

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES Y ASISTENCIA EN VIAJES

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL 320180032

ARTÍCULO 1: REGLAS APLICABLES AL CONTRATO

Se aplicarán al presente contrato de seguro las disposiciones contenidas en los artículos siguientes y las normas legales de carácter imperativo establecidas en el Título VIII, del Libro II, del Código de Comercio. Sin embargo, se entenderán válidas las estipulaciones contractuales que sean más beneficiosas para el Asegurado o Beneficiario.

ARTÍCULO 2: COBERTURAS Y MATERIA ASEGURADA

La presente póliza indemnizará a los Asegurados designados en las Condiciones Particulares y/o certificado de cobertura otorgado por la Compañía al momento de la adquisición del seguro, por los daños que sufran a consecuencia de un Accidente, Enfermedad o de algún otro hecho cubierto y de acuerdo a la especificación de coberturas y condiciones que se señalan más adelante, como asimismo, se indemnizará a los beneficiarios designados, en caso de fallecimiento del Asegurado a consecuencia de un Accidente que se produzca durante la vigencia del seguro contratado y siempre y cuando el evento haya ocurrido durante el Viaje del Asegurado.

La cobertura otorgada por esta Póliza regirá exclusivamente mientras el Asegurado se encuentre de Viaje y durante el tiempo especificado en las Condiciones Particulares y/o certificado de cobertura otorgado por la Compañía.

Queda expresamente establecido que la coordinación para el otorgamiento de las coberturas deberá efectuarse a través de la Central de Asistencia individualizada en las Condiciones Particulares y/o certificado de cobertura.

Se otorgarán las indemnizaciones que esta Póliza contempla, únicamente si la cobertura se especifica expresamente en las Condiciones Particulares y/o certificado de cobertura, en cuanto a montos, porcentajes y condiciones para su otorgamiento, por lo tanto, se entenderá que tienen cobertura todas aquellas coberturas que tengan asignado un monto o porcentaje de indemnización en la tabla de beneficios, la cual formará parte integrante de las Condiciones Particulares y/o certificado de cobertura otorgado por la Compañía al momento de la adquisición del seguro por parte del Asegurado.

Las coberturas detalladas a continuación podrán ser contratadas de forma conjunta o separadamente de acuerdo a lo especificado por la Compañía en las Condiciones Particulares.

Las coberturas detalladas en las siguientes secciones de esta Póliza podrán ser contratadas en forma individual o colectiva.

Sección A: Accidentes Personales.

A1: Muerte Accidental a causa de Accidente Ocurrido durante el Viaje del Asegurado

En virtud de esta cobertura, la Compañía pagará a los beneficiarios el monto especificado en las Condiciones Particulares y/o certificado de cobertura, en la forma, tiempo, periodicidad y condiciones estipuladas en las mismas, inmediatamente después de recibidas y aprobadas las pruebas en cuanto a que el fallecimiento del Asegurado se produjo como consecuencia directa e inmediata de un Accidente, que haya ocurrido ya sea durante el Viaje del Asegurado que se especifique en las Condiciones Particulares.

Queda expresamente establecido que el Asegurado podrá instituir como beneficiario a cualquier persona. Si no se hubiera designado beneficiario ni reglas para su determinación, se tendrá por tales a los herederos legales del Asegurado.

Si el Asegurado falleciera como consecuencia de algún Accidente, la Compañía deducirá de la suma a pagar bajo esta cobertura, el importe total que hubiere ya pagado al asegurado por el mismo Accidente bajo las coberturas definidas en las Alternativas A5, A6 y A7, en caso de haber sido contratadas.

Se entenderá como fallecimiento a consecuencia directa e inmediata de un Accidente, aquel que ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) días siguientes de ocurrido el Accidente, salvo que se estipule un plazo mayor en las Condiciones Particulares de la póliza.

A2 Muerte Accidental del Asegurado como Pasajero en un Medio de Transporte Público durante su Viaje

En virtud de esta cobertura, la Compañía pagará a los Beneficiarios el monto especificado en las Condiciones Particulares y/o certificado de cobertura, después de recibidas y aprobadas las pruebas de que el fallecimiento del Asegurado se produjo durante su Viaje, como consecuencia directa e inmediata de un de un Accidente ocurrido mientras viajaba como pasajero, habiendo pagado su pasaje, en un medio de Transporte Publico Autorizado, según definición.

Queda expresamente establecido que el Asegurado podrá instituir como Beneficiario a cualquier persona. Si no se hubiera designado Beneficiario ni reglas para su determinación, se tendrá por tales a los herederos legales del Asegurado.

Si el Asegurado falleciera como consecuencia de algún Accidente, la Compañía deducirá de la suma a pagar bajo esta cobertura, el importe total que hubiere ya pagado al Asegurado por el mismo Accidente bajo las coberturas definidas en las Alternativas A5, A6 y A7 en caso de haber sido contratadas.

Se entenderá como fallecimiento inmediato aquel que ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) días siguientes de ocurrido el Accidente, salvo que se estipule un plazo mayor en las Condiciones Particulares de la Póliza.

A3 Muerte Accidental del Asegurado como consecuencia de Accidente en un Medio de Transporte Privado ocurrido durante su Viaje

En virtud de esta cobertura, la Compañía pagará a los Beneficiarios el monto especificado en Las Condiciones Particulares, después de recibidas y aprobadas las pruebas de que el fallecimiento del Asegurado se produjo durante la vigencia de esta Póliza, como consecuencia directa e inmediata de un Accidente ocurrido mientras viajaba como pasajero en un Medio de Transporte Privado y durante su Viaje.

Queda expresamente establecido que el Asegurado podrá instituir como Beneficiario a cualquier persona. Si no se hubiera designado Beneficiario ni reglas para su determinación, se tendrá por tales a los herederos del Asegurado.

Si el Asegurado falleciera como consecuencia de algún Accidente, la Compañía deducirá de la suma a pagar bajo esta cobertura, el importe total que hubiere ya pagado al asegurado por el mismo Accidente bajo las coberturas definidas en las Alternativas A5, A6 y A7 en caso de haber sido contratadas.

Se entenderá como fallecimiento inmediato aquel que ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) días siguientes de ocurrido el Accidente, salvo que se estipule un plazo mayor en las Condiciones Particulares de la póliza.

A4 Muerte Accidental del Asegurado como consecuencia de un Accidente de Tránsito ocurrido durante su Viaje

En virtud de esta cobertura, la Compañía pagará a los Beneficiarios el monto especificado en las Condiciones Particulares y/o certificado de cobertura después de recibidas y aprobadas las pruebas de que el fallecimiento del Asegurado se produjo durante su Viaje, como consecuencia directa e inmediata de un Accidente de Tránsito.

El fallecimiento accidental del Asegurado como consecuencia de Accidente de Tránsito, se entenderá como aquel que sobrevenga al Asegurado como peatón, conductor o pasajero de un vehículo motorizado terrestre. Queda expresamente establecido que el Asegurado podrá instituir como Beneficiario a cualquier persona. Si no se hubiera designado beneficiario ni reglas para su determinación, se tendrá por tales a los herederos legales del Asegurado.

Si el Asegurado falleciera como consecuencia de algún Accidente de Tránsito, la Compañía deducirá de la suma a pagar bajo esta cobertura, el importe total que hubiere ya pagado al Asegurado por el mismo Accidente de Tránsito bajo las coberturas definidas en las Alternativas A5, A6 y A7 en caso de haber sido contratadas.

Se entenderá como fallecimiento inmediato aquel que ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) días siguientes de ocurrido el Accidente, salvo que se estipule un plazo mayor en las Condiciones Particulares de la Póliza.

A5 Desmembramiento Accidental durante el Viaje del Asegurado

En virtud de esta cobertura y cuando la lesión no ocasione la pérdida de la vida del Asegurado producto de un Accidente durante su Viaje, sino que produzca cualquiera de las pérdidas que a continuación se indican, siempre que las consecuencias de las lesiones se manifiesten antes de los noventa (90) días contados desde su ocurrencia, la Compañía indemnizará al Asegurado los siguientes porcentajes del monto asegurado indicado en las Condiciones Particulares de la póliza:

100% en caso de pérdida total de los dos ojos, o de ambos miembros superiores (brazos), o de las dos manos, o de ambos miembros inferiores (piernas), o de los dos pies, o de un miembro inferior (pierna) con una mano o un brazo;

50% por la pérdida total de uno de los miembros superiores (brazos), o uno de los miembros inferiores (pierna), o de una mano;

40% por pérdida total de un pie;

50% por la sordera completa de ambos oídos;

25% por la sordera completa de un oído en caso de que el asegurado ya hubiera tenido sordera completa del otro, antes de contratar este seguro;

13% por la sordera completa de un oído;

50% por la ceguera total de un ojo en caso de que el asegurado ya hubiere tenido ceguera total del otro antes de contratar este seguro;

35% por la ceguera total de un ojo;

20% por la pérdida total de un pulgar;

15% por la pérdida total del índice derecho o izquierdo;

5% por la pérdida total de cualquiera de los demás dedos de la mano;

3% por la pérdida total de un dedo del pie;

La pérdida total de cada falange, se calculará en forma proporcional a la pérdida total del dedo completo correspondiente. La indemnización por la pérdida total o parcial de varios dedos, se determinará sumando el

porcentaje asignado a cada uno de los dedos y falanges perdidos. La pérdida funcional total de cualquier miembro, se considerará como pérdida efectiva del mismo.

En el caso de ocurrir más de un siniestro durante la vigencia de la Póliza, los porcentajes a indemnizar se calcularán en base al monto asegurado y no al saldo de éste, después de haber efectuado otros pagos. Sin embargo, el total de indemnizaciones provenientes de desmembramientos por uno o más Accidentes ocurridos durante el período de cobertura de esta póliza, no podrá, en ningún caso, exceder del 100% del monto asegurado para esta alternativa.

Para los efectos de la correcta interpretación de la terminología empleada en esta Alternativa, se establece el significado de los siguientes términos:

Pérdida total: Se entiende por "pérdida total" referida a un miembro u órgano, su eliminación del organismo al cual pertenece, en forma definitiva y en su total integración anatómica y funcional.

Pérdida parcial: Se entiende por "pérdida parcial" la eliminación de parte de un órgano o miembro al cual pertenece en forma definitiva.

Pérdida Funcional Total: Se entiende por "pérdida funcional total" la ausencia definitiva y total de toda capacidad de función o fisiología del o los órganos afectados, pudiendo o no estar implicado el aspecto anatómico del miembro comprometido.

Miembro: Se entiende por "miembro", cualquier extremidad articulada con el tronco, destinada a ejecutar los grandes movimientos de la locomoción y presión, tales como brazos y piernas.

A6 Desmembramiento del Asegurado como consecuencia de Accidente en un Medio de Transporte Público ocurrido durante su Viaje.

En virtud de esta cobertura y cuando la lesión no ocasione la pérdida de la vida del Asegurado producto de un Accidente en Transporte Público durante su Viaje, sino que produzca cualquiera de las pérdidas que a continuación se indican, siempre que las consecuencias de las lesiones se manifiesten antes de los noventa (90) días contados desde su ocurrencia, la Compañía indemnizará al Asegurado los siguientes porcentajes del monto asegurado indicado en las Condiciones Particulares de la póliza:

100% en caso de pérdida total de los dos ojos, o de ambos miembros superiores (brazos), o de las dos manos, o de ambos miembros inferiores (piernas), o de los dos pies, o de un miembro inferior (pierna) con una mano o un brazo;

50% por la pérdida total de uno de los miembros superiores (brazos), o uno de los miembros inferiores (pierna), o de una mano;

40% por pérdida total de un pie;

50% por la sordera completa de ambos oídos;

25% por la sordera completa de un oído en caso de que el asegurado ya hubiera tenido sordera completa del otro, antes de contratar este seguro;

13% por la sordera completa de un oído;

50% por la ceguera total de un ojo en caso de que el Asegurado ya hubiere tenido ceguera total del otro antes de contratar este seguro;

35% por la ceguera total de un ojo;

20% por la pérdida total de un pulgar;

15% por la pérdida total del índice derecho o izquierdo;

5% por la pérdida total de cualquiera de los demás dedos de la mano;

3% por la pérdida total de un dedo del pie;

La pérdida total de cada falange, se calculará en forma proporcional a la pérdida total del dedo completo correspondiente. La indemnización por la pérdida total o parcial de varios dedos, se determinará sumando el porcentaje asignado a cada uno de los dedos y falanges perdidos. La pérdida funcional total de cualquier miembro, se considerará como pérdida efectiva del mismo.

