

Seguro de Viajes - LATAM Travel

Resumen Informativo

A. Información General

1. Ubicación, teléfono y correo electrónico, o medio de contacto vía web de Chubb Seguros.

Calle Amador Merino Reyna N° 267, Oficina 402, San Isidro, Lima
Teléfono: 51-1-512-5044
atencion.seguros@chubb.com
Web: www.chubb.com.pe

2. Denominación del producto

Seguro de Viajes - LATAM Travel

3. Lugar y forma de pago de la prima.

Tarjeta de Crédito/ Tarjeta de débito/ Efectivo. Ver las Condiciones Particulares.

4. Medio y plazo establecidos para el aviso del siniestro.

EL BENEFICIARIO deberá comunicarse con la COMPAÑÍA o al Comercializador, por cualquiera de los medios de comunicación pactados, dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendarios siguientes a la fecha del suceso, o desde que toma conocimiento del beneficio, o después de dicho término tan pronto como sea posible, siempre y cuando el retraso obedezca a motivos de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho, a cuyos efectos le será de aplicación lo previsto en el numeral 13.11 del artículo 13° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Accidentes Personales.

5. Lugares autorizados por la empresa para solicitar la cobertura del seguro.

LA COMPAÑÍA:

Nombre: Chubb Seguros Perú
Dirección: Calle Amador Merino Reyna N° 267, Oficina 402, San Isidro, Lima
Web: www.chubb.com/pe
Teléfono: 51-1-512-5044

EL COMERCIALIZADOR:

Nombre: LATAM AIRLINES PERÚ S.A.
Dirección: Av. José Pardo Nro. 513 - Miraflores
RUC: 20341841357
Teléfono. 213-8200

6. Medios habilitados por la empresa para presentar consultas y/o reclamos

EL CONTRATANTE, ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO puede hacer consultas o presentar reclamos por los servicios prestados de forma verbal o escrita, a través de los mecanismos que a continuación se detallan:

- a. En forma verbal o por escrito (carta simple) en la oficina principal de Chubb Seguros ubicada en Calle Amador Merino Reyna N° 267, Of. 402, San Isidro, Lima. Telf (51-1) 417-5000 (*).
- b. Escribiéndonos a atencion.seguros@chubb.com o ingresando a nuestro formulario web de Atención de Consultas y Reclamos que se encuentra en la siguiente dirección www.chubb.com/pe opción "Contáctenos" - "Solicitud Electrónica".
- c. Llamando a las Ejecutivas de Atención al Cliente de nuestro call center, al teléfono +51-1-512-5044

En los tres mecanismos señalados, como requisito previo para atender el reclamo, se deberá presentar la siguiente información:

- Nombre completo del usuario reclamante.
- Fecha de reclamo.
- Motivo de reclamo.
- Tipo de Seguro.
- Detalle del reclamo.

Una vez presentado el reclamo se le asigna un número de caso para el control y seguimiento, el cual se encontrará a disposición del reclamante en caso de solicitarlo.

El reclamo será atendido en un plazo que no debe exceder de los treinta (30) días contados a partir de la fecha de recepción del mismo.

(*) Horario de atención: lunes a viernes de 9:00 am a 6:00 pm.

7. Instancias habilitadas para presentar reclamos o denuncias según corresponda.

Defensoría del Asegurado:

En tanto el monto del siniestro no supere los US\$50,000.00 el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO pueden recurrir a la Defensoría del Asegurado. Web: www.defaseg.com.pe Telefax: 01 421-0614, Dirección: Calle Amador Merino Reyna 307 Piso 9 San Isidro - Edificio Nacional.

Superintendencia de Banca, Seguros y AFP:

Departamento de Servicios al Ciudadano, Teléfono: (01) 200-1930 en Lima o 0-800-10840 (llamada gratuita a nivel nacional), Dirección: Av. Dos de Mayo N° 1475, San Isidro - Lima, Web: www.sbs.gob.pe

INDECOPI:

Dirección: Calle de la Prosa 104, San Borja - Lima, Teléfono: (511) 224 7777, Web: www.indecopi.gob.pe

8. Cargas

- El presente producto presenta obligaciones a cargo del usuario cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que se tendría derecho.
- Dentro de la vigencia del contrato de seguro, el ASEGURADO se encuentra obligado a informar a la COMPAÑÍA los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado.

B. Información General

1. Riesgos cubiertos:

Cobertura Principal:

- Muerte Accidental

Coberturas Adicionales

- Verificar en el Condicionado Particular.

Cada Cláusula Adicional establecerá el desarrollo de la cobertura a otorgarse.

2. Principales Exclusiones:

Para el caso de la cobertura principal, quedan excluidos de cobertura, los siniestros que sufra el Asegurado a consecuencia de, en relación a, o como producto de:

- 2.1. Suicidio, consciente y voluntario, dentro de los dos (02) primeros años de vigencia de la cobertura; intento de suicidio, auto mutilación o auto lesión.
- 2.2. Guerra, o cualquier acto de guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, con o sin declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, revolución, poderío militar o usurpado, ley marcial, motín o conmoción civil, terrorismo.
- 2.3. Cualquier contaminación o reacción nuclear, rayos ionizantes o radioactividad.

- 2.4. Cualquier prohibición, regulación o intervención por parte de las autoridades del gobierno.
- 2.5. Viaje en contra del consejo emitido por las entidades gubernamentales correspondientes.
- 2.6. Por acto delictivo u omisión cometido por el Beneficiario o Heredero Legal, en calidad de autor o cómplice, dejando a salvo el derecho a recibir la suma asegurada de los restantes Beneficiarios o Herederos Legales, si los hubiere, así como su derecho de recibir la parte proporcional de la suma asegurada que le correspondía al Beneficiario o Heredero Legal excluido.
- 2.7. Influencia de alcohol, drogas, o en estado de sonambulismo. Para la aplicación de esta exclusión se tomará como referencia las disposiciones legales vigentes en relación al límite máximo aceptable de 0.5 gramos de alcohol por litro de sangre al momento de un accidente de tránsito, así como el ratio de 0.15 gramos de alcohol por litro de sangre como promedio de metabolización del alcohol por el organismo por hora. Este ratio se aplicará al lapso transcurrido entre la hora del accidente y la hora del examen obligatorio de dosaje. Esta exclusión es aplicable a cualquier accidente, no está referida únicamente al accidente de tránsito.
- 2.8. Que el Asegurado, sus Beneficiarios o Herederos Legales no realicen todos los esfuerzos razonables para evitar un accidente, o que ésta se produzca debido a dolo, descuido, negligencia o imprudencia.
- 2.9. Que el viaje se realice en contra del consejo de un médico, o con el fin de buscar atención médica, o después de recibir el diagnóstico de una enfermedad terminal.
- 2.10. Una afección médica pre-existente, entendida ésta de conformidad con el Artículo de Definiciones de la póliza.
- 2.11. Parto o embarazo, salvo que se deba a complicaciones médicas inesperadas u ocasionadas por un accidente no pre-existente.
- 2.12. La propagación de cualquier enfermedad contagiosa o virus, que no sea resultado de un accidente.
- 2.13. Su viaje en aguas internacionales en un velero privado o un velero registrado de forma privada.
- 2.14. Viaje en un avión que no sea como pasajero que pagó su boleto en una aeronave de transporte de pasajeros con plena autorización, operada por una aerolínea, una empresa de flete aéreo para el transporte regular de pasajeros o un operador de globo aerostático con autorización.
- 2.15. Contratación del Asegurado en trabajo manual.
- 2.16. Participación del Asegurado en: actividades y deportes extremos, de acuerdo a las Definiciones establecidas en la póliza.
- 2.17. Pena de muerte o participación activa del ASEGURADO en cualquier acto ilícito o en actos violatorios de leyes o reglamentos, siempre que estos constituyan un delito o causa del siniestro; duelo concertado; en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente o a través de indicios razonables que se ha tratado de legítima defensa; servicio militar; así como en huelgas, motín, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.
- 2.18. Participación del ASEGURADO como conductor o acompañante en carreras o ensayos de velocidad o de resistencia de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas.
- 2.19. Participación activa en carreras, ejercicios o juegos atléticos que no sean controlados por alguna institución deportiva, acrobacia, participación en actividades competitivas o deportivas de manera profesional.
- 2.20. Desempeñarse el ASEGURADO como piloto, tripulante de aviones civiles o de empresas de aeronavegación.
- 2.21. Apoplejía, congestiones, síncope, edemas agudos, infartos al miocardio, trombosis, enfermedades mentales, desmayos y/o ataques epilépticos.
- 2.22. Inhalación de gases, intoxicación o envenenamiento sistemático.

Ver artículo 6° de las Condiciones Generales de la Póliza.

En caso de contratación de Coberturas Adicionales, las exclusiones aplicables serán detalladas en cada condicionado.

3. Condiciones de acceso y límites de permanencia

Se podrá asegurar bajo esta Póliza a cualquier Persona Natural que cumpla con los siguientes límites de asegurabilidad: edad mínima de ingreso, edad máxima de ingreso y edad máxima de permanencia; así como los demás requisitos indicados en las Condiciones Particulares.

4. Derecho de Arrepentimiento

Si la presente póliza ha sido ofertada a través del uso de sistemas a distancia por parte de la COMPAÑÍA o a través de comercializadores, incluyendo la bancaseguros, el ASEGURADO tiene derecho de arrepentimiento para resolver la Póliza, sin expresión de causa ni penalidad alguna. Este derecho se podrá ejercer dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha de recepción de la póliza siempre que el mismo no sea condición para contratar operaciones crediticias, debiendo la COMPAÑÍA devolver el monto de la prima recibida.

Para tal fin, el ASEGURADO que quiera hacer valer su derecho de resolver el certificado de seguro, podrá emplear los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro.

En caso el ASEGURADO ejerza este derecho luego de haber pagado el total o parte de la prima, la empresa procederá a la devolución de la prima pagada dentro de los treinta (30) días siguientes.

Véase el artículo 17° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Accidentes Personales.

5. Derecho de resolver el contrato sin expresión de causa.

El CONTRATANTE puede resolver el contrato de manera unilateral y sin expresión de causa mediante comunicación escrita cursada con no menos treinta (30) días calendario de anticipación.

Para tal efecto, deberá utilizar los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para su celebración.

El artículo 11° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Accidentes Personales establece este derecho.

6. Derecho del CONTRATANTE de aceptar o no las modificaciones de las condiciones contractuales propuestas por LA COMPAÑÍA, durante la vigencia del contrato.

El CONTRATANTE tiene derecho de aceptar o no las modificaciones contractuales propuestas por la COMPAÑÍA durante la vigencia del contrato de seguro. Ver especificaciones en el artículo 14° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Accidentes Personales.

7. Aviso del Siniestro y Procedimiento para la solicitud de cobertura del seguro

En caso de siniestro, el BENEFICIARIO deberá cumplir con lo siguiente:

Aviso del siniestro: Dar aviso a la COMPAÑÍA o al Comercializador por cualquiera de los medios de comunicación pactados, dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendario siguientes a la fecha de conocido el suceso o de haber tomado conocimiento del beneficio, o después de dicho término tan pronto como sea posible, siempre y cuando el retraso obedezca a motivos de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho, a cuyos efectos le será de aplicación lo previsto en el numeral 13.11 del artículo 13° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Accidentes Personales.

Documentos: Posteriormente, para la Solicitud de Cobertura, deberá presentar en las oficinas de la COMPAÑÍA o del COMERCIALIZADOR los siguientes documentos (en original o certificación de reproducción notarial, antes copia legalizada). El BENEFICIARIO podrá presentar los documentos en cualquier momento, sin plazo límite específico pero antes del plazo de prescripción establecido por la normatividad vigente:

- a. Documento de identidad del ASEGURADO fallecido, de tenerlo físicamente;
- b. Partida o Acta de Defunción;
- c. Certificado Médico de Defunción completo;
- d. Documento de identidad de los BENEFICIARIOS;
- e. Copia Certificada del Atestado o Informe Policial Completo, según corresponda;
- f. Protocolo de Necropsia completo, según corresponda; y
- g. Resultado de Dosaje Etfílico y/o Resultado de Análisis Toxicológico, según corresponda.

En caso de muerte presunta del ASEGURADO, ésta deberá acreditarse conforme a las disposiciones legales vigentes.

La COMPAÑÍA tendrá un plazo máximo de treinta (30) días contados desde la recepción completa de los documentos antes indicados, para aprobar o rechazar la solicitud de cobertura; salvo que solicite una prórroga al ASEGURADO para realizar nuevas investigaciones y obtener evidencias relacionadas con el siniestro. En caso que el ASEGURADO no apruebe la solicitud de prórroga presentada por la COMPAÑÍA, ésta se sujetará al procedimiento establecido para tal efecto en el TUPA de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's.

En caso que la COMPAÑÍA requiera aclaraciones o precisiones adicionales, respecto a la documentación e información presentada, la COMPAÑÍA podrá realizar tal requerimiento dentro de los primeros veinte (20) días de recibida la documentación completa presentada para la solicitud de cobertura, lo que suspenderá el plazo de aprobación o rechazo hasta la presentación de la documentación e información correspondiente.

El plazo de veinte (20) días antes indicado se encuentra dentro de los treinta (30) días con el que cuenta La Aseguradora para pronunciarse sobre la aprobación o rechazo de la solicitud de cobertura.

Si la solicitud de cobertura fuese aprobada por La COMPAÑÍA o hubiese transcurrido el plazo de treinta (30) días sin pronunciamiento por parte de la COMPAÑÍA o, de ser el caso, la correspondiente prórroga, se pagará el beneficio dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes. En casos en los que legalmente deba practicarse una necropsia y/o dosaje etílico, y los mismos no se lleven a cabo por negativa de los familiares, según corresponda, la COMPAÑÍA quedará liberada de pagar la indemnización o beneficio pactado.

En caso de contratación de Coberturas Adicionales, la documentación a presentar será detalladas en cada condicionado.

Seguro de Viajes - LATAM Travel

Condiciones Generales

Índice

Introducción

1. Definiciones

2. Cobertura Principal

3. Coberturas Adicionales

4. Condiciones para ser Asegurado

5. Duplicidad de Pólizas

6. Exclusiones

7. Renovación del Seguro

8. Terminación del Seguro

9. Beneficiarios

10. Aviso del Siniestro y Procedimiento para Solicitar la Cobertura

Introducción

De conformidad con las declaraciones contenidas en la Solicitud del Seguro presentada por el contratante/Asegurado, cuya veracidad constituye causa determinante de la celebración del presente contrato, y de acuerdo a lo estipulado en las Cláusulas Generales de Contratación comunes a los Seguros Accidentes Personales, Condiciones Generales, Condiciones Particulares, Cláusulas Adicionales, Condiciones Especiales, Endosos y anexos adjuntos, Chubb Seguros Perú S.A, en adelante "la COMPAÑÍA", conviene en amparar al ASEGURADO, contra los riesgos indicados a continuación.

Artículo 1º: Definiciones

Accidente: Todo suceso externo, imprevisto, violento, súbito, involuntario y/o fortuito que afecte el organismo de EL ASEGURADO y le ocasione la muerte. **No se considera accidente el fallecimiento de EL ASEGURADO como consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares (ACV), trastornos mentales, negligencia médica, desvanecimientos o sonambulismo.**

Actividades y deportes extremos: Cualquier deporte o actividad que presente un alto nivel de peligro inherente (es decir, que involucre un alto nivel de experiencia, un excepcional esfuerzo físico, acrobacias o equipos altamente especializados).

Acto de terrorismo: Cualquier uso de fuerza o violencia - ya sea real o una amenaza - dirigida o que ocasione daño, lesión, perjuicio o perturbación contra cualquier individuo, propiedad o gobierno, con el objetivo explícito o implícito de mantener intereses económicos, étnicos, nacionalistas, políticos, raciales o religiosos, ya sea que dichos intereses están declarados o no, llevados a cabo por un terrorista o luchador por la libertad.

Afección médica pre-existente: Se entiende como tal, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la contratación del presente seguro.

Conmoción civil: disturbio, conmoción o desorden creado por civiles y, por lo general, contra un órgano de gobierno o policías allí presentes.

Enfermedad terminal: Cualquier afección médica avanzada, progresiva o incurable que genere un pronóstico de vida limitado y que ha sido diagnosticada por un médico antes de la fecha de emisión de la póliza.

Guerra: declarada o no, o cualquier actividad belicosa, que incluye el uso de fuerzas armadas por parte de una nación soberana a fin de lograr objetivos económicos, geográficos, nacionalistas, políticos, racionales o religiosos, entre otros.

Guerra civil: cualquiera de las siguientes situaciones, ya sea que se declare o no: oposición armada, insurrección, revolución, rebelión armada, sedición, entre dos o más partes que pertenecen al mismo país donde las partes opositoras son de diferentes grupos étnicos, religiosos o idealistas, cualquier poderío militar o usurpado.

Médico: médico o especialista con licencia o registro para practicar la medicina bajo las leyes del país en el que la práctica y que no resulte ser familiar del Contratante/Asegurado, según corresponda.

Terrorista: individuo u organización, independientemente de las creencias o del contexto étnico, religioso o ideológico, que usa violencia o la amenaza de la violencia para impulsar su causa o creencia.

Trabajo manual: estar activo en el trabajo y que el Asegurado lleve a cabo trabajo físico u operaciones manuales o participación personal activa en alguna de las siguientes: a) trabajo subterráneo, trabajo de minería, servicio militar, trabajo en altamar, trabajo en la construcción, o construcción o instalación en exteriores que exceda los tres (03) metros de altura; o b) trabajo que involucre maquinaria pesada, explosivos o material peligroso; o c) trabajo como conductor, salvavidas, taxista, conductor de autobús y otro vehículo comercial o conductor de vehículo pesado, mensajero o repartidor; o d) trabajado de naturaleza manual que involucre capacitación y equipos especiales, o trabajo que presente riesgo de lesiones graves, que incluye, pero no se limitan a trabajadores en plataformas petrolíferas, pescadores, operadores de grúas o soldadores; o e) trabajar como músico o cantante y que sus ingresos por dicho trabajo representen en total no más del quince por ciento (15%) de sus ingresos anuales de todas las fuentes; o f) trabajo estacional (cosecha de frutas) e involúcrela operación de una máquina.

Viaje: Traslado de una persona, de un lugar a otro, mediante un medio de transporte, legalmente habilitado, durante el periodo del seguro y que comienza desde las 00:00 horas de la fecha de inicio de viaje declarada en las Condiciones Particulares, según corresponda hasta las 00:00 de la fecha de finalización que obra en dichos documentos.

Artículo 2°: Cobertura Principal

Muerte Accidental durante el Viaje: LA COMPAÑÍA pagará al BENEFICIARIO el importe señalado en las Condiciones Particulares, según corresponda, cuando el ASEGURADO fallezca como consecuencia de un **Accidente**, según la definición establecida en el artículo N°1 de la presente póliza, siempre que dicho evento se produzca durante el Viaje.

El Seguro cubre el riesgo de muerte accidental hasta por un año luego de producido el accidente. En este caso, es condición esencial para que surja la responsabilidad de la Compañía que la muerte sobreviniente sea efecto directo de las lesiones originadas por el accidente.

El Seguro cubre también la muerte del Asegurado como consecuencia de accidentes sobrevenidos al tratar de salvar vidas humanas.

Artículo 3°: Coberturas Adicionales

Para los efectos del presente Seguro, el Contratante y/o Asegurado podrá incluir las coberturas adicionales previo pago de la prima correspondiente.

Artículo 4°: Condiciones para ser Asegurado

Se podrá asegurar bajo esta Póliza a cualquier Persona Natural, que cumpla con los siguientes límites de asegurabilidad: edad mínima de ingreso, edad máxima de ingreso y edad máxima de permanencia. Los límites de asegurabilidad se encuentran establecidos en las Condiciones Particulares.

Adicionalmente, el Asegurado deberá tener residencia permanente en Perú, o derecho ilimitado de entrada a Perú, o tener visa de trabajo por al menos dos (02) años a partir de la fecha de solicitud del Seguro, o tener una visa como pareja/cónyuge que le permita quedarse en Perú por al menos dos (02) años a partir de la fecha de solicitud del Seguro.

Artículo 5°: Duplicidad de pólizas

El ASEGURADO no podrá tener contratada más de una póliza de este mismo seguro con la COMPAÑÍA. La COMPAÑÍA tendrá un plazo de 15 días desde la fecha de la contratación para verificar si el ASEGURADO cuenta con otra póliza de este seguro. En caso de que el ASEGURADO cuente con más de una póliza la COMPAÑÍA considerará que dicho CONTRATANTE y/o ASEGURADO está cubierto bajo la Póliza que proporcione el mayor Beneficio, en caso de tener sumas aseguradas diferentes. Cuando las coberturas contratadas sean idénticas, la COMPAÑÍA considerará válida la cobertura contratada más antigua. En cualquier caso la COMPAÑÍA reembolsará al CONTRATANTE y/o ASEGURADO la prima del seguro duplicado.

Artículo 6°: Exclusiones

Quedan excluidos de cobertura, los siniestros que sufra el ASEGURADO a consecuencia de, en relación a, o como producto de:

- 6.1 Suicidio, consciente y voluntario, dentro de los dos (02) primeros años de vigencia de la cobertura; intento de suicidio, auto mutilación o auto lesión.
- 6.2 Guerra, o cualquier acto de guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, con o sin declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, revolución, poderío militar o usurpado, ley marcial, motín o conmoción civil, terrorismo.
- 6.3 Cualquier contaminación o reacción nuclear, rayos ionizantes o radioactividad.
- 6.4 Cualquier prohibición, regulación o intervención por parte de las autoridades del gobierno.
- 6.5 Viaje en contra del consejo emitido por las entidades gubernamentales correspondientes.
- 6.6 Por acto delictivo u omisión cometido por el Beneficiario o Heredero Legal, en calidad de autor o cómplice, dejando a salvo el derecho a recibir la suma asegurada de los restantes Beneficiarios o Herederos Legales, si los hubiere, así como su derecho de recibir la parte proporcional de la suma asegurada que le correspondía al Beneficiario o Heredero Legal excluido.
- 6.7 Influencia de alcohol, drogas, o en estado de sonambulismo. Para la aplicación de esta exclusión se tomará como referencia las disposiciones legales vigentes en relación al límite máximo aceptable de 0.5 gramos de alcohol por litro de sangre al momento de un accidente de tránsito, así como el ratio de 0.15 gramos de alcohol por litro de

- sangre como promedio de metabolización del alcohol por el organismo por hora. Este ratio se aplicará al lapso transcurrido entre la hora del accidente y la hora del examen obligatorio de dosaje. Esta exclusión es aplicable a cualquier accidente, no está referida únicamente al accidente de tránsito.
- 6.8 Que el Asegurado, sus Beneficiarios o Herederos Legales no realicen todos los esfuerzos razonables para evitar un accidente, o que ésta se produzca debido a dolo, descuido, negligencia o imprudencia.
- 6.9 Que el viaje se realice en contra del consejo de un médico, o con el fin de buscar atención médica, o después de recibir el diagnóstico de una enfermedad terminal.
- 6.10 Una afección médica pre-existente, entendida ésta de conformidad con el Artículo de Definiciones de la póliza.
- 6.11 Parto o embarazo, salvo que se deba a complicaciones médicas inesperadas u ocasionadas por un accidente no pre-existente.
- 6.12 La propagación de cualquier enfermedad contagiosa o virus, que no sea resultado de un accidente.
- 6.13 Su viaje en aguas internacionales en un velero privado o un velero registrado de forma privada.
- 6.14 Viaje en un avión que no sea como pasajero que pagó su boleto en una aeronave de transporte de pasajeros con plena autorización, operada por una aerolínea, una empresa de flete aéreo para el transporte regular de pasajeros o un operador de globo aerostático con autorización.
- 6.15 Contratación del Asegurado en trabajo manual.
- 6.16 Participación del Asegurado en: actividades y deportes extremos, de acuerdo a las Definiciones establecidas en la póliza.
- 6.17 Pena de muerte o participación activa del ASEGURADO en cualquier acto ilícito o en actos violatorios de leyes o reglamentos, siempre que estos constituyan un delito o causa del siniestro; duelo concertado; en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente o a través de indicios razonables que se ha tratado de legítima defensa; servicio militar; así como en huelgas, motín, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.
- 6.18 Participación del ASEGURADO como conductor o acompañante en carreras o ensayos de velocidad o de resistencia de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas.
- 6.19 Participación activa en carreras, ejercicios o juegos atléticos que no sean controlados por alguna institución deportiva, acrobacia, participación en actividades competitivas o deportivas de manera profesional.
- 6.20 Desempeñarse el ASEGURADO como piloto, tripulante de aviones civiles o de empresas de aeronavegación.
- 6.21 Apoplejía, congestiones, síncope, edemas agudos, infartos al miocardio, trombosis, enfermedades mentales, desmayos y/o ataques epilépticos.
- 6.22 Inhalación de gases, intoxicación o envenenamiento sistemático.

Artículo 7°: Renovación del Seguro

El presente seguro no se renueva automáticamente, culminando sus efectos en la fecha de vencimiento correspondiente.

Artículo 8°: Terminación del Seguro

El contrato de seguro terminará en el momento en que suceda alguno de los siguientes hechos:

- La muerte del Asegurado.
- La falta de pago de la prima.
- Al cumplir el Asegurado la edad máxima de permanencia.
- Al vencimiento del plazo de vigencia de la presente póliza.
- Si la Compañía no reclama el pago de la prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo.

Artículo 9°: Beneficiarios

- 8.1 El ASEGURADO designará a sus Beneficiarios en las Condiciones Particulares, según corresponda. El ASEGURADO podrá modificar la designación de Beneficiarios.

- 8.2 Cualquier modificación de los Beneficiarios será efectiva a partir de la fecha de comunicación escrita efectuada a la COMPAÑÍA, la que elaborará el endoso correspondiente para dejar constancia de la modificación o registrará el documento legalizado efectuado por el ASEGURADO.
- 8.3 La suma asegurada será pagada a los Beneficiarios cuya designación se encuentre en vigor al fallecimiento del ASEGURADO. Si uno de los Beneficiarios no viviera o no quisiera recibir su parte, ésta acrecentará la de los otros Beneficiarios en partes iguales.
- 8.4 En caso de fallecimiento de los Beneficiarios antes que el ASEGURADO, o de no haberse designado Beneficiarios, la suma asegurada será pagada a los Herederos Legales.

Artículo 10º: Aviso del siniestro y procedimiento para solicitar cobertura

En caso de siniestro, el BENEFICIARIO deberá cumplir con lo siguiente:

Aviso del siniestro: Dar aviso a la COMPAÑÍA o al Comercializador por cualquiera de los medios de comunicación pactados, dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendario siguientes a la fecha de conocido el suceso o de haber tomado conocimiento del beneficio, o después de dicho término tan pronto como sea posible, siempre y cuando el retraso obedezca a motivos de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho, a cuyos efectos le será de aplicación lo previsto en el numeral 13.11 del artículo 13º de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Accidentes Personales.

Documentos: Posteriormente, para la Solicitud de Cobertura, deberá presentar en las oficinas de la COMPAÑÍA o del COMERCIALIZADOR los siguientes documentos (en original o certificación de reproducción notarial, antes copia legalizada). El BENEFICIARIO podrá presentar los documentos en cualquier momento, sin plazo límite específico pero antes del plazo de prescripción establecido por la normatividad vigente:

- a. Documento de identidad del ASEGURADO fallecido, de tenerlo físicamente;
- b. Partida o Acta de Defunción;
- c. Certificado Médico de Defunción completo;
- d. Documento de identidad de los BENEFICIARIOS;
- e. Copia Certificada del Atestado o Informe Policial Completo, según corresponda;
- f. Protocolo de Necropsia completo, según corresponda; y
- g. Resultado de Dosaje Etílico y/o Resultado de Análisis Toxicológico, según corresponda.

En caso de muerte presunta del ASEGURADO, ésta deberá acreditarse conforme a las disposiciones legales vigentes.

La COMPAÑÍA tendrá un plazo máximo de treinta (30) días contados desde la recepción completa de los documentos antes indicados, para aprobar o rechazar la solicitud de cobertura; salvo que solicite una prórroga al ASEGURADO para realizar nuevas investigaciones y obtener evidencias relacionadas con el siniestro. En caso que el ASEGURADO no apruebe la solicitud de prórroga presentada por la COMPAÑÍA, ésta se sujetará al procedimiento establecido para tal efecto en el TUPA de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's.

En caso que la COMPAÑÍA requiera aclaraciones o precisiones adicionales, respecto a la documentación e información presentada, la COMPAÑÍA podrá realizar tal requerimiento dentro de los primeros veinte (20) días de recibida la documentación completa presentada para la solicitud de cobertura, lo que suspenderá el plazo de aprobación o rechazo hasta la presentación de la documentación e información correspondiente.

El plazo de veinte (20) días antes indicado se encuentra dentro de los treinta (30) días con el que cuenta La Aseguradora para pronunciarse sobre la aprobación o rechazo de la solicitud de cobertura.



Chubb Seguros Perú S.A
Calle Amador Merino Reyna 267, Of.402
San Isidro - Lima 27
Perú

O (511) 417-5000
www.chubb.com/pe

Si la solicitud de cobertura fuese aprobada por La COMPAÑÍA o hubiese transcurrido el plazo de treinta (30) días sin pronunciamiento por parte de la COMPAÑÍA o, de ser el caso, la correspondiente prórroga, se pagará el beneficio dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes. En casos en los que legalmente deba practicarse una necropsia y/o dosaje etílico, y los mismos no se lleven a cabo por negativa de los familiares, según corresponda, la COMPAÑÍA quedará liberada de pagar la indemnización o beneficio pactado.

Seguro de Viajes LATAM Travel

Cláusula Adicional - Desmembramiento Accidental

La presente Cláusula Adicional es parte accesoria de la Cobertura Principal y se regirá en todo lo que no esté expresamente estipulado en ésta, por las Condiciones Generales, de modo que solo será válida mientras la Cobertura Principal esté vigente.

Artículo 1º: Definiciones

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 este seguro.

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 indicada por el ASEGURADO originalmente y que programó para iniciar el VIAJE y que está especificada en las CONDICIONES PARTICULARES.

Lesión Pre-existente: Cualquier condición de alteración del cuerpo o de la salud del ASEGURADO, sufrida previamente a la contratación del seguro.

Miembro: Se refiere a las manos, brazos, pies y piernas.

Pérdida Parcial: Eliminación de parte de un órgano o miembro.

Pérdida Total: Cercenamiento, eliminación o inhabilitación funcional total y definitiva del órgano o miembro lesionado.

Pérdida Funcional: Ausencia de capacidad de función fisiológica del o de los órganos o miembros afectados, pudiendo estar o no implicado el aspecto anatómico del órgano o del miembro comprometido. Será absoluta si involucra la pérdida de toda capacidad de función.

Viaje: Es el período de tiempo comprendido entre la fecha de salida y llegada especificadas en las Condiciones Particulares, sujeto a un máximo continuo de días por viaje.

Artículo 2º: Vigencia Individual y Territorio

El derecho a las indemnizaciones y prestaciones contempladas para la presente cobertura se refiere a contingencias que ocurran a una distancia superior a doscientos (200) kilómetros contados desde el domicilio particular del ASEGURADO que figura en las Condiciones Particulares.

El inicio de la vigencia de la presente cobertura de viaje internacional se computará a partir del paso del ASEGURADO por Policía Internacional o Departamento de Migraciones, 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, lo 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 o Departamento de Migraciones;
- b) Al final de la vigencia en días indicado en las 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 siguientes países: Afganistán, Cuba, República Democrática del Congo, Irán, Iraq, Liberia, Sudán o Siria o cualquier país que ingrese a la lista OFAC, 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.

El CONTRATANTE de la PÓLIZA, deberá informar el ingreso del ASEGURADO, hasta máximo veinticuatro (24) horas previas al viaje del ASEGURADO y la vigencia de su cobertura quedará especificado en las Condiciones Particulares.

Todos los ASEGURADOS deberán completar los requisitos de asegurabilidad establecidos en las CONDICIONES PARTICULARES y su ingreso será automático en la PÓLIZA. Todo ASEGURADO que no haya sido notificado y/o no haya completado los requisitos de asegurabilidad establecidos en las CONDICIONES PARTICULARES, no tendrá cobertura en el presente seguro.

Artículo 3º: Cobertura

En virtud de esta cobertura y cuando la lesión no ocasione la pérdida de la vida del ASEGURADO producto de un Accidente durante el 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:

Pérdida total de los dos (02) ojos, o de ambos miembros superiores (brazos), o de las dos manos, o de ambos miembros inferiores (piernas), o de los dos (02) pies, o de un miembro inferior (pierna) con una mano o un brazo	100%
Pérdida total de uno de los miembros superiores (brazos), o uno de los miembros inferiores (pierna), o de una mano	50%
Pérdida total de un pie	40%
Sordera completa de ambos oídos	50%
Sordera completa de un oído en caso de que el asegurado ya hubiera tenido sordera completa del otro, antes de contratar este seguro	25%
Sordera completa de un oído	13%
Ceguera total de un ojo en caso de que el asegurado ya hubiere tenido ceguera total del otro antes de contratar este seguro	50%
Ceguera total de un ojo	35%
Pérdida total de un pulgar	20%
Pérdida total del índice derecho o izquierdo	15%
Pérdida total de cualquiera de los demás dedos de la mano	5%
Pérdida total de un dedo del pie	3%

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 total del mismo.

En el caso de ocurrir más de un siniestro durante la vigencia del seguro, 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 cien por ciento (100%) del monto asegurado para esta alternativa.

Artículo 4°: Exclusiones

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

- a) ENFERMEDADES, CONDICIONES O LESIONES PRE-EXISTENTES 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 enfermedades anteriores al VIAJE.
- b) Participación en cualquier equipo deportivo profesional o semiprofesional y cualquier deporte o actividad riesgoso: que incluye: aviación privada, paracaidismo, ala delta, parapente, bungee jumping, alpinismo, escalada, motociclismo, artes marciales, boxeo, rodeo, rugby, equitación, polo, buceo.
- c) Suicidio, intento de suicidio o LESIÓN intencionalmente infringida por el ASEGURADO a sí mismo.
- d) 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.
- e) 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.
- f) 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, como asimismo, el pago solicitado en dicho país, cualquiera sea la causa, aún cuando la permanencia en el país excluido pudiere ser considerada como fortuita para el ASEGURADO.
- g) Comisión de actos calificados como delito, así como la participación activa en rebelión, revolución, sublevación, asonadas, motín, conmoción civil, subversión y terrorismo.
- h) 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 certificados por la autoridad competente.
- i) 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.
- j) Infecciones bacterianas, excepto las infecciones piogénicas que sean consecuencia de una herida, cortadura o amputación accidental.
- k) Tratamientos médicos o quirúrgicos distintos de los necesarios a consecuencia de lesiones o enfermedad cubiertas por esta póliza. Por tanto, si el ASEGURADO viaja al extranjero a someterse a algún tratamiento médico específico, estas prestaciones quedarán expresamente excluidas de las coberturas de la presente PÓLIZA.
- l) Participación en carreras, apuestas, competencias y desafíos que sean remunerados o sean la ocupación principal del asegurado.
- m) Acto delictivo cometido, en calidad de autor o cómplice, por un beneficiario o quien pudiere reclamar el monto asegurado o la indemnización.
- n) 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.
- o) 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.

- p) ENFERMEDADES mentales o estados patológicos producidos durante el viaje por ingestión voluntaria de alcohol, drogas, sustancias tóxicas, narcóticos o medicamentos adquiridos sin prescripción médica.
- q) Suministro de prótesis, anteojos y/o lentes de contacto, aun cuando obedezcan a eventos ocurridos durante el viaje.
- r) 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.
- s) 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
- t) Peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente que se ha tratado de legítima defensa.
- u) Riesgos de radiación, reacción nuclear o atómica, o contaminación radioactiva.
- v) Anomalías congénitas, y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías o se relacionen con ellas.
- w) Cualquier tipo de enfermedad mental o nerviosa.

Artículo 5°: Terminación de la Cobertura

La cobertura prevista por esta Cláusula Adicional cesará en la fecha en que termine la Cobertura Principal, cualquiera sea la causa.

Artículo 6°: Aviso del Siniestro y Procedimiento para solicitar la cobertura

La cobertura prevista por esta Cláusula Adicional cesará en la fecha en que termine la Cobertura Principal,

Si ocurriera un evento que diera lugar a una solicitud de cobertura bajo esta Cláusula Adicional, el ASEGURADO o sus Beneficiarios deberán cumplir con lo siguiente:

1) Aviso: Cuando se produzca algún hecho que pueda dar origen a la cobertura que otorga la presente Cláusula Adicional, el ASEGURADO debe solicitar por teléfono la asistencia correspondiente, indicando sus datos personales, el número de la PÓLIZA, el lugar donde se encuentra y la clase de servicio que precisa u otro dato que facilite su identificación al momento del uso del seguro.

Independientemente de la intervención del servicio de asistencia, el ASEGURADO o su beneficiario deberán dar aviso a la COMPAÑÍA por cualquiera de los medios de comunicación pactados, de la ocurrencia del siniestro, en un plazo no mayor a treinta (30) días calendario luego de ocurrido el suceso, o de haber tomado conocimiento del beneficio, o después de dicho plazo, siempre y cuando el retraso obedezca a motivos de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho.

2) Documentos: Presentar en las oficinas de la COMPAÑÍA los siguientes documentos (en original o certificación de reproducción notarial, antes copia legalizada). El ASEGURADO podrá presentar los documentos en cualquier momento, sin plazo límite específico pero antes del plazo de prescripción establecido por la normatividad vigente:

- a) Documento de identidad del ASEGURADO;
- b) Certificado del médico que prestó los primeros auxilios al ASEGURADO expresando las causas del accidente (si se indicara) y sus consecuencias conocidas o probables.
- c) Certificado médico con diagnóstico, emitido por el Instituto Nacional de Rehabilitación del Ministerio de Salud o entidad legal que la sustituya, en el cual se evidencie la Pérdida Total.

El presente seguro no obliga a la COMPAÑÍA a efectuar el pago si, de manera deliberada, no se permite el libre acceso a los médicos u otros funcionarios autorizados por la COMPAÑÍA al lugar donde se encuentre el ASEGURADO, en caso sea necesario para la evaluación de la Solicitud de Cobertura; salvo que dicho impedimento provenga de una orden de autoridad competente en ejercicio de sus funciones.

La COMPAÑÍA tendrá un plazo máximo de treinta (30) días contados desde la recepción completa de los documentos antes indicados, para aprobar o rechazar la solicitud de cobertura; salvo que solicite una prórroga al CONTRATANTE y/o ASEGURADO para realizar nuevas investigaciones y obtener evidencias relacionadas con el siniestro. En caso que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO no apruebe la solicitud de prórroga presentada por la COMPAÑÍA, ésta se sujetará al procedimiento establecido para tal efecto en el TUPA de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's.

En caso que la COMPAÑÍA requiera aclaraciones o precisiones adicionales, respecto a la documentación e información presentada, la COMPAÑÍA podrá realizar tal requerimiento dentro de los primeros veinte (20) días de recibida la documentación completa presentada para la solicitud de cobertura, lo que suspenderá el plazo de aprobación o rechazo hasta la presentación de la documentación e información correspondiente.

El plazo de veinte (20) días antes indicado se encuentra dentro de los treinta (30) días con el que cuenta La Aseguradora para pronunciarse sobre la aprobación o rechazo de la solicitud de cobertura.

Si la solicitud de cobertura fuese aprobada por La COMPAÑÍA o hubiese transcurrido el plazo de treinta (30) días sin pronunciamiento por parte de la COMPAÑÍA o, de ser el caso, la correspondiente prórroga, se pagará el beneficio dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes.

Seguro de Viajes - LATAM Travel

Cláusula Adicional - Reembolso de Gastos Médicos por Enfermedad y Accidente durante el Viaje

La presente Cláusula Adicional es parte accesorio de la Cobertura Principal y se regirá en todo lo que no esté expresamente estipulado en ésta, por las Condiciones Generales, de modo que solo será válida mientras la Cobertura Principal esté vigente.

Artículo 1º: Definiciones

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 este seguro.

Condición Médica Pre-existente: Cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocido por el ASEGURADO o dependiente y no resuelta en el momento previo a la presentación de la solicitud y/o de la declaración jurada de salud.

Enfermedad de Carácter Súbito: Es el evento de carácter mórbido de causa no accidental, que primero se manifieste y sea contraído por el ASEGURADO durante el VIAJE y que requiera tratamiento terapéutico por parte de un MÉDICO.

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 indicada por el ASEGURADO originalmente y que programó para iniciar el VIAJE y que está especificada en las CONDICIONES PARTICULARES.

Hospitalización: Internamiento de una persona dentro de una institución hospitalaria como paciente interno, un mínimo de veinticuatro (24) horas continuas, bajo supervisión de médico autorizado. No se considerará hospitalización el internamiento del paciente por un período inferior a veinticuatro (24) horas.

Institución Hospitalaria: Establecimiento de salud legalmente constituido de acuerdo a las leyes del Perú y que cumple los siguientes requisitos: a) Opera para la atención médica de pacientes internos enfermos o lesionados; b) Mantiene instalaciones organizadas para el diagnóstico, tratamiento y cirugía así como unidades de cuidados intensivos para los pacientes, dentro del mismo establecimiento en facilidades controladas por ese establecimiento; c) Proporciona servicio de enfermería a tiempo completo bajo la supervisión del equipo de enfermería. **Para los efectos de esta Póliza no se consideran instituciones hospitalarias: a) Una institución mental o utilizada para el tratamiento de enfermedades psiquiátricas o bien el departamento psiquiátrico de una institución hospitalaria; b) Institutos sanatorios en los cuales se presta servicio de cuidados de larga duración tales como curas de reposo, geriatría, drogadicción, alcohólicos o bien terapias ocupacionales.**

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

- El ASEGURADO
- Su cónyuge
- Cualquier 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.

Viaje: Es el período de tiempo comprendido entre la fecha de salida y llegada especificadas en las Condiciones Particulares, sujeto a un máximo continuo de días por viaje.

Artículo 2°: Vigencia Individual y Territorio

El derecho a las indemnizaciones y prestaciones contempladas para la presente cobertura se refiere a contingencias que ocurran a una distancia superior a doscientos (200) kilómetros contados desde el domicilio particular del ASEGURADO que figura en las Condiciones Particulares, según corresponda.

El inicio de la vigencia de la presente cobertura de viaje internacional se computará a partir del paso del ASEGURADO por Policía Internacional o Departamento de Migraciones, 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, según corresponda, si esta es posterior a la fecha de embarque.

La protección termina en cualquiera de las siguientes fechas, lo que ocurra primero:

- 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 o Departamento de Migraciones;
- Al final de la vigencia en días indicado en las Condiciones Particulares;
- Al final del plazo de VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

El ámbito territorial de las coberturas se extiende a todo el mundo, exceptuando los siguientes países: Afganistán, Cuba, República Democrática del Congo, Irán, Iraq, Liberia, Sudán o Siria o cualquier país que ingrese a la lista OFAC, 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.

El CONTRATANTE de la PÓLIZA, deberá informar el ingreso del ASEGURADO, hasta máximo veinticuatro (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 y/o Certificado de Seguro, según corresponda y su ingreso será automático en la PÓLIZA. Todo ASEGURADO que no haya sido notificado y/o no haya completado los requisitos de asegurabilidad establecidos en las CONDICIONES PARTICULARES, no tendrá cobertura en el presente seguro.

Artículo 3°: Cobertura

El reembolso o pago de gastos médicos y hospitalarios efectuados, en caso de Accidentes o Enfermedades de Carácter Súbito, hasta el límite establecido en las Condiciones Particulares, ocurridos durante el Viaje, de acuerdo con el plan contratado, menos cualquier otro monto pagado al ASEGURADO por el mismo accidente o enfermedad bajo esta cobertura y las siguientes en caso se encuentren en el mismo plan adquirido por el ASEGURADO:

- B2 - Gastos Odontológicos durante el Viaje.
- B3 - Gastos Farmacéuticos durante el Viaje.
- B4 - Continuación de Tratamiento en País de Residencia.

Para fines de esta Cláusula Adicional, se entienden por gastos médicos y hospitalarios solamente los siguientes:

- a) Servicios prestados por el Médico.
- b) Servicios médicos u hospitalarios para garantizar la recuperación inicial y las condiciones físicas necesarias que permitan la normal continuación del viaje.

- c) Hospitalización y uso del quirófano.
- d) Exámenes médicos, de laboratorio, procedimientos de diagnóstico o terapéuticos, derecho de hospitalización, incluyendo los insumos utilizados durante la hospitalización, honorarios de médicos.
- e) Anestias (incluyendo administración de la misma, exámenes o tratamientos radiológicos y análisis de laboratorio).
- f) Fisioterapia: En caso de necesidad de Fisioterapia como resultado de lesiones provenientes de accidentes ocurridos o enfermedades contraídas durante el viaje, el ASEGURADO recibirá atención fisioterapéutica, a condición de que ésta sea prescrita por el médico que atendió al ASEGURADO durante el viaje.

Artículo 4°: Condiciones de Cobertura

- Constatada la Condición Médica Pre-Existente, los beneficios de gastos médicos serán sólo para el tratamiento de emergencia y estabilización del ASEGURADO y por ningún motivo para el tratamiento normal de la condición pre-existente, siendo estos últimos costos de responsabilidad exclusiva del ASEGURADO.
- La COMPAÑÍA, a su cargo, tendrá el derecho a someter al ASEGURADO a exámenes médicos, con la frecuencia razonablemente necesaria, mientras la solicitud de cobertura correspondiente al pago de un beneficio se encuentre pendiente, siempre que se realice dentro de los primeros veinte (20) días de los treinta (30) días de los que dispone para aprobar o rechazar el siniestro.
- De no estar definido de otra forma en las Condiciones Particulares, según corresponda, todos los gastos de las coberturas B1, B2, B3 y B4, serán considerados como un gasto único combinable, no pudiendo, en la sumatoria de todos ellos, exceder el monto establecido en las Condiciones Particulares, según corresponda bajo la cobertura B1 Gastos Médicos por Accidente y/o Enfermedad Durante el Viaje.
- Los gastos médicos por accidente o enfermedad 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 accidente claro, comprobable y agudo que impida la normal continuación del viaje 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.

Artículo 5°: Exclusiones

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

- a) ENFERMEDADES, CONDICIONES O LESIONES PRE-EXISTENTES 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 enfermedades anteriores al VIAJE.
- b) Participación en cualquier equipo deportivo profesional o semiprofesional y cualquier deporte o actividad riesgosa que incluye: aviación privada, paracaidismo, ala delta, parapente, bungee jumping, alpinismo, escalada, motociclismo, artes marciales, boxeo, rodeo, rugby, equitación, polo, buceo.
- c) Suicidio, intento de suicidio o LESIÓN intencionalmente infringida por el ASEGURADO a sí mismo.
- d) 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.
- e) Las enfermedades epidémicas y sus consecuencias, que provengan 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.
- f) 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, como asimismo, el pago solicitado en dicho país, cualquiera sea la causa, aún cuando la permanencia en el país excluido pudiese ser considerada como fortuita para el ASEGURADO.
- g) Comisión de actos calificados como delito, así como la participación activa en rebelión, revolución, sublevación, asonadas, motín, conmoción civil, subversión y terrorismo.

- h) 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 certificados por la autoridad competente.
- i) 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.
- j) Infecciones bacterianas, excepto las infecciones piogénicas que sean consecuencia de una herida, cortadura o amputación accidental.
- k) Hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan.
- l) Tratamientos médicos o quirúrgicos distintos de los necesarios a consecuencia de lesiones o enfermedad cubiertas por esta póliza. Por tanto, si el ASEGURADO viaja al extranjero a someterse a algún tratamiento médico específico, estas prestaciones quedarán expresamente excluidas de las coberturas de la presente Cláusula Adicional.
- m) Exámenes médicos de rutina.
- n) Tratamiento o cirugía dental, excepto por lesiones en dientes naturales sanos, ocasionados por un accidente.
- o) Participación en carreras, apuestas, competencias y desafíos que sean remunerados o sean la ocupación principal del asegurado.
- p) Acto delictivo cometido, en calidad de autor o cómplice, por un beneficiario o quien pudiere reclamar el monto asegurado o la indemnización.
- q) 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.
- r) 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.
- s) ENFERMEDADES mentales o estados patológicos producