objeto de ser atendida resuelta su reclamación. Dicha instancia está revelada en la página web de la Compañía.

VIGENCIA Y POSIBILIDAD DE PRÓRROGAS O RENOVACIONES

20. VIGENCIA DEL SEGURO

20.1. La vigencia de la presente Póliza podrá ser anual o por cupo, según se indique en las Condiciones Particulares y el Certificado de Seguro, las cuales forman parte de la presente Póliza.

20.1.1. Modalidad Anual: Por medio de esta modalidad de vigencia, el Asegurado quedará protegido en todos los Viajes que realice fuera del país de residencia habitual, sin exceder un periodo máximo de estadía de treinta (30) días consecutivos por Viaje.

Si el viaje tiene una duración mayor a este periodo a partir del día treinta y uno (31) no tendrá cobertura en ninguno de los beneficios contratados durante este Viaje.

20.1.2. Modalidad por Cupo: Por medio de esta modalidad de contratación el Tomador puede seleccionar una determinada cantidad de Cupos, los cuales podrán ser libremente distribuidos y asignados entre los Asegurados, sin exceder un período máximo de estadía de trescientos sesenta y cuatro (364) días consecutivos por el Viaje de cada uno de los Asegurados.

20.2. 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 el Certificado, si ésta es posterior a la fecha de embarque.

20.3. Específicamente, en el caso de la cobertura de "**CANCELACIÓN DEL VIAJE**", el inicio será en la fecha de emisión del Certificado, siendo su término la Fecha de Salida del Viaje.

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

21. DERECHO DE PRÓRROGA

Esta póliza podrá ser prorrogada por períodos anuales y permanecerá vigente siempre que se acredite con el consentimiento expreso de ambas partes, según la frecuencia y forma de pago que se expresa en las Condiciones Particulares de la misma y siempre que la Suma Asegurada se encuentre vigente.

Las prórrogas de este contrato por otro periodo de seguro, se darán bajo las condiciones de beneficios y primas que la Compañía convenga a la fecha de prórroga, con una previa solicitud del Contratante y aceptación expresa de la Compañía dentro de los últimos treinta (30) días naturales de vigencia de cada periodo. Deberá cumplirse con el mecanismo de comunicación previsto en estas Condiciones Generales para informar a los Asegurados.

El certificado de prórroga correspondiente, autorizado y expedido por la Compañía, será la prueba de la prórroga para el Contratante.

22. FINALIZACIÓN DE LA COBERTURA

La cobertura del Seguro finalizará automáticamente cuando se presente alguna de las siguientes condiciones y en las siguientes fechas, pero siempre la que ocurra primero:

- 22.1. 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.
- 22.2. Al final de la vigencia del Certificado.
- 22.3. Al final del plazo de vigencia de la Póliza.

23. TERMINACIÓN DEL SEGURO

Este contrato podrá ser terminado de forma anticipada por:

- a) Mutuo Acuerdo.
- b) Falta de pago de primas según se estipula en la cláusula de **"PAGO DE LA PRIMA"**, luego de transcurrido el período de gracia de diez (10) días, por lo tanto, la Compañía deberá dar por terminado el contrato o mantener vigente el contrato y cobrar la prima por la vía ejecutiva informando oportunamente su decisión al Contratante, cualquiera que sea.
- c) Por el Contratante: Unilateralmente cuando el Contratante decida no mantener el seguro. En cuyo caso deberá dar aviso por escrito a la Compañía según la cláusula de **"NOTIFICACIONES"**, con al menos un mes de anticipación.
- d) Por la Compañía: Unilateralmente cuando exista alguna de las siguientes circunstancias:
 - d.1. Por el incumplimiento de las obligaciones del Asegurado que derivan del Contrato de Seguro y del ordenamiento jurídico.
 - d.2. Por cualquier causa debidamente justificada por la Compañía según los casos previstos por la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.

La Compañía tendrá derecho a conservar la prima devengada por el plazo transcurrido y devolverá la prima no devengada. La Compañía hará el reintegro de las primas no devengadas en un plazo de diez (10) días hábiles posteriores a la fecha en que se notifique la terminación del contrato.

CONDICIONES VARIAS (CLAUSULADO GENERAL)

24. PÉRDIDA DEL DERECHO AL BENEFICIO

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

- a) Inobservancia a las condiciones de la Póliza;
- b) Al ser constatado o comprobado que el Asegurado o sus Beneficiarios o representantes de éstos actuaron con engaño, fraude, simulación o culpa grave en la contratación de la Póliza o para obtener o mejorar el monto de los Beneficios.
- c) Si se demuestra que el Asegurado o sus beneficiarios o representantes de éstos con el fin de hacer incurrir en error a la Compañía disimulan o declaran inexactamente hechos que incluirían o podrían restringir dichas obligaciones al momento de brindar información acerca del Siniestro.
- d) Cuando con igual propósito al anterior no den el aviso de Siniestro dentro del plazo estipulado en esta póliza o no le remitan a tiempo la documentación y toda clase de información sobre los hechos relacionados con el Siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.
- e) Por el incumplimiento o no ejecución por parte del Asegurado de aquellos actos establecidos en esta Póliza con el fin de atenuar el riesgo o impedir su agravación a no ser que se pruebe que dicho incumplimiento no ha tenido influencia alguna en la producción del siniestro o en la agravación de sus resultados.

25. NULIDAD DE LA PÓLIZA

Este Seguro será absolutamente nulo en cualquier momento durante la vigencia del mismo, si se determina que se han declarado de manera falsa, inexacta, parcial o reticente hechos o circunstancias conocidas como tales por el Asegurado, al momento de suministrar información relevante al riesgo y que hubieran podido influir de manera directa en la apreciación del riesgo o condiciones de la Póliza, o retraer a la Compañía de aceptar el riesgo o emitir la Póliza en las condiciones actuales. Si la falsedad, inexactitud o reticencia proviene del Asegurado o sus representantes, la Compañía tiene derecho a retener las Primas pagadas hasta el momento en que tuvo conocimiento del vicio. Cuando hubiere muto engaño, el Asegurado sólo tendrá derecho a recibir las primas no devengadas. Si la omisión o inexactitud no son intencionales se procederá de conformidad con lo que establecen los incisos a), b) y c) del artículo 32 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.

En cualquier caso que aplique la devolución de las primas pagadas por el Tomador, la Compañía deberá devolverlas en el plazo de treinta (30) días naturales, contados a partir del momento en que se dio el conocimiento de la falsedad o inexactitud.

26. FALSEDAD, OMISIÓN Y/O INEXACTITUD EN LA RECLAMACIÓN A LA COMPAÑÍA

Conforme a lo establecido en el artículo 47 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros, la obligación de indemnizar que tiene la Compañía se extinguirá si demuestra que el Asegurado o los Beneficiarios declararon, con dolo o culpa grave, en forma inexacta o fraudulenta hechos que de haber sido declarados correctamente podrían excluir, restringir o reducir esa obligación, lo anterior sin perjuicio de que la conducta del Asegurado o del reclamante configure el delito de simulación. En este caso, las Primas pagadas se darán por totalmente devengadas y no procederá su devolución.

27. PRESTACIÓN DE SERVICIOS POR PARTE DE PROFESIONALES

En todos los casos el profesional Médico o cualquier abogado sugerido o coordinado por la Compañía actuarán, de acuerdo a su capacidad médica o jurídica, sólo en nombre y por cuenta exclusiva del Asegurado.

La Compañía no asume responsabilidad alguna por el asesoramiento o por el servicio prestado por tal profesional Médico o abogado.

El Asegurado no tendrá acción ni podrá reclamar contra la Compañía con motivo de la sugerencia o coordinación de un profesional Médico o abogado o debido a cualquier consecuencia legal o de otra índole que resulte de la misma. El Asegurado será responsable por el costo de los servicios coordinados por la Compañía que no tengan cobertura de acuerdo a esta Póliza. En el caso en que la Compañía pague servicios no protegidos por esta Póliza, se reserva el derecho de cobrar esos importes del Asegurado.

28. DUPLICIDAD Y COEXISTENCIA DE COBERTURA

El Asegurado tiene la obligación de informar la existencia de otra cobertura de este u otro contrato expedido por la Compañía de este mismo tipo de seguro para que la Compañía se abstenga de expedir otro contrato similar. En caso de no hacerlo y ocurriere el siniestro, se considerará a esta persona asegurada solamente bajo la Póliza que le proporcione el mayor beneficio, y será devuelta a los beneficiarios la prima correspondiente a las otras Pólizas expedidas al Asegurado dentro de los siguientes quince (15) días hábiles contados a partir de la fecha en que la Compañía tenga conocimiento del vicio.

El Asegurado no podrá estar amparado por más de una Póliza de Seguro de Accidentes Personales para Viajeros expedida por la Compañía.

29. FRAUDE, FALSEDAD U OMISIÓN

Cualquier omisión, declaración falsa o inexacta, dolo o mala fe, reticencia o disimulo de los hechos importantes, tanto para la apreciación de los riesgos como la aceptación del negocio o en conexión con un reclamo, tales como los conozca o deba conocer el Asegurado o quien por él contratare este seguro, facultará a la Compañía para solicitar la nulidad de esta póliza, de manera absoluta o relativa, según corresponda.

30. SUBROGACIÓN

Antes del pago de la indemnización, el Asegurado está obligado a realizar a expensas de la Compañía, todo lo que esta pueda razonablemente requerir para ejercer cuantos derechos, recursos y acciones que pudiera corresponderle contra terceros.

Como consecuencia del pago de la indemnización, la Compañía de pleno derecho se subrogará automáticamente en los derechos que el Asegurado puede tener así como en sus correspondientes acciones contra los autores responsables del siniestro, pérdida, daño o gasto, por cualquier carácter o título que sea por

el solo hecho del pago de la indemnización y hasta el monto de ella. La Compañía no aplicará la subrogación contra el Asegurado, contra las personas que las partes acuerden expresamente, así como a aquellas con quienes el Asegurado tenga relación conyugal, de parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado inclusive, salvo que actúen con dolo. La Compañía no se valdrá de la subrogación en perjuicio del Asegurado. Esta prohibición se extenderá a las personas que las partes acuerden expresamente en las Condiciones Particulares, así como a aquellas con quienes el Asegurado tenga relación conyugal, de parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado inclusive, salvo que medie dolo. Si por cualquier circunstancia la Compañía necesitare exhibir algún documento en que el Asegurado hiciera a favor de ella a la subrogación de todos sus derechos y acciones que contra terceros surgieran a consecuencia del siniestro, el Asegurado quedaría obligado a reiterar la subrogación en escritura ante un Notario Público.

Tanto antes como después de cobrar la indemnización, el Asegurado queda comprometido a presentar las denuncias correspondientes ante los tribunales competentes, con el objeto de que la Compañía pueda ejercer los derechos, recursos y acciones derivados o procedentes de la o subrogación aquí prevista. Si pagada la indemnización y cedidos los derechos, no se pudiere ejercer la subrogación por algún acto imputable al Asegurado, la Compañía podrá requerirle al Asegurado el reintegro de la suma indemnizada.

31. MONEDA

Todos los pagos relacionados con la presente póliza que se realicen entre Contratante y la Compañía, se efectuarán en la moneda en que se haya pactado el Contrato de Seguro. En caso que se realice en moneda distinta a la contratada se realizará al tipo de cambio vigente al día de pago, en el Banco o institución financiera en que lo realice. Cuando el pago no se haga en una institución financiera se aplicará el tipo de cambio de referencia para la venta fijado por el Banco Central de Costa Rica al día de pago.

32. 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, diferente del contrato de seguro, donde se expresen los fines de levantamiento de la confidencialidad y el alcance de diseminación de los datos.

33. LEGITIMACIÓN DE CAPITALES

El Contratante se compromete a brindar la información necesaria y verídica en caso que se deba cumplir con la Ley 8204 y su regulación sobre la prevención contra la legitimación de capitales y el financiamiento al terrorismo.

34. PRESCRIPCIÓN DE ACCIONES DERIVADAS DE LA PÓLIZA DE SEGURO

Las acciones que se derivan de la presenta póliza de seguro y de los Addenda expedidos **prescribirán transcurrido el plazo de 4 (cuatro) años**, contados a partir del suceso que motivara el ejercicio de ellas.

35. 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 posibles pagos que pudiesen transgredir sanciones económicas y/o comerciales establecidas en leyes o reglamentos internacionales de los que sea parte la República de Costa Rica o aquellas con las que la República de Costa Rica mantiene relaciones diplomáticas o comerciales, incluyendo pero sin limitar la generalidad de lo anterior, los de la Organización de las Naciones Unidas incluyendo el Consejo de Seguridad; de los Estados Unidos de América, Japón, Reino Unido o de la Unión Europea.

En adición, la Compañía no estará obligada a pagar reclamos o en general desembolsar sumas de dinero relacionadas con eventos cubiertos bajo esta Póliza cuando el contratante, cualquiera de las partes aseguradas o beneficiarias o la persona que, por las causas que fuere paga las primas a la Compañía, 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 por objeto el establecimiento de medidas para contrarrestar o prevenir el blanqueo de capitales, lavado de activos, el narcotráfico, financiamiento del terrorismo, guerras, y el financiamiento de la proliferación de armas de destrucción masiva.

INSTANCIAS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

36. DIFERENCIAS Y CONFLICTOS

Cuando exista declinación de un reclamo para hacer efectiva la cobertura del seguro, o bien, una disconformidad por la calidad en el cumplimiento de las obligaciones de la Compañía, el Tomador podrá acudir la instancia de atención de quejas y reclamaciones con el objeto de ser atendida y resuelta su queja o reclamación. Dicha instancia ejerce sus funciones con absoluta independencia operativa respecto del área administrativa de la Compañía que declinó el reclamo o incumplió sus deberes. Las reglas y funciones de esta instancia de atención de quejas y reclamaciones están reveladas en la página web de la Compañía.

Con independencia de la instancia anterior, las partes pueden someterse directamente (sin agotar la instancia anterior) 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 de Seguro.

No obstante lo anterior, las partes podrán convenir de mutuo acuerdo, someter sus controversias a un arbitraje si lo consideran conveniente a sus intereses.

37. 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.

COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

38. NOTIFICACIONES

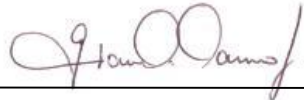
Las notificaciones o comunicaciones relacionadas con este Seguro entre la Compañía y el Tomador y/o Asegurado, serán remitidas a través de medios de comunicación a distancia, que permitan guardar, recuperar, reproducir fácilmente sin cambios la información y demostrar la entrega de la información a favor del Tomador, o bien, enviadas por correo ordinario o certificado a la Dirección Contractual establecida en las Condiciones Particulares. El Tomador deberá reportar por escrito a la Compañía el cambio de Dirección Contractual o medio de comunicación a distancia para efectos de su modificación, de lo contrario, se tendrá por correcta para todos los efectos, la última dirección o información de contacto reportada en la Póliza de Seguro.

El aviso así enviado se entenderá notificado desde la fecha de la entrega física de manera personal o desde que sea depositado en las oficinas del correo; cuando la notificación se realiza por medios electrónicos, se entenderá que la persona quedará notificada al día hábil siguiente de la transmisión. Todo plazo que dependa de dicha notificación comenzará a contarse desde esa fecha.

Cuando medie un intermediario de seguros establecido expresamente en el Seguro se regirá por las siguientes reglas: i.) Cualquier notificación realizada por el Tomador al Agente de Seguros o a la Sociedad Agencia de Seguros se entenderá realizada directamente a la Compañía; ii.) Cualquier notificación realizada entre la Sociedad Corredoras de Seguros y la Compañía, con ocasión a este Seguro, se entenderá efectivamente realizada entre la Compañía y el Tomador siempre que haya sido expresamente autorizada dicha facultad de comunicación por el Tomador, y se mantendrá por el tiempo del Seguro y sus modificaciones hasta que expresamente sea revocada por este; sin embargo, esta facultad no inhibe al Tomador de poder gestionar cualquier trámite con relación al Seguro en forma directa.

En fe de lo cual se firma este Seguro en la República de Costa Rica.

Assa Compañía de Seguros, S. A.



Giancarlo Caamaño, Gerente General
Representante Autorizado

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número P19-57-A05-707 de fecha 11 de Junio del 2022.