En el caso de ocurrir más de un siniestro durante la vigencia de la Póliza, los porcentajes a indemnizar se calcularán en base al monto asegurado y no al saldo de éste, después de haber efectuado otros pagos. Sin embargo, el total de indemnizaciones provenientes de desmembramientos por uno o más Accidentes ocurridos durante el período de cobertura de esta póliza, no podrá, en ningún caso, exceder del 100% del monto asegurado para esta alternativa.

Para los efectos de la correcta interpretación de la terminología empleada en esta Alternativa, se establece el significado de los siguientes términos:

Pérdida total: Se entiende por "pérdida total" referida a un miembro u órgano, su eliminación del organismo al cual pertenece, en forma definitiva y en su total integración anatómica y funcional.

Pérdida parcial: Se entiende por "pérdida parcial" la eliminación de parte de un órgano o miembro al cual pertenece en forma definitiva.

Pérdida Funcional Total: Se entiende por "pérdida funcional total" la ausencia definitiva y total de toda capacidad de función o fisiología del o los órganos afectados, pudiendo o no estar implicado el aspecto anatómico del miembro comprometido.

Miembro: Se entiende por "miembro", cualquier extremidad articulada con el tronco, destinada a ejecutar los grandes movimientos de la locomoción y presión, tales como brazos y piernas.

A7 Incapacidad Total y Permanente Dos Tercios que sufra el Asegurado por un Accidente ocurrido durante su Viaje.

En virtud de esta cobertura y cuando como resultado de lesiones producto de un Accidente ocurrido durante su Viaje, el Asegurado se encontrare dentro de los noventa (90) días contados desde la fecha del Accidente, en estado de incapacidad permanente dos tercios, la Compañía pagará el monto indicado en las Condiciones Particulares de la póliza y/o en el respectivo certificado de cobertura otorgado al Asegurado al momento de la compra de este seguro, menos cualquier otro monto pagado al asegurado por el mismo Accidente bajo las coberturas definidas en la Sección A5 y A6. Sin perjuicio de lo anterior, se podrá establecer el pago del capital contratado mediante un pago único y total, de lo que deberá dejarse constancia expresa en las Condiciones Particulares.

Para los efectos de esta cobertura, se entiende por incapacidad permanente dos tercios, la pérdida irreversible y definitiva, a consecuencia de Accidente, de a lo menos dos tercios (2/3) de la capacidad de trabajo, evaluado conforme a las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo sistema de pensiones", regulado por el D.L. N° 3.500, de 1980.

La Compañía determinará en un plazo máximo de treinta (30) días si se ha producido la incapacidad de un Asegurado, conforme a las pruebas presentadas y los exámenes requeridos, en su caso, el Asegurado, dentro de los diez (10) días siguientes a la comunicación de la determinación de la Compañía, podrá requerir que la incapacidad sea evaluada por una junta compuesta por tres médicos cirujanos que se encuentren ejerciendo o que hayan ejercido por la menos un año como miembros titulares de las Comisiones Médicas Regionales o de la Comisión Médica Central de la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones, dos de los cuales podrán ser elegidos por el Asegurado.

La junta médica evaluará la incapacidad del asegurado, pronunciándose si se encuentra incapacitado en forma permanente, conforme a los conceptos descritos en esta cobertura y a las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo sistema de pensiones", regulado por el D.L. N° 3.500, de 1980.

La junta médica podrá someter al Asegurado a los exámenes médicos que considere necesarios, cuyos costos serán soportados en partes iguales entre el Asegurado y la Compañía Aseguradora.

La declaración de incapacidad o invalidez del Asegurado de algún organismo previsional o legal, sólo tendrá para la Compañía y para la junta médica un valor meramente informativo.

En caso que el pago de la prima de este seguro sea de forma recurrente, durante el período de evaluación, y hasta que proceda el pago definitivo de la indemnización correspondiente por parte de la Compañía, el Asegurado deberá continuar pagando las primas a objeto de mantener vigentes las coberturas de esta Póliza.

Si procede el pago de la indemnización, la Compañía pagará el Beneficio desde la fecha de la notificación de la invalidez a la Compañía y devolverá las primas de esta cobertura pagadas desde el mes siguiente de la referida fecha de notificación de la invalidez.

Sección B - Reembolso de Gastos Médicos, Odontológicos, Medicamentos y de Evacuación Médica de Emergencia, incurridos a consecuencia de Accidente ocurrido durante el Viaje o Enfermedad diagnosticada por primera vez o contraída durante el Viaje del Asegurado:

De no estar definido de otra forma en las Condiciones Particulares, todos los Gastos de las coberturas consignadas en esta póliza bajo la Sección B, serán considerados como un gasto único combinable, no pudiendo jamás, en la sumatoria de todos ellos, exceder el monto establecido en las Condiciones Particulares y/o certificado de cobertura bajo la cobertura B1 Gastos Médicos por Accidente y/o Enfermedad.

Los Gastos que serán reconocidos bajo esta cobertura serán los razonables y acostumbrados, según se define en el artículo tercero de las presentes condiciones generales.

La Compañía otorgará las coberturas de esta sección, en la medida que los Gastos respecto de los cuales se solicite el reembolso, hayan sido incurridos a consecuencia de un Accidente ocurrido durante el Viaje del Asegurado o a consecuencia de una Enfermedad que haya sido contraída o cuyo diagnóstico sea efectuado por primera vez durante dicho Viaje.

B1 Reembolso de Gastos Médicos y Hospitalarios necesarios incurridos a consecuencia de un Accidente que haya ocurrido durante el Viaje o Enfermedad diagnosticada por primera vez o contraída durante el Viaje del Asegurado:

En virtud de esta cobertura, la Compañía procederá al reembolso o pago de gastos médicos y hospitalarios necesarios incurridos por el Asegurado, en la medida que hayan sido consecuencia de Accidente que haya ocurrido durante el Viaje o Enfermedad de carácter súbito que haya sido diagnosticada por primera vez o contraída durante el Viaje del Asegurado, hasta el límite establecido en la tabla de beneficios especificada en las Condiciones Particulares y/o en el certificado de cobertura, todo de acuerdo con el plan contratado, menos cualquier otro monto pagado al Asegurado por el mismo Accidente o Enfermedad de carácter súbito bajo las coberturas definidas en las Secciones B2, B3 y B4.

Será condición necesaria para proceder al reembolso, la presentación por parte del Asegurado de las boletas o facturas originales comprobatorias de los gastos médicos y hospitalarios efectuados.

En caso que el Asegurado tuviese beneficios de alguna Institución de Salud Estatal, Privada o Bienestar, deberá hacer uso de ellos previamente. En esa circunstancia, no será exigible la presentación de boletas o facturas originales si en vez de ellas se presentan documentos comprobatorios de los beneficios ya recibidos y del real gasto incurrido por el asegurado. En estos casos, sólo serán reembolsados los gastos que realmente sean de cargo del Asegurado.

Para fines de esta Póliza se entiende por gastos médicos y hospitalarios necesarios solamente a:

- Servicios prestados por un Médico.
- Servicios médicos u hospitalarios para garantizar la recuperación inicial y las condiciones físicas necesarias que permitan la normal continuación del Viaje.
- Internación hospitalaria y uso del quirófano.
- Exámenes médicos, de laboratorio, procedimientos de diagnóstico o terapéuticos, derecho de pabellón, incluyendo los insumos utilizados dentro del pabellón, honorarios de médicos o matrona.
- Anestias (incluyendo administración de la misma, exámenes o tratamientos radiológicos y análisis de laboratorio).
- Fisioterapia: En caso de necesidad de Fisioterapia por parte del Asegurado, como resultado de lesiones provenientes de accidentes ocurridos o Enfermedad es contraídas durante el Viaje, el asegurado, a condición de que ésta sea prescrita por el médico que atendió al asegurado durante el Viaje.

Condiciones:

- La Compañía a su cargo, tendrá el derecho a someter al Asegurado a exámenes médicos, con la frecuencia razonablemente necesaria, mientras el reclamo correspondiente al pago de un Beneficio se halle pendiente.
- En el único caso en el que la gravedad del Accidente o Enfermedad le impida al Asegurado llamar a la Central de Asistencia, podrá solicitar el reembolso de gastos médicos, para lo cual, el Asegurado deberá presentar:
 - a) diagnóstico médico;
 - b) Carta con breve relato de lo sucedido incluyendo los datos específicos de la póliza de seguro contratada y de acuerdo a lo especificado en las Condiciones Particulares;
 - c) Comprobante original de Pagos.

- De no estar definido de otra forma en las Condiciones Particulares, todos los gastos de las coberturas consignadas en esta póliza bajo la Sección B, serán considerados como un gasto único combinable, no pudiendo jamás, en la sumatoria de todos ellos, exceder el monto establecido en las Condiciones Particulares bajo la cobertura B1 Gastos Médicos por Accidente y/o Enfermedad.

- Los gastos médicos por Accidente o Enfermedad cubiertos por esta póliza se limitan a tratamientos de urgencia de cuadros agudos y están orientados a cubrir eventos súbitos e imprevisibles donde se haya

diagnosticado por un médico una Enfermedad o producto de un Accidente claro, comprobable y agudo que impida la normal continuación del Viaje que se especifique en las Condiciones Particulares o al momento de la contratación del seguro y por la misma razón no se prestan para procedimientos de larga duración sino para garantizar la recuperación inicial y las condiciones físicas que permitan la normal continuación del Viaje del Asegurado.

B2 Reembolso de Gastos Odontológicos necesarios a consecuencia de emergencia odontológica por Accidente y/o Enfermedad incurridos a consecuencia de Accidente que haya ocurrido durante el Viaje o Enfermedad que haya sido diagnosticada por primera vez o contraída durante el Viaje del Asegurado:

En virtud de esta cobertura, la Compañía reembolsará, hasta el límite establecido en la tabla de beneficios especificada en las Condiciones Particulares y/o en el respectivo certificado de cobertura, los gastos correspondientes a servicios odontológicos medicamente necesarios de emergencia recibidos por el Asegurado durante su Viaje, a consecuencia de dolor agudo, súbito y repentino en sus piezas dentarias, producto de un Accidente ocurrido en el Viaje o Enfermedad diagnosticada por primera vez o contraída durante el Viaje del Asegurado.

El primer tratamiento deberá realizarse en el exterior y comenzar dentro de las 24 (veinticuatro) horas siguientes a la emergencia o al momento en que se presentó por primera vez el dolor agudo, súbito y repentino.

Esta cobertura incluye el reembolso o pago de los gastos en arreglos o substituciones de prótesis odontológicas siempre y cuando deriven de un traumatismo. El hecho que se produzca una emergencia odontológica no significa que por esta sola circunstancia sea objeto de beneficio, todo lo cual será debidamente calificado de acuerdo con los antecedentes que al efecto proporcione el médico tratante.

El tratamiento odontológico, los servicios y suministros correspondientes serán pagados hasta el límite del Beneficio total, sujeto a lo establecido en la tabla de beneficios especificada en las Condiciones Particulares y/o en el respectivo certificado de cobertura, y hasta los 30 días después de iniciado el primer tratamiento.

Será condición necesaria para proceder al reembolso, la presentación por parte del asegurado de las boletas o facturas originales comprobatorias de los gastos odontológicos efectuados.

En caso que el Asegurado tuviese beneficios de alguna Institución de Salud Estatal, Privada o Bienestar, deberá hacer uso de ellos previamente. En esa circunstancia, no será exigible la presentación de boletas o facturas originales si en vez de ellas se presentan documentos comprobatorios de los beneficios ya recibidos y del real gasto incurrido por el asegurado. En estos casos, sólo serán reembolsados los gastos que realmente sean de cargo del Asegurado.

Condiciones:

-En el único caso en el que la gravedad del Accidente o Enfermedad le impida al Asegurado llamar a la Central de Asistencia, podrá solicitar el reembolso de gastos médicos, para lo cual, el Asegurado deberá presentar:

- a) diagnóstico médico;
- b) Carta con breve relato de lo sucedido incluyendo los datos específicos de la póliza de seguro contratada y de acuerdo a lo especificado en las Condiciones Particulares;
- c) Comprobante original de Pagos.

- La Compañía a su cargo, tendrá el derecho a someter al Asegurado a exámenes médicos, con la frecuencia que considere necesaria, mientras el reclamo correspondiente al pago de un beneficio se encuentre pendiente.
- De no estar definido de otra forma en las Condiciones Particulares, todos los gastos de las coberturas consignadas en esta póliza bajo la Sección B2, serán considerados como un gasto único combinable, no pudiendo jamás, en la sumatoria de todos ellos, exceder el monto establecido en las Condiciones Particulares bajo la cobertura B1 Gastos Médicos por Accidente y/o Enfermedad.

B3 Reembolso de Medicamentos recetados a consecuencia de las circunstancias descritas anteriormente

En virtud de esta cobertura, la Compañía reembolsará, hasta el límite establecido en la tabla de beneficios especificada en las Condiciones Particulares y/o en el respectivo certificado de cobertura, los gastos en la compra de medicamentos necesarios recetados al Asegurado a consecuencia de la atención médica u odontológica señaladas en las coberturas B1 y B2, sujeto al límite dispuesto en la tabla de beneficios especificada en las Condiciones Particulares y/o en el respectivo certificado de cobertura, siempre que los gastos se hayan ocurrido durante el Viaje del Asegurado y hayan sido prescritos por un médico que lo haya asistido durante el Viaje que se especifique en las Condiciones Particulares o al momento de la contratación del seguro.

En el caso de ser medicamento necesarios, si el Asegurado no pudiera contar con acceso a medicamentos específicos por no encontrarse disponibles en los países donde se encuentra durante el Viaje, estos podrán ser enviados directamente desde Chile. Esto aplica siempre y cuando la discontinuidad del uso del medicamento ponga en riesgo la vida del asegurado y éstos hayan sido prescritos por un médico local.

Será condición necesaria para proceder al reembolso, la presentación por parte del Asegurado de las boletas o facturas originales comprobatorias de los gastos en medicamentos efectuados.

En caso que el Asegurado tuviese beneficios de alguna Institución de Salud Estatal, Privada o Bienestar, deberá hacer uso de ellos previamente. En esa circunstancia, no será exigible la presentación de boletas o facturas originales si en vez de ellas se presentan documentos comprobatorios de los beneficios ya recibidos y del real gasto incurrido por el asegurado. En estos casos, sólo serán reembolsados los gastos que realmente sean de cargo del Asegurado.

Condiciones:

- En el caso del solicitar reembolso de medicamentos, el asegurado deberá presentar:
 - a) diagnóstico médico;
 - b) Carta con breve relato de lo sucedido incluyendo los datos específicos de la póliza de seguro contratada y de acuerdo a lo especificado en las condiciones particulares;
 - c) Comprobante original de Pagos.

- La Compañía a su cargo, tendrá el derecho a someter al Asegurado a exámenes médicos, con la frecuencia que considere necesaria, mientras el reclamo correspondiente al pago de un beneficio se encuentre pendiente.
- De no estar definido de otra forma en las Condiciones Particulares, todos los gastos de las coberturas consignadas en esta póliza bajo la Sección B3, serán considerados como un gasto único combinable, no pudiendo jamás, en la sumatoria de todos ellos, exceder el monto establecido en las Condiciones Particulares bajo la cobertura B1 Gastos Médicos por Accidente y/o Enfermedad.

B4 Continuación de Tratamiento en el país de residencia a consecuencia de un Accidente sufrido durante el Viaje:

Cuando se especifique en las Condiciones Particulares como expresamente cubierto, en el caso que sea medicamente necesario y el Asegurado deba continuar el tratamiento en su país de residencia, como resultado de lesiones provenientes de un Accidente ocurrido durante el Viaje del Asegurado, la Compañía le reembolsará, en exceso de los gastos no cubiertos por su plan de ISAPRE, FONASA o cualquier otro seguro de salud que lo cubra, a condición de que la continuación del tratamiento sea prescrita por el médico que atendió al Asegurado durante el Viaje. En aquellos casos en que el Asegurado no cuente con ISAPRE o FONASA, los reembolsos solicitados sólo cubrirán un hasta un máximo del 50% del monto.

Condiciones:

Esta cobertura aplica únicamente como continuación a un evento provocado por un Accidente y amparado por las coberturas descritas en las secciones B1, B2 y B3.

Sección C - Gastos de Recuperación en Hotel y Gastos de Acompañante.

C1 Recuperación en Hotel:

En caso de que el equipo médico del establecimiento 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 que haya ocurrido en el Viaje o haya sido diagnosticada por primera vez o contraída durante el Viaje del Asegurado, se indemnizará o reembolsará, según se especifique en la tabla de beneficios especificada en las Condiciones Particulares y/o en el respectivo certificado de cobertura, el costo de las estadías diarias en el hotel, limitado al valor por día y al número de días indicados en la tabla de beneficios. Estos gastos deberán ser previamente autorizados por la Compañía y en coordinación con la Central de Asistencia.

La Compañía no será responsable del pago o reembolso de los gastos que sean responsabilidad de terceros o que estén ya incluidos en el costo del Viaje.

Condiciones:

Esta cobertura comienza a regir siempre que el Asegurado haya estado hospitalizado al menos el número de días indicados en las Condiciones Particulares.

C2 Costo de pasaje para Acompañante en Caso de Hospitalización Prolongada:

La Compañía asumirá el costo de compra de un pasaje aéreo de ida y regreso en clase económica, a quien indique el Asegurado, cuando éste se encuentre viajando solo y los médicos del servicio de Asistencia consideren necesaria su hospitalización por un periodo superior a 5 (cinco) días, desde que previamente haya sido solicitado y aprobado a través de la Central de Asistencia de la Compañía.

En caso de que el Asegurado no pueda indicar a un acompañante, se considerará al cónyuge o cualquier pariente en primer grado y que sea mayor de edad. Este beneficio está sujeto al límite indicado en la tabla de beneficios especificada en las Condiciones Particulares y/o en el respectivo certificado de cobertura.

C3 Costo del Alojamiento del Acompañante:

La Compañía indemnizará al Asegurado o efectuará el reembolso de los gastos diarios en hotel para hospedaje del acompañante del Asegurado, que de acuerdo con lo establecido en esta cláusula, se limitará según se indique en la tabla de beneficios especificada en las Condiciones Particulares y/o en el respectivo certificado de cobertura desde que fuera solicitado a través de la Central de Asistencia y previamente aprobado por la compañía, con un máximo de días por evento de acuerdo a lo especificado en las Condiciones Particulares de esta póliza. Esta cobertura aplica únicamente como continuación a la cobertura descrita en la sección C2, es decir, debe contratarse de manera conjunta con ésta.

Sección D - Repatriación

D1 Repatriación Funeraria:

La Compañía asumirá el pago del traslado de los restos mortales hasta el país de residencia habitual del Asegurado, así como proveer un ataúd común o una urna funeraria, en el evento que fallezca durante su viaje.

Este servicio comprende todo el proceso burocrático para liberación de los restos mortales, pasaje aéreo y embalsamamiento, hasta el límite indicado en la tabla de beneficios especificada en las Condiciones Particulares y/o en el respectivo certificado de cobertura; o a su vez inhumación local, a petición de los deudos, hasta por el equivalente del costo en caso de que se hubiese repatriado o trasladado.

D2 Repatriación en Vida - Traslado Médico por emergencia:

La Compañía asumirá el pago de los gastos de Traslado Médico del Asegurado, hasta el monto máximo que figura en la tabla de beneficios especificada en las Condiciones Particulares y/o en el respectivo certificado de cobertura, para el caso que sufra una lesión a causa de Accidente que haya ocurrido o Enfermedad de carácter súbito, que haya sido diagnosticada por primera vez durante el Viaje del Asegurado y en que resulte necesaria su evacuación de emergencia.

La Evacuación de Emergencia debe ser a pedido de la Compañía o de un Médico que certifique que la gravedad o la naturaleza de la lesión o Enfermedad del asegurado hacen necesaria tal evacuación.

Los gastos cubiertos corresponden a los de transporte y tratamiento médico, incluyendo servicios y suministros médicos, en que necesariamente se incurrió con motivo de la evacuación de emergencia del Asegurado, aplicándose en los siguientes casos:

- a) Que la condición médica del Asegurado haga 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 a su país de la residencia habitual para recibir tratamiento médico adicional o para recuperarse.

Condiciones:

- El servicio de Evacuación Médica deberá ser realizado por la vía más directa y razonable posible, utilizando el transporte compatible con el estado de salud del asegurado. En todo caso los gastos de transporte deberán ser:
- Recomendados por el médico que atienda al Asegurado;
- Requeridos por las regulaciones estándar del medio de transporte que traslada al Asegurado;
- Acordados y autorizados anticipadamente por la Compañía y en coordinación con la Central de asistencia.

Sección E - Cancelación, Interrupción, Regreso Anticipado del Viaje y Retorno de Menores.

E1 Cancelación del Viaje:

La Compañía reembolsará o coordinará el pago al Asegurado, hasta el límite indicado en la tabla de beneficios especificada en las Condiciones Particulares y/o en el respectivo certificado de cobertura, de los gastos por servicios de Viajes, pasajes no-devueltos, hospedaje en el hotel y/o de los 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 del propio Asegurado o compañero de Viaje asegurado o fallecimiento de un miembro de la familia, siempre y cuando el Asegurado haya reservado y pagado o adeudado estos costos antes que ocurriera tal Enfermedad, Accidente o fallecimiento.

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

Se extenderá además esta cobertura en los siguientes eventos:

- a) Que el hogar del Asegurado se vuelve inhabitable después de un incendio, una tormenta, o una inundación de tal magnitud que requiere su presencia en las instalaciones durante su período del seguro.
- b) Que un desastre natural haya ocurrido recientemente o se espere, de manera razonable, que ocurra en el lugar de destino o en su hogar y que le impida comenzar su Viaje.
- c) Que la dirección de aeronáutica y/o alguna otra entidad del gobierno haya emitido una advertencia de "no viajar" para el destino de su Viaje al extranjero
- d) Que ocurra un acto de terrorismo en el destino de su Viaje.

Condiciones:

- En el caso de Cancelación del Viaje, la Compañía deberá ser notificada en un plazo máximo de 72 horas desde la ocurrencia de la Enfermedad, Accidente, o fallecimiento.
- Vencido este plazo, la compañía no se responsabilizará por multas adicionales, cualquiera sea su naturaleza.
- Para efectos de este beneficio, la Enfermedad es de carácter súbito deberá manifestarse o ser contraída a partir de la fecha de contratación del Seguro.
- El Asegurado debe entregar a la Compañía 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; como asimismo, en su caso, los que acrediten el pago o el reembolso de una parte de ellos, por las instituciones o entidades referidos anteriormente.
- Cualquier solicitud de cobertura de este beneficio debe ir acompañado de una carta explicativa con las razones de la cancelación 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.
- El Asegurado deberá presentar los documentos médicos que acrediten su identidad, compañero de Viaje o familiar de alguno de los dos, en donde se demuestre la veracidad de la Enfermedad o Accidente.
- En caso de fallecimiento de un familiar, el certificado de defunción correspondiente, y en caso de fallecimiento del Asegurado o compañero de Viaje, se regirán por el procedimiento para la solicitud de reembolso y pago de Indemnización de Fallecimiento Accidental.

E2 Interrupción del Viaje y Regreso Anticipado - Cobertura Amplia

La Compañía reembolsará o coordinará el pago de los gastos por servicios no devueltos y no reembolsables pagados anticipadamente al hotel y/o el pasaje de transporte público autorizado, menos el valor del crédito aplicado por el pasaje de regreso no utilizado, en caso que el asegurado quede imposibilitado de concluir el Viaje debido a alguna de las siguientes circunstancias:

- Muerte o Enfermedad grave del Asegurado, que tenga carácter de urgencia y que motive la internación o inhiba la ambulación, generando un estado de postración en el asegurado y por lo tanto, imposibilite la iniciación y/o prosecución del Viaje del Asegurado.
- Muerte o internación hospitalaria por más de cinco (5) días por Accidente o Enfermedad Repentina de un miembro de su familia.
- Cuando el Asegurado recibiese notificación fehaciente para comparecer ante la justicia, debiendo haber recibido dicha notificación con posterioridad al inicio del Viaje.
- Cuando el Asegurado haya sido declarado en cuarentena por autoridad sanitaria competente con posterioridad al inicio del Viaje.
- Por incendio o robo en la residencia habitual del Asegurado, ocurrido mientras se encuentre en el Viaje.

Las situaciones descritas deberán ser acreditadas mediante certificados o documentos legales, en donde se demuestre la veracidad de la reclamación. Pago sujeto al límite establecido en la tabla de beneficios especificada en las Condiciones Particulares y/o en el respectivo certificado de cobertura.

En el caso que el Asegurado no pueda realizar cambio en sus pasajes transporte público autorizado, la Compañía le entregará un pasaje aéreo en la misma clase que viajaba originalmente para el regreso del asegurado a su país de origen, en caso de que él mismo quede inhabilitado de continuar el Viaje. Este pasaje será entregado sólo en caso de que no sea posible utilizar el medio de transporte público autorizado originalmente previsto.

Condiciones:

- La Compañía no será responsable por ninguna multa o penalidad adicional incurrida que no hubiese sido impuesta si el Asegurado hubiera notificado a la Compañía durante las 72 horas siguientes de ocurrido el reclamo.
- Para efectos de este beneficio, la Enfermedad de carácter súbito deberá manifestarse o ser contraída a partir de la fecha de inicio del Viaje.
- El Asegurado debe entregar a la Compañía 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 referidos anteriormente.
- Cualquier solicitud de cobertura de este beneficio debe ir acompañado de una carta explicativa con las razones de la 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.
- El Asegurado deberá presentar los documentos médicos que acrediten la identidad del asegurado, o miembro de su familia, en donde se demuestre la veracidad de la Enfermedad o Accidente. En caso de fallecimiento del Asegurado o miembro de su familia, se deberá presentar el Certificado de Defunción correspondiente.
- Denuncia ante carabineros del robo del lugar de residencia o domicilio y/o reporte de bomberos en caso de Incendio.

E3 Interrupción del Viaje y Regreso Anticipado por fallecimiento de Familiar del Asegurado

La Compañía, organizará y gestionará a través de la Central de Asistencia el más pronto regreso del Asegurado en Viaje, o se reembolsará el pago de los gastos por servicios no devueltos y no reembolsables pagados anticipadamente al hotel y/o el pasaje de transporte público autorizado, menos el valor del crédito aplicado por el pasaje de regreso no utilizado, en caso que el asegurado quede imposibilitado de concluir el Viaje debido al fallecimiento de un Familiar en 1er (primer) grado de consanguinidad, acaecido en su ciudad de residencia permanente.

En el caso que el Asegurado no pueda realizar cambio en sus pasajes de transporte público autorizado, la Compañía le entregará un pasaje aéreo en la misma clase que viajaba originalmente para el regreso del asegurado a su país de origen, en caso de que él mismo quede inhabilitado de continuar el Viaje. Este pasaje será entregado sólo en caso de que no sea posible utilizar el medio de transporte público autorizado originalmente previsto.

Condiciones:

- La Compañía no será responsable por ninguna multa o penalidad adicional incurrida que no hubiese sido impuesta si el Asegurado hubiera notificado a la Compañía durante las 72 horas siguientes de ocurrido el reclamo.
- El Asegurado debe entregar a la Compañía 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 anteriormente.

E4 Regreso de Acompañantes:

La Compañía otorgará pasaje(s) en el mismo medio de transporte público autorizado y en la misma clase que viajaba originalmente, para el retorno de él(los) acompañantes(s) a su domicilio, cuando el traslado del asegurado hacia su país de origen sea medicamente necesario e impida a su(s) acompañantes(s) continuar el Viaje, todo lo cual deberá ser solicitado y autorizado previamente a través de la Central de Asistencia.

Condiciones:

- Este pasaje será provisto en el caso de que no sea posible utilizar el medio de transporte público autorizado previsto originalmente.
- En el caso que se utilice el pasaje de regreso no utilizado, la Compañía reembolsará o coordinará el pago de los gastos o penalidades en que el o los acompañante (s) haya/n incurrido.

E5 Retorno de Menores:

Cuando a consecuencia de un Accidente sufrido por el Asegurado durante un Viaje, éste se vea imposibilitado de acompañar al (a los) menor (es) que lo acompañaba en dicho Viaje, la Compañía costeará el otorgamiento de un pasaje aéreo, clase económica, 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 a la Central de Asistencia y autorizado por la Compañía.

Esta cobertura se aplica solamente cuando el Asegurado esté acompañado de menor(es) hasta 16 años de edad y debido a Accidente, Enfermedad grave, o fallecimiento del Asegurado, y dicho(s) menor(es) se quede(n) sin compañía de una persona adulta.

E6 Reemplazo de Ejecutivo:

En caso que el Asegurado se encuentre en Viaje de negocios en el extranjero y fuera internado en un centro médico hospitalario a consecuencia de un Accidente o Enfermedad cubierto por esta póliza, que le impida proseguir con sus actividades profesionales, la Compañía podrá autorizar los gastos de un pasaje en clase económica de un ejecutivo que la empresa contratante designe para que pueda reemplazar al Asegurado si éste debiera estar internado por más de 5 (cinco) días.

Sección F - Rembolso de Gastos por Retraso del Viaje.

En virtud de esta cobertura, la Compañía procederá al reembolso por los gastos de hospedaje, alimentación y de efectos personales en que el Asegurado incurra por atraso de Viaje, hasta el límite convenido en las Condiciones Particulares, en caso de que el Viaje sufra un atraso de 6 horas o más y debido a que dicho retraso haya sido causado por falla o desperfecto repentino o imprevisible del medio de transporte público autorizado que causó el retraso o la interrupción de Viajes normales de dicho Transporte Publico Autorizado.

Se reembolsarán hasta el límite establecido en la tabla de beneficios especificada en las Condiciones Particulares y/o en el respectivo certificado de cobertura, los gastos causados por la pérdida de conexión o interrupción de los Viajes normales derivados de los eventos descritos anteriormente, siempre y cuando el atraso sea igual o superior a 6 horas.

Condiciones:

- Esta cobertura se refiere exclusivamente a Viajes regulares en un transporte público autorizado no incluyendo por tanto los Viajes en medios de transporte alquilados o "charter".
- Este beneficio aplica únicamente si el transporte público autorizado no hubiese proporcionado otra alternativa de traslado al Asegurado.
- Esta cobertura sólo se aplicará con posterioridad a cualquier reintegro que haya efectuado el respectivo Transporte Público Autorizado por estos conceptos, cubriendo la Compañía sólo la diferencia no cubierta por el Transporte Público Autorizado y hasta el tope máximo establecido en las Condiciones Particulares.
- Esta cobertura no se brindará si el Asegurado viaja con un pasaje sujeto a disponibilidad de espacio, o a algún destino ubicado dentro del mismo país de origen.
- El reembolso está sujetos al máximo que figura en la tabla de beneficios, pagadero a razón de un cuarto de dicho máximo por cada 2 horas adicionales que el Viaje del Asegurado se atrase.
- Para solicitar reembolso, el Asegurado deberá presentar los siguientes documentos:
 - a) Copia del pasaje aéreo y tarjeta de embarque;
 - b) Comprobantes originales de los gastos de alimentación, alojamiento y efectos personales;
 - c) Declaración de la compañía aérea del atraso.

Sección G - Pérdida de Equipaje y Rembolso de Gastos por Retraso del Equipaje.

G1 Pérdida de Equipaje:

En caso de extravío, hurto o robo de equipaje una vez que éste se encuentre bajo la responsabilidad de una compañía de Transporte Público Autorizado, acreditado mediante la presentación del correspondiente informe de pérdida (PIR-Property Irregularity Report) o su equivalente, la Compañía pagará al Asegurado un monto calculado por el peso del equipaje, limitado al monto declarado en el informe de pérdida (PIR-Property Irregularity Report) o su equivalente.

El monto a indemnizar queda sujeto a lo indicado en tabla de beneficios especificada en las Condiciones Particulares y/o en el respectivo certificado de cobertura, menos cualquier otro monto pagado al Asegurado bajo la cobertura definidas en la Sección G2.

En la eventualidad de que la compañía de Transporte Público Autorizado no haya efectuado el peso del equipaje del Asegurado, éste deberá efectuar un listado por ítem contenidos en su equipaje y con eso la Aseguradora estimará según el listado los kilos aproximados contenidos en el equipaje.

La Compañía otorgará este beneficio, por evento, cuando el equipaje no haya llegado hasta 72 horas después del horario de llegada del asegurado al destino indicado en su ticket de Transporte Público Autorizado.

Condiciones:

- En caso de pérdida de equipaje el Asegurado tendrá que presentar los siguientes documentos:
- Informe comprobante de la pérdida emitido por el transporte público autorizado responsable (PIR-Property Irregularity Report) o su equivalente, que señale el peso, en kilogramos del equipaje extraviado, o la declaración por ítem contenidos en el equipaje, para la estimación de los kilos aproximados contenidos.
- Ticket original del equipaje;

G2 Reembolso de Gastos por Demora de Equipaje:

El Asegurado podrá solicitar el reembolso de los gastos por compras de efectos personales, no provisto por el transporte público autorizado, a causa del retraso o extravío del equipaje del asegurado, una vez que este se encuentre bajo la responsabilidad de una compañía de Transporte Público Autorizado. Para obtener el reembolso, el Asegurado deberá acreditar el retraso mediante la presentación del correspondiente informe de pérdida (PIR- Property Irregularity Report) o su equivalente. La Compañía otorgará este beneficio, por evento, cuando el equipaje no haya llegado hasta 36 horas después del horario de llegada del Asegurado al destino indicado en su ticket de transporte público autorizado. No se otorgará este beneficio en caso que el destino del Asegurado sea el de su residencia o domicilio. Este beneficio reconoce como límite el indicado en la tabla de beneficios especificada en las Condiciones Particulares y/o en el respectivo certificado de cobertura, pagadero a razón de un cuarto de dicho máximo por cada 24 horas adicionales que el equipaje del Asegurado se atrase.

Condiciones:

- En caso de reembolso de gastos por demora de equipaje el Asegurado tendrá que presentar los siguientes documentos:
- Copia de la tarjeta de embarque o ticket del Transporte Público Autorizado;
- Comprobantes originales de gastos con compras de efectos personales;
- Informe comprobante de la pérdida emitido por el Transporte Público Autorizado responsable (PIR-Property Irregularity Report), que señale el peso, en kilogramos del equipaje extraviado;
- Ticket original del equipaje.

Para proceder a este reembolso, se exigirá en todos los casos la presentación de toda la documentación que acredite la ocurrencia del evento (denuncia policial, declaración de Aduana, comprobante del alquiler, etc.)

G3 Daño de Equipaje:

La Compañía indemnizará al Asegurado, en el caso que su equipaje previamente registrado en el Transporte Público Autorizado sea dañado mientras este bajo la custodia de la compañía de Transporte Público Autorizado.

El pago máximo que efectuará la Compañía por el total del equipaje dañado será hasta la suma asegurada contratada por persona y de acuerdo a la tabla de beneficios especificada en las Condiciones Particulares y/o en el respectivo certificado de cobertura.

El monto a pagar por el daño del equipaje, será el equivalente a su valor de mercado a la fecha en que acontezca el siniestro, menos una deducción correspondiente, a su depreciación y su desgaste ocasionado por su uso normal y de acuerdo a las políticas de valuación de la compañía de Transporte Público Autorizado usada por el Asegurado.

Para hacer efectivo el pago de beneficio, se deben presentar las siguientes situaciones:

- a) Que el equipaje registrado se haya retrasado durante su transporte por la compañía de Transporte Público Autorizado en un vuelo regular.
- b) Que el equipaje registrado fuese registrado por el Asegurado en el mismo vuelo en el que él mismo viajaba,

- c) Que el equipaje registrado haya sido reportado como retrasado ante la compañía de Transporte Público Autorizado responsable.
- d) La presentación del reporte de daño de equipaje (PIR-Property Irregularity Report o equivalente)

G4 Robo de Computador Portátil:

En caso que el Asegurado sufriese el robo del computador portátil tipo laptop, perteneciente a la empresa Contratante de la póliza, durante su Viaje al extranjero, tendrá derecho a solicitar indemnización hasta la suma máxima de cobertura establecida en la tabla de beneficios especificada en las Condiciones Particulares y/o en el respectivo certificado de cobertura, siempre y cuando se verifiquen las condiciones que se detallan a continuación.

Condiciones:

- Que el robo se haya producido durante el Viaje del Asegurado.
- Que el Asegurado posea la documentación que acredite que el computador portátil le pertenece a la empresa contratante, y en ambos casos, que su adquisición fue antes del inicio del Viaje del Asegurado. Para ello, se deberá presentar el comprobante original de compra, junto con el número de serie del equipo.
- Al momento de efectuar el pago de la indemnización, la Compañía descontará la depreciación del equipo, Así como también el desgaste y uso del mismo.
- Al momento de solicitar el pago de la indemnización, el Asegurado deberá presentar el reporte policial correspondiente donde notifica el robo del equipo. Este documento debe ser el original.
- En el caso de requerir cobertura por este ítem, el contratante deberá notificar a la Compañía el número de serie del computador antes del inicio de cada Viaje.
- Salvo expresa modificación en las Condiciones Particulares, se podrá solicitar un máximo de 5 indemnizaciones durante la vigencia de la Póliza o la cobertura individual.

Sección H - Pago de Fianzas y Honorarios Legales.

H1 Pago de Fianzas

Ante cualquier proceso civil o penal en contra del Asegurado por el cual este siendo obligado al pago de una fianza y a petición de este, se gestionará el envío de un abogado o se transferirán los importes requeridos y con un límite de pago de acuerdo a lo indicado en la tabla de beneficios especificada en las Condiciones Particulares y/o en el respectivo certificado de cobertura, previa notificación a la Central de Asistencia del evento que causa dicha necesidad, para que atienda su defensa jurídica; y para el pago de fianzas que el Asegurado llegue a estar legalmente obligado a pagar, por reparación del daño, en virtud de lesiones físicas o la muerte de terceros o daños a bienes de terceros que cause por actos u omisiones propios, no dolosos, durante la realización del Viaje cubierto por esta Póliza.

Condiciones:

- El Asegurado debe en todo caso dar aviso a la Central de Asistencia previo a proceder con cualquier tipo pago por el cual este siendo consultado.
- El Asegurado no deberá realizar ninguna aceptación de responsabilidad, ofrecimiento, oferta, promesa o pago sin el consentimiento previo y por escrito de la Compañía.
- El pago de esta cobertura procederá siempre y cuando exista un consentimiento explícito por parte de la Compañía para el propósito detallado en la Sección H1.

H2 Honorarios Legales:

Ante cualquier proceso civil o penal en contra del Asegurado y a petición de éste, se gestionará el envío de un abogado, previa notificación a la Central de Asistencia del evento que causa dicha necesidad, para que atienda su defensa jurídica por cualquier reclamación y/o juicio presentado en contra del asegurado directamente derivados de la responsabilidad civil en que incurra en virtud de lesiones físicas o la muerte de terceros o daños a bienes de terceros que cause por actos u omisiones propios, no dolosos, durante la realización del Viaje cubierto por esta Póliza.

El límite de pago por esta cobertura será de acuerdo a lo indicado en la tabla de beneficios especificada en las Condiciones Particulares y/o en el respectivo certificado de cobertura.

Condiciones:

-El Asegurado debe en todo caso dar aviso a la Central de Asistencia previo a proceder con cualquier tipo pago por concepto de defensa judicial por el cual este siendo consultado.

-El Asegurado no deberá realizar ninguna aceptación de responsabilidad, ofrecimiento, oferta, promesa o pago sin el consentimiento previo y por escrito de la Compañía.

-El pago de esta cobertura procederá siempre y cuando exista un consentimiento explícito por parte de la Compañía para el propósito detallado en la Sección H2.

I Pérdida o daño a los documentos de Viaje

Si durante el período de vigencia del seguro, y mientras el Asegurado está de Viaje en el extranjero, sus documentos de Viaje se pierden, dañan o son robados, la Compañía pagará o reembolsará el costo de sus documentos de Viaje hasta el importe máximo asegurado detallado en tabla de beneficios especificada en las Condiciones Particulares y/o en el respectivo certificado de cobertura y todo de acuerdo al plan contratado.

Condiciones:

-El Asegurado debe en todo caso dar aviso a la Central de Asistencia que se señala en las Condiciones Particulares, previo a proceder con cualquier tipo pago por concepto de reemisión y/o recuperación de documentos de Viaje.

- No están cubiertos los daños ocasionados por la detención, confiscación o destrucción por parte de oficiales de aduanas u otras autoridades.

-El pago de esta cobertura procederá siempre y cuando exista un consentimiento explícito por parte de la compañía para el propósito detallado en la Sección I de esta póliza.

J Protección de compras

La Compañía indemnizará al Asegurado, de acuerdo al límite indicado en tabla de beneficios especificada en las Condiciones Particulares y/o en el respectivo certificado de cobertura, por la ocurrencia de daños en las compras de los bienes que, habiéndose adquirido mediante una tarjeta de crédito o débito emitida a nombre del Asegurado titular, hayan sufrido un daño material accidental ocasionado por causas externas o hayan sido objeto de un robo con fuerza en las cosas o violencia en las personas, o ambos inclusive durante el periodo de vigencia del Viaje y de acuerdo a la vigencia individual de cobertura especificada en las Condiciones Particulares y/o en el respectivo certificado de cobertura.

Condiciones:

- El Asegurado debe presentar a la Compañía la evidencia física de que la compra afectada fue adquirida por una tarjeta emitida a su nombre incluyendo voucher de compra y acreditación de dominio de la tarjeta con la cual se realizó la compra.

-Se excluyen de esta cobertura:

- a) El dinero en efectivo o en cualquiera de sus formas y pasajes aéreos o de cualquier otro medio de transporte público autorizado.

- b) Los animales y plantas naturales.
- c) Las joyas, alhajas, piedras preciosas y relojes en equipajes, a menos que sean llevados consigo por el asegurado y se encuentren en todo momento bajo su custodia.
- d) Bienes consumibles (a modo de ejemplo y como enunciación no taxativa, alimentos y bebidas de cualquier especie)
- e) Daños materiales directos causados a los bienes asegurados por culpa grave o dolo del asegurado.
- f) Daños materiales directos ocasionados a los bienes adquiridos ilícitamente.
- g) No quedan amparadas por la cobertura de la presente póliza las compras efectuadas mediante extorsión y/o cualquier otro vicio de la voluntad y/o consentimiento del asegurado.
- h) No se encuentran amparados los vicios propios del producto que deriven de una defectuosa fabricación o que generen la responsabilidad de garantía del fabricante y/o vendedor.
- i) Los vehículos a motor, de cualquier clase o naturaleza que sean ya se trate de vehículos terrestres, acuáticos o aéreos como por ejemplo, pero no limitado a, vehículos motorizados, motocicletas, lanchas, aviones etc.

K Indemnización por robo en cajero automático

La Compañía indemnizará al Asegurado por la pérdida de dinero efectivo que afecte a este mismo, a causa de ser víctima durante su Viaje de un delito de robo con violencia en las personas, esto es, aquellos que se perpetren usando la violencia o intimidación en las personas, cuando sea el delito cometido dentro de las instalaciones de los cajeros automáticos, en los lugares que se encuentran ubicados y fuera de ellos, durante el Viaje y de acuerdo a su respectiva vigencia específica indicada en las Condiciones Particulares y/o respectivo certificado de cobertura y hasta el plazo de dos horas después de haber realizado un retiro mediante el uso de una tarjeta asegurada, en cualquier máquina que permita el uso de dicha tarjeta.

El límite de indemnización por esta cobertura será el dispuesto en la tabla de beneficios especificada en las Condiciones Particulares y/o en el respectivo certificado de cobertura.

Condiciones:

- En caso de reclamo, el Asegurado debe presentar a la Compañía una copia del comprobante de aviso al Banco del Asegurado.
- Copia de la denuncia o constancia realizada en la entidad de policía, fiscal o equivalente, con la fecha de realizada la misma.
- El usuario tiene la obligación de efectuar la respectiva denuncia o constancia policial dentro del plazo de 5 días corridos desde que toma conocimiento de los hechos.
- Estado de cuenta, donde se refleje el giro reclamado.
- Carta explicativa o declaración jurada (detallada), indicando cobertura afectada.
- La Compañía se reserva el derecho de solicitar cualquier documentación adicional para la validación y corroboración de los hechos que afectados por cobertura.

Sección L - Servicios Adicionales de Asistencia y Emergencia.

Los servicios adicionales otorgados bajo esta sección, no implican de ninguna manera pagos, reembolsos ni indemnizaciones para el Asegurado o para el Contratante, ya que son servicios de coordinación, gestión e información de Asistencia para el Asegurado. Todos estos servicios serán gestionados a través de la Central de Asistencia que desine la aseguradora y que se individualice en las Condiciones Particulares.

L1 Servicios de Asistencia:

Se otorgarán los siguientes Servicios de emergencia médica durante el Viaje:

- Indicaciones y ayuda para obtener Asistencia médica local.
- Coordinación de cita con médico u Hospital, incluyendo la concertación de cita con un médico o en un centro hospitalario, en caso de Accidente y/o Enfermedad,
- Los costos asociados a los honorarios médicos serán de cargo del Asegurado.

L2 Servicio De Viaje De Emergencia:

- Información al Asegurado sobre cómo reemplazar documentos de Viaje y pasaporte perdidos o robados. Los gastos incurridos en la restitución de éstos serán de exclusivo costo del Asegurado.
- Envío o recepción de mensajes urgentes solicitados por el Asegurado.

L3 Servicio De Rastreo, Búsqueda y Transporte de Equipaje:

Se gestionará la recuperación del equipaje y se asesorará al Asegurado para la denuncia ante las autoridades competentes.

En caso de que el equipaje fuese recuperado, se gestionará su reexpedición hasta el siguiente punto de destino o el lugar de residencia permanente del Asegurado.

Límite de Responsabilidad, aplicable a todas las secciones precedentes

En todos los casos el profesional médico o cualquier abogado sugerido o coordinado por la Compañía actuará, de acuerdo a su capacidad médica o jurídica, sólo en nombre y por cuenta exclusiva de dicho profesional ; 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 protección de acuerdo a esta póliza, esto en el caso en que la Compañía pague dichos servicios.

ARTÍCULO 3: BENEFICIARIOS

Se tendrá como Beneficiario de esta póliza al propio Asegurado o Contratante, según corresponda y se estipule en las Condiciones Particulares. En caso de fallecimiento del Asegurado, se tendrá como beneficiario a la persona o personas, cuyos nombres figuren con tal carácter en las Condiciones Particulares. El Asegurado podrá instituir como beneficiario a cualquier persona.

Si designare a dos o más Beneficiarios, se entenderá que lo son por partes iguales, con derecho a acrecer, salvo estipulación expresa en contrario. A falta de Beneficiarios designados, el monto de la indemnización se pagará a los herederos legales del asegurado, conforme sean designados en el auto de posesión efectiva emitido por el Servicio de Registro Civil e Identificación o la Entidad que lo remplace en el futuro en esta tarea.

El Asegurado podrá cambiar de Beneficiario cuando lo estime conveniente, a menos que la designación de éste haya sido en carácter de irrevocable, en cuyo caso deberá contar con su autorización. A tal efecto, deberá dar aviso al asegurador por escrito y enviar la póliza para que se haga la respectiva anotación en ella.

El Asegurador pagará válidamente a los beneficiarios registrados en las Condiciones Particulares de esta póliza, y con ello quedará liberado de sus obligaciones, pues no le será oponible ningún cambio de Beneficiario realizado en testamento.

ARTÍCULO 4: DEFINICIONES

Para todos los efectos del presente contrato, serán aplicables las definiciones contenidas en el artículo 513 del Código de Comercio.

En adición a las definiciones señaladas, las palabras, términos y/o expresiones referidas a continuación, tendrán los siguientes significados:

Accidente: Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos, que afecte al organismo del Asegurado ocasionándole la muerte o provocándole lesiones que se manifiesten por heridas visibles o contusiones internas, cuya fecha se encuentra perfectamente determinada y que ha sido la causa directa de una Lesión física.

Se incluyen en el concepto de Accidente las lesiones derivadas del ahogamiento y la asfixia, torceduras y desgarramientos producidos por esfuerzos repentinos, como también estados septicémicos e infecciones que sean la consecuencia de heridas externas e involuntarias y hayan penetrado por ellas al organismo o bien se hayan desarrollado por efecto de contusiones.

Beneficio: Es el valor de la prestación originada en un hecho cuyas consecuencias dan derecho a reclamar la protección convenida, todo de acuerdo con el Plan Contratado.

Central de Asistencia: Es la empresa contratada por la Compañía para coordinar el otorgamiento de los servicios de Asistencia en Viaje, así como también del pago directo, siempre por cuenta de la Compañía, de los beneficios establecidos en esta Póliza.

Compañero de Viaje o Acompañante: Comprenden 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 billetes hayan sido adquiridos juntos.

Contratante: Corresponde a la persona natural o jurídica que haya celebrado un contrato de seguro en Viaje y que se haga responsable por el pago del mismo.

Contrato de Viaje: Son los convenios celebrados por el Asegurado o Contratante con el objeto de realizar un Viaje, tour o crucero, organizado por un operador de turismo, agente de Viajes o línea de cruceros u otra organización debidamente especificada en el párrafo destinado a la descripción del Viaje que contiene las Condiciones Particulares y que se encuentra protegido por la presente Póliza.

Enfermedad: Es el evento de carácter mórbido y súbito, de causa no accidental, que se manifieste por primera vez y sea diagnosticado o contraído por el Asegurado durante el Viaje y que requiera tratamiento terapéutico por parte de un Médico.

Enfermedades y Dolencias Preexistentes: Es toda Enfermedad o dolencia o situación de salud diagnosticada o conocida por el Asegurado o por quien contrata a su favor, antes de la contratación del seguro. Las Enfermedades o Dolencias Preexistentes podrán ser verificadas por Aseguradora por todos los medios disponibles, incluyendo prontuarios médicos-hospitalarios en consultorios, clínicas, laboratorios, Hospitales o por medio de examen médico, quedando la Aseguradora expresa e irrevocablemente facultada para requerirlos de quien corresponda.

Equipaje: Para los efectos de esta Póliza, será considerado equipaje todo volumen acondicionado en compartimiento cerrado, despachado comprobadamente bajo responsabilidad del Transporte Público Autorizado.

Establecimiento Hospitalario (U Hospital): Es un lugar que:

- a) Cuenta con habilitación vigente, si así fuese requerido por la ley;
- b) Está dedicado especialmente al cuidado y tratamiento de personas enfermas o lesionadas;
- c) Cuenta con un cuerpo de uno o más médicos disponibles en forma permanente;

- d) Presta servicios de enfermería las 24 horas del día y cuenta al menos con un profesional de enfermería matriculado, de guardia en forma permanente;
- e) Cuenta con instalaciones organizadas para diagnóstico y cirugía, ya sea en el mismo lugar o en otras instalaciones disponibles del Hospital, previamente acordados.

No son Hospitales los establecimientos geriátricos, de descanso o de convalecencia para personas de edad, ni un establecimiento operado como un centro de tratamiento psiquiátrico o para drogas o alcohol, ni centros de medicina alternativa.

Fecha de Llegada: Es la fecha que el Asegurado originalmente programó como regreso de su Viaje y que está especificada en las Condiciones Particulares.

Fecha de Salida: Es la fecha que figura indicada por el Asegurado originalmente y que programó para iniciar el Viaje y que está en las Condiciones Particulares.

Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados: Es el monto que habitualmente se cobra por prestaciones de carácter similar a los Gastos Ambulatorios y/o Gastos de Hospitalización en la localidad donde éstas son efectuadas a personas del mismo sexo y edad.

En este análisis se deberá considerar además:

- (i) que sean las prestaciones generalmente suministradas para el tratamiento de las lesiones o Enfermedad es sufridas por el asegurado y que no sean consideradas como tratamientos o estudios experimentales;
- (ii) la característica y nivel de los tratamientos otorgados; y
- (iii) la experiencia de las personas encargadas de la atención.

Para efectos de la determinación de los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados, la Aseguradora podrá utilizar como referencia los aranceles acostumbrados aplicados de acuerdo al nivel y volumen de prestaciones realizadas en los establecimientos médicos de mayor prestigio profesional de la localidad correspondiente, así como los valores sugeridos por las asociaciones gremiales de los profesionales de la salud cuyo cobro se esté efectuando.

La Compañía, Asegurador o Aseguradora: Es la entidad aseguradora que asume los riesgos de esta Póliza.

Lesión: Es un daño corporal causado exclusivamente por Accidente, ocurrido durante la Vigencia de la Póliza.

Medicamento Necesario: Es la recomendación hecha por el Médico cuando ella es:

- (i) Consistente con los síntomas, diagnóstico y tratamiento de la condición del Asegurado;
- (ii) Apropiaada en relación con las reglas de buena práctica médica.
- (iii) Constatado por los médicos designados por la Compañía o la Central de Asistencia.

Médico: Es un profesional habilitado y autorizado legalmente para practicar la medicina dentro del ámbito de su especialidad. No será considerado como Médico:

- (i) El Asegurado
- (ii) Su cónyuge
- (iii) Una persona que sea pariente del Asegurado o de su cónyuge con los siguientes parentescos: hijo(a), padres, hermano(a), parientes consanguíneos o afines, aun cuando se encuentre habilitado para ejercer la práctica de la medicina.

Miembro de La Familia: Significa el cónyuge del Asegurado, y familiares de primer grado de consanguinidad, siempre y cuando residan en el país de origen del Asegurado.

Plan Contratado: Consiste en los servicios, beneficios y límites contratados por el Asegurado, descritos en la Tabla de Beneficios de las Condiciones Particulares.

Reclamo o Siniestro: Es la ocurrencia de un evento que da lugar a protección y del cual resulta el derecho a obtener la prestación del servicio o el otorgamiento del beneficio o pago de acuerdo a esta Póliza.

Solicitud de Reembolso de Gasto Médico: Corresponde a la petición de reembolso de gastos médicos por parte del asegurado mediante la entrega del formulario proporcionado por la Compañía Aseguradora. La solicitud de reembolso de gasto médico podrá comprender uno o varios gastos médicos incurridos por el asegurado.

Transporte Público Autorizado: Todo medio de transporte que funcione según un itinerario fijo y conocido por el Asegurado y que para hacer uso del mismo, se pague un pasaje. Se considerarán como Transporte Público Autorizado a los siguientes medios de transporte: Tren, Bus, avión y crucero marítimo.

Transporte Privado: Se considera medio de transporte privado a cualquier vehículo motorizado terrestre, cuyo propietario sea una persona natural.

Viaje: Es el período de tiempo durante el cual el Asegurado tendrá las coberturas de acuerdo a las presentes Condiciones Generales y que se encuentra comprendido entre la Fecha de Salida y Llegada especificadas en las Condiciones Particulares, sujeto a un máximo continuo de días por Viaje, a menos que en cada cobertura se señale un plazo mayor según se especifique en las mismas Condiciones Particulares.

ARTÍCULO 5: EXCLUSIONES

La presente Póliza no otorga ninguna de las coberturas o beneficios estipulados en ella, cuando se originen por, o sean una consecuencia:

- 1) Enfermedades o dolencias preexistentes al Viaje del Asegurado y cualquiera de sus consecuencias, incluyendo convalecencias y alteraciones durante tratamientos que no se encuentran todavía en una etapa consolidada y las secuelas de Enfermedad es anteriores al Viaje. Para los efectos de la aplicación de esta exclusión, al momento de la contratación la Compañía Aseguradora deberá consultar al asegurable e acerca de todas aquellas Enfermedades o Dolencias Preexistentes que pueden importar una limitación o exclusión de cobertura. Deberá dejarse constancia en las Condiciones Particulares de aquellas Enfermedades, dolencias o situaciones de salud preexistentes declaradas por el Contratante o Asegurado, que no serán cubiertas o, por el contrario, las condiciones en que ellas serán cubiertas;
- 2) Participación en las siguientes actividades o deportes: pasajero en aviación privada, paracaidismo, alas delta, parapente, bungee jumping, alpinismo, escalada, motociclismo, artes marciales, boxeo, lucha, rodeo, rugby, equitación, polo, y aquellas otras que se excluyan expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza;
- 3) Suicidio, intento de suicidio o lesión intencionalmente infringida por el Asegurado a sí mismo;
- 4) Tratamientos de fertilidad, 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;

- 5) La Asistencia por partos y estados de embarazo, a menos que se trate de una complicación súbita, clara e imprevisible y el tiempo de embarazo sea inferior a 24 semanas;
- 6) Prestación de servicios en las fuerzas armadas o unidades auxiliares de las mismas en casos de Guerras civiles nacionales o extranjeras, motines, movimientos populares, represalias, restricciones a la libre circulación, huelgas, explosiones, misiones para la obtención o mantenimiento de la paz;
- 7) Las Enfermedades epidémicas y sus consecuencias, que provengan directa o indirectamente de pandemia, ya sea que haya sido declarada por la Organización Mundial de la Salud o el organismo que lo reemplace, o bien, por la autoridad correspondiente de cualquiera de los países, localidades o regiones afectadas;
- 8) Todo hecho que reconozca su origen o sea resultado de un Viaje a, en o a través de cualquiera de los países o territorios especificados en las Condiciones Particulares de la póliza, como asimismo, el pago solicitado en dicho país, cualquiera sea la causa, aun cuando la permanencia en el país excluido pudiere ser considerada como fortuita para el Asegurado;
- 9) Comisión de actos calificados como delito, así como la participación activa en rebelión, revolución, sublevación, asonadas, motín, conmoción civil, subversión y terrorismo;
- 10) Encontrarse el Asegurado en estado de ebriedad, o bajo los efectos de cualquier narcótico, a menos que hubiese sido administrado por prescripción médica. Estos estados deberán ser calificados por la autoridad competente;
- 11) Desempeñarse el Asegurado como piloto o tripulante de aviones civiles o comerciales, a menos que expresa y específicamente se prevea y acepte su cobertura por el Asegurador;
- 12) Infecciones bacterianas, excepto las infecciones piogénicas que sean consecuencia de una herida, cortadura o amputación accidental;
- 13) Hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan;
- 14) Tratamientos médicos o quirúrgicos distintos de los necesarios a consecuencia de lesiones o Enfermedad cubierta por esta Póliza. Por tanto, si el Asegurado viajase al extranjero a someterse a algún tratamiento médico específico, estas prestaciones quedarán expresamente excluidas de las coberturas de la presente Póliza;
- 15) Exámenes médicos de rutina;
- 16) Curas de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamiento;
- 17) Una infección oportunística, o un neoplasma maligno (cáncer), si al momento de la muerte o Enfermedad el asegurado padecía o era portador del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Con tal propósito, se entenderá por:
 - (i) "Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida", lo definido para tal efecto por la Organización Mundial de la Salud.
 - (ii) Infección Oportunística incluye, pero no debe limitarse a Neumonía causada por Pneumocystis Carinii, Organismo de Enteritis Crónica, Infección Vírica o Infección Micobacteriana Diseminada.
 - (iii) Neoplasma Maligno incluye, pero no debe limitarse al Sarcoma de Kaposi, al Linfoma del Sistema nervioso Central o a otras afecciones malignas ya conocidas o que puedan conocerse como causas inmediatas de muerte en presencia de una inmunodeficiencia adquirida.

(iv) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida debe incluir Encefalopatía (demencia) de V.I.H. (Virus de Inmunodeficiencia Humano) y Síndrome de Desgaste por V.I.H. (Virus de Inmunodeficiencia Humano)

18) Tratamiento o cirugía dental, excepto por lesiones en dientes naturales sanos, ocasionados por un Accidente;

19) Todo tipo de tratamientos por obesidad;

20) Diagnóstico y tratamiento de acné;

21) Tratamientos por adicción a drogas o alcoholismo, lesión, Enfermedad o tratamiento causado por ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares;

22) Participación en carreras, apuestas, competencias y desafíos que sean remunerados o sean la ocupación principal del asegurado;

23) Acto delictivo cometido, en calidad de autor o cómplice, por un beneficiario o quien pudiere reclamar el monto asegurado o la indemnización;

24) La Asistencia por servicios que el asegurado haya contratado sin previa autorización de la Central de Asistencia, salvo se acredite a satisfacción de la Compañía que por causa de fuerza mayor ha sido imposible requerir la previa autorización;

25) Los gastos de Asistencia médica, hospitalaria o sanitaria en que se haya incurrido fuera del territorio de cobertura según lo determinado en las Condiciones Particulares de la Póliza;

26) Cualquier tipo de Enfermedad mental o nerviosa, o la Asistencia por Enfermedades mentales o estados patológicos producidos durante el Viaje por ingestión voluntaria de alcohol, drogas, sustancias tóxicas, narcóticos o medicamentos adquiridos sin prescripción médica;

27) La solicitud de las asistencias o coberturas que consistan en el suministro de prótesis, anteojos y lentes de contacto, aun cuando obedezcan a eventos ocurridos durante el Viaje;

28) La solicitud de las asistencias o coberturas por cualquier acontecimiento, pérdida, lesión, daño o responsabilidad legal que se produzca como consecuencia directa o indirecta de un Viaje en, a, o a través de cualquiera de los siguientes países: Afganistán, Cuba, República Democrática del Congo, Irán, Iraq, Liberia, Sudán o Siria o cualquier país que ingrese a la lista OFAC;

29) La solicitud de las asistencias o coberturas por cualquier pérdida, lesión, daño o responsabilidad legal que sufra directa o indirectamente una persona terrorista o miembro de una organización terrorista, traficante de drogas, o proveedor de armas nucleares, químicas o biológicas;

30) Riesgos de radiación, reacción nuclear o atómica, o contaminación radioactiva;

31) Anomalías congénitas, y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías o se relacionen con ellas. La Compañía podrá evaluar y otorgar cobertura a los riesgos recientemente descritos en la presente Póliza, con un pago de prima adicional, si fuere el caso, y dejando expresamente establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza, los riesgos cubiertos bajo esta estipulación;

32. Exclusiones adicionales y específicas para la cobertura B1 Reembolso de Gastos Médicos y Hospitalarios necesarios por Accidente y/o Enfermedad:

De manera adicional a las exclusiones recién expuestas, no se realizará el reembolso solicitado cuando el gasto médico u hospitalario se origine en alguna de las siguientes situaciones:

- 32.1.- Servicios, suministros o tratamientos, incluyendo cualquier período de internación hospitalaria que no hayan sido recomendados, aprobados y certificados como medicamente necesarios por el Médico.
- 32.2.- Exámenes físicos de rutina u otros exámenes donde no haya indicaciones objetivas o deterioro en la salud normal o diagnóstico de laboratorio o radiografías.
- 32.3.- Cirugía reparadora, plástica, excepto como resultado de una lesión ocurrida durante un Viaje del Asegurado.
- 32.4.- Tratamientos rejuvenecedores, o estéticos.
- 32.5.- Gastos en compras de prótesis que no sean originados como consecuencia de un Accidente cubierto por esta Póliza.
- 32.6.- Anormalidades congénitas y condiciones que resulten de las mismas.
- 32.7.- Gastos incurridos con relación a pie frágil, deformado o plano, callos o uñas del pie.
- 32.8.- Diagnóstico y tratamiento de acné.
- 32.9.- Tabique desviado, incluyendo resección submucosa y/o cualquier corrección quirúrgica de los mismos.
- 32.10.- Cuidados de niños sanos, incluyendo exámenes e inmunizaciones (vacunas).
- 32.11.- Anteojos, lentes de contacto, audífonos y exámenes para la prescripción o ajuste de los mismos, a menos que la lesión o la Enfermedad haya causado el deterioro de la visión o la audición.
- 32.12.- Trastornos mentales, nerviosos o emocionales o curas de sueño.
- 32.13.- Procedimientos electivos o adelantar tratamientos o procedimientos de larga duración.

33.- Exclusiones adicionales y específicas para la cobertura B2 Reembolso de Gastos Odontológicos, de manera adicional a las exclusiones recién expuestas en el numeral 3.1, no se realizará el reembolso solicitado cuando el gasto odontológico se origine en alguna de las siguientes situaciones:

- 33.1.- Cualquier tratamiento rutinario y que no sea médicamente necesario.
- 33.2.- Tratamientos rejuvenecedores, o estéticos, gastos en compras de prótesis (se excluyen los gastos en arreglos o reemplazos de prótesis odontológicas que sean producto de traumatismo).

34.- Exclusiones adicionales y específicas para la cobertura Sección F - Rembolso de Gastos por Retraso del Viaje.

De manera adicional a las exclusiones recién expuestas en los numerales 1 a 31, no se realizará el reembolso solicitado cuando el gasto se origine en alguna de las siguientes situaciones:

- 34.1.- Viajes realizados en medios de transporte alquilados o "charter".
- 34.2.- Si las causas del retraso son divulgadas públicamente con anticipación o sean de conocimiento del asegurado con anterioridad a fecha de solicitud de esta cobertura.
- 34.3.- Retraso del Transporte Público Autorizado causado por condición climática severa que atrase la llegada o partida programada del medio de transporte.

35.- Exclusiones adicionales y específicas para la cobertura G1 Pérdida de Equipaje.

De manera adicional a las exclusiones recién expuestas en los numerales 1 a 31, no se realizará el reembolso solicitado cuando el gasto se origine en alguna de las siguientes situaciones:

- 35.1.- Si el equipaje se confisca o retiene por parte de la Aduana u otra autoridad gubernamental;
- 35.2.- Si el asegurado es miembro u operador de la tripulación en el medio de Transporte Público Autorizado que dio origen al suceso;
- 35.3.- Si se ha omitido la notificación del robo, hurto o extravío la compañía de Transporte Público Autorizado transportadora, mediante el informe correspondiente, antes de abandonar el local de desembarque;

35.4.- Si el Asegurado no ha tomado las medidas necesarias para salvaguardar o recuperar el equipaje perdido.

36.- Exclusiones adicionales y específicas para la cobertura G2 Reembolso de Gastos por Demora de Equipaje:

De manera adicional a las exclusiones recién expuestas en los numerales 1 a 31, no se realizará el reembolso solicitado cuando el gasto se origine en alguna de las siguientes situaciones:

36.1.- Si el equipaje se confisca o retiene por parte de la Aduana u otra autoridad gubernamental;

36.2.- Si el Asegurado es miembro u operador de la tripulación en el medio de Transporte Público Autorizado que dio origen al suceso;

36.3.- Si 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.

36.4.- Si el Asegurado no ha tomado las medidas necesarias para salvaguardar o recuperar el equipaje perdido.

37.- Exclusiones adicionales y específicas para la cobertura Sección H - Pago de Fianzas y Honorarios Legales.

De manera adicional a las exclusiones recién expuestas en los numerales 1 a 31, no se realizará el pago solicitado cuando el gasto se origine en el dolo o la participación del Asegurado en la comisión al algún delito. Esto será aplicable a las calificaciones equivalentes locales en donde el Asegurado se encuentre de Viaje.

38. Exclusiones adicionales y específicas para la cobertura Sección K- Indemnización por robo en cajero automático

La Compañía no otorgará la cobertura en caso de:

38.1.- La pérdida de dinero efectivo ocurrida a un usuario no autorizado de la tarjeta afectada.

38.2.- La pérdida de cualquier otro instrumento de comercio negociable, incluyendo cheques y cheques Viajeros; como tampoco la pérdida de cualquier otra cantidad de dinero que estuviere en posesión del asegurado al momento de ocurrir el delito que no sea la registrada como retirada del cajero automático por el asegurado.

38.3.- La pérdida de dinero por el uso no autorizado que terceras personas hagan de la tarjeta en el futuro sí la tarjeta es robada durante la comisión del delito.

38.4.- Las pérdidas resultantes del uso de una tarjeta bancaria con la intención de defraudar al Asegurado, por parte de una persona autorizada por éste.

ARTÍCULO 6: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

Son obligaciones del Contratante y/o Asegurado o Beneficiario (este último respecto de la obligación n° 6, en caso de fallecimiento del asegurado):

1. Declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión de los riesgos;

2. Informar, a requerimiento del Asegurador, sobre la existencia de otros seguros que amparen el mismo objeto;

3. Pagar la prima en la forma y época pactadas;

4. Emplear el cuidado y celo de un diligente padre de familia para prevenir el siniestro;

5. No agravar el riesgo y dar noticia al Asegurador sobre las circunstancias que lleguen a su conocimiento y que reúnan las características señaladas en el artículo 526 del Código de Comercio;

6. Notificar al Asegurador, tan pronto sea posible una vez tomado conocimiento, de la ocurrencia de cualquier hecho que pueda constituir o constituya un siniestro, y

7. Acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado, y declarar fielmente y sin reticencia, sus circunstancias y consecuencias.

Si el Contratante o Tomador del seguro y el Asegurado son personas distintas, corresponde al Tomador el cumplimiento de las obligaciones del contrato, salvo aquellas que por su naturaleza deben ser cumplidas por el Asegurado.

ARTÍCULO 7: AGRAVACIÓN O ALTERACIÓN DEL RIESGO

En materia de agravación de riesgos asegurados, este contrato se regirá por lo señalado en el Artículo 526 del Código de Comercio.

ARTÍCULO 8: DECLARACIONES DEL ASEGURADO

Corresponde al Asegurado declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite la Compañía para identificar el riesgo asegurado y apreciar la extensión del mismo, en los formularios de contratación que disponga la Compañía para estos fines.

ARTÍCULO 9: PRIMA Y EFECTOS DEL NO PAGO DE LA PRIMA

La obligación de pagar la prima en la forma y época pactadas le corresponderá al Contratante o al Asegurado, según se especifique en las Condiciones Particulares de la Póliza.

La falta de pago de la prima producirá la terminación del contrato a la expiración del plazo de quince días contado desde la fecha de envío de la comunicación que, con ese objeto, dirija el Asegurador al Asegurado o Contratante y dará derecho a aquél para exigir que se le pague la prima devengada hasta la fecha de terminación y los gastos de formalización del contrato.

Producida la terminación, la responsabilidad del Asegurador por los siniestros posteriores cesará de pleno derecho, sin necesidad de declaración judicial alguna.

ARTÍCULO 10: DENUNCIA DE SINIESTROS

1. Producido el fallecimiento, desmembramiento o incapacidad por Accidente cubiertos por esta Póliza, deberá informarse dicha circunstancia lo más pronto posible a la Compañía dentro del plazo establecido para estos efectos en las Condiciones Particulares contado desde la ocurrencia del siniestro, salvo caso fortuito o fuerza mayor.

Para tener derecho a los beneficios que otorga esta Póliza, el Asegurado o los Beneficiarios, en su caso, deberán justificar debidamente la indemnización reclamada y deberán proporcionar las pruebas que la Compañía Aseguradora estime necesarias para demostrar, en forma clara y precisa, que el fallecimiento, desmembramiento o la incapacidad, tuvieron su origen a consecuencia de un Accidente sujeto a indemnización en los términos señalados en los artículos 2° de esta Póliza, entre ellos y siempre que corresponda:

- a) Certificado de Defunción del Asegurado;
- b) Certificado de Nacimiento u otro documento mediante el cual se acredite la fecha de nacimiento del Asegurado;
- c) Copia del parte policial;

d) Otros antecedentes tales como, informes, declaraciones, certificados o documentos, en especial los relativos al fallecimiento del asegurado, destinados a probar la coexistencia de todas las circunstancias necesarias para establecer la responsabilidad de la Compañía.

Con todo, la Compañía queda facultada para solicitar los documentos adicionales que estime del caso, a efectos de aclarar satisfactoriamente la ocurrencia de un siniestro.

2. En caso de reembolso de gastos conforme a las coberturas descritas en la sección B, se deberá poner en conocimiento de la Compañía por escrito dentro del plazo de treinta (30) días o en el plazo establecido en las Condiciones Particulares, contados desde la fecha de emisión del documento que da cuenta del gasto de cargo del Asegurado cuyo reembolso se requiera, salvo caso fortuito o fuerza mayor. Para estos efectos, se deberá presentar además las boletas o facturas originales comprobatorias de los gastos efectuados, como asimismo, el programa médico en el que se prescriban las prestaciones, exámenes o insumos que originan dichos gastos, debiendo completarse el formulario proporcionado por la Compañía.

3. Tratándose de las coberturas descritas en literal B1, será condición necesaria para proceder al pago, la presentación por parte del Asegurado, de un certificado que acredite el período de permanencia, emitido por el establecimiento hospitalario.

4. Para el caso de las coberturas descritas en las secciones C, D, E, F, G y H, el Asegurado debe solicitar por teléfono la Asistencia correspondiente, indicando sus datos identificatorios, el número de la póliza, el lugar donde se encuentra y la clase de servicio que precisa u otro dato que se le haya informado que era necesario para su identificación al momento del uso del seguro.

Independientemente de la intervención del servicio de asistencia, el Asegurado o su Beneficiario estará en la obligación de declarar el siniestro lo más pronto posible a la Compañía o en un plazo máximo de 30 días después de ocurrido el siniestro y únicamente para la cobertura de Cancelación de Viaje, el plazo para notificar a la Compañía, no podrá ser superior a 24 horas, salvo caso de fuerza mayor, en cuyo caso y previa comprobación del mismo, el plazo se entenderá prorrogado por los días en que haya durado tal impedimento.

Toda la documentación debe ser entregada en original y estar acompañada del formulario proporcionado por la Aseguradora, correctamente lleno.

El Asegurado o quien lo represente deberá acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado, y declarar fielmente y sin reticencia, sus circunstancias y consecuencias.

Con todo, la Compañía queda facultada para solicitar los documentos adicionales que estime del caso, a efectos de aclarar satisfactoriamente la ocurrencia de un siniestro y determinar su monto.

Queda expresamente establecido que el Asegurado deberá prestar los consentimientos y autorizaciones que la Compañía estime convenientes para efectos de permitir la evaluación y liquidación del siniestro conforme a la normativa aplicable.

ARTÍCULO 11: TERMINACION

Término inmediato de la Póliza

Las coberturas indicadas en esta Póliza terminarán automáticamente y sin necesidad de aviso por escrito al Asegurado por parte de la Compañía, cuando ocurra alguna de las siguientes situaciones:

- a) Expiración del plazo de vigencia de las coberturas individuales establecido en las Condiciones Particulares, a menos que ésta haya sido renovada, por acuerdo entre Contratante o Asegurado y la Compañía;
- b) Cuando el Asegurado cumpla la edad máxima estipulada en las Condiciones Particulares.
- c) Por fallecimiento del Asegurado.
- d) La pérdida de la calidad de Asegurado de conformidad a lo establecido en las Condiciones Particulares.

Término anticipado de la póliza:

El contrato de seguro podrá ser terminado anticipadamente y de forma unilateral por la Compañía o el Asegurado o Contratante, en virtud de las siguientes circunstancias:

A) El Asegurador podrá poner término anticipadamente al contrato de seguro en caso de concurrir una cualquiera de las siguientes causales:

- (i) Si el interés asegurable no llegare a existir o cesare durante la vigencia del seguro. En este caso el asegurado tendrá derecho a restitución de la parte de la prima pagada no ganada por el Asegurador correspondiente al tiempo no corrido.
- (ii) Por falta del pago de la prima en los términos indicados en el artículo 9° de las presentes Condiciones Generales.
- (iii) En caso de verificarse una infracción a cualquiera de las obligaciones descritas en el Artículo 6° de estas Condiciones Generales.
- (iv) Inexistencia o inhabilitación del medio de pago dispuesto en las Condiciones Particulares para el pago de la prima.
- (v) En caso que por cambio en la política de suscripción del Asegurador, éste deba dejar de suscribir el riesgo asegurado en los términos suscritos originalmente.

En cualquiera de estos casos, la terminación se producirá a la expiración del plazo de 30 días contados desde la fecha de envío de la respectiva comunicación de acuerdo a lo establecido en el artículo décimo primero de estas Condiciones Generales.

B) A su turno, el Asegurado podrá poner término anticipado al contrato, salvo las excepciones legales, comunicándolo al Asegurador en la forma establecida en el artículo décimo segundo.

En caso de término anticipado, la prima se reducirá en forma proporcional al plazo corrido, pero en caso de haber ocurrido un siniestro, se entenderá devengada totalmente.

ARTÍCULO 12: COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

Cualquier comunicación, declaración o notificación que deba efectuar la Compañía al Contratante o el Asegurado con motivo de esta Póliza, deberá efectuarse a su dirección de correo electrónico indicada en las Condiciones Particulares y/o respectivo certificado de cobertura y de acuerdo a la declaración efectuada por el Asegurado al momento de la contratación del seguro, salvo que éste no dispusiere de correo electrónico o indique otra forma de notificación.

En caso de desconocerse su correo electrónico o de recibir una constancia de que dicho correo no fue enviado o recibido exitosamente, las comunicaciones deberán efectuarse mediante el envío de carta certificada dirigida al domicilio del Contratante o el Asegurado señalado en las Condiciones Particulares o en la propuesta o solicitud de incorporación al seguro respectiva.

Las notificaciones efectuadas vía correo electrónico se entenderán realizadas al día hábil siguiente de haberse enviado éstas, en tanto que las notificaciones hechas por carta certificada, se entenderán realizadas al tercer día hábil siguiente al ingreso a correo de la carta, según el timbre que conste en el sobre respectivo.

ARTICULO 13: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Cualquier dificultad que se suscite entre el asegurado, el Contratante o el Beneficiario, según corresponda, y el asegurador, sea en relación con la validez o ineficacia del contrato de seguro, o con motivo de la interpretación o aplicación de sus condiciones generales o particulares, su cumplimiento o incumplimiento, o sobre la procedencia o el monto de una indemnización reclamada al amparo del mismo, será resuelta por un árbitro arbitrador, nombrado de común acuerdo por las partes cuando surja la disputa. Si los interesados no se pusieren de acuerdo en la persona del árbitro, éste será designado por la justicia ordinaria y, en tal caso, el árbitro tendrá las facultades de arbitrador en cuanto al procedimiento, debiendo dictar sentencia conforme a derecho.

En las disputas entre el Asegurado y el Asegurador que surjan con motivo de un siniestro cuyo monto sea inferior a 10.000 unidades de fomento, el asegurado podrá optar por ejercer su acción ante la justicia ordinaria.

Lo anterior es sin perjuicio de lo dispuesto en la letra i) del artículo 3º y en el artículo 36 del Decreto con Fuerza de Ley Nº 251 de 1931.

ARTICULO 14: VIGENCIA

La responsabilidad que la Compañía asume por el presente contrato, se entenderá vigente por el plazo establecido en las respectivas Condiciones Particulares, previo pago de la prima.

Vigencia Individual y Territorio

El tiempo de vigencia para cada Asegurado incluido en la póliza, se establece en las Condiciones Particulares de esta póliza o en su certificado de cobertura.

El derecho a las indemnizaciones y prestaciones contempladas en esta Póliza se refiere a contingencias que ocurran a una distancia superior a 200 kilómetros contados desde el domicilio particular del Asegurado que figura en las Condiciones Particulares de la Póliza.

El inicio de la vigencia de para Seguro de Viajes internacionales será a partir del paso del Asegurado por policía Internacional, en el lugar de embarque, en cada Viaje, y en todo caso no antes de la fecha de inicio del Viaje indicada en las Condiciones Particulares, si esta es posterior a la fecha de embarque.

La protección termina en cualquiera de las siguientes fechas, pero siempre la que ocurra primero:

- a) En la fecha de llegada aún si esta es anterior a la que estaba originalmente prevista y en el momento del paso por la Policía Internacional;
- b) Al final de la vigencia días Condiciones Particulares;
- c) Al final del plazo de vigencia de la Póliza.

El ámbito territorial de las coberturas se extiende a todo el mundo, exceptuando los países señalados en el artículo quinto, numeral 28, en cualquiera que sea el medio de transporte utilizado. Sin perjuicio de lo anterior, se podrán excluir expresamente los hechos ocurridos directa o indirectamente como resultado de un Viaje a, en o a través de otros países o territorios especificados en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Sin embargo, los siguientes Beneficios tienen consideraciones especiales:

- (i) Cancelación del Viaje: Tiene derecho al beneficio de cancelación del Viaje desde el momento en que se emite las Condiciones Particulares dentro del país de origen; siendo su término la fecha de salida del Viaje.
- (ii) Retraso del Viaje: Tiene derecho a 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 el país de origen.

El contratante de la póliza, deberá informar el ingreso del Asegurado, hasta máximo 24 horas previas al Viaje del Asegurado y la vigencia de su cobertura quedará especificada en las Condiciones Particulares.

Todos los Asegurados deberán completar los requisitos de asegurabilidad establecidos en las Condiciones Particulares de la póliza y su ingreso será automático en la póliza. Todo Asegurado que no haya sido notificado y/o no completado los requisitos de asegurabilidad establecidos en las Condiciones Particulares de la Póliza, no tendrá cobertura en el presente seguro.

Extensión individual de Vigencia

La vigencia individual del seguro 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 ocurra lo primero de:

- (i) La fecha que el Asegurado llegue a su destino original; o
- (ii) Siete días después de la fecha original de término de la Póliza o vigencias individual en aquellas coberturas que no estén amparadas en algún siniestro que originó la demora del retorno del Asegurado.

Se considera como circunstancias imprevistas los eventos en consecuencia de accidentes, Enfermedad, además de los mencionados en la Sección B del inciso II del artículo segundo.

ARTICULO 15 DOMICILIO

Para todos los efectos de este contrato se fija como domicilio la ciudad indicada en las Condiciones Particulares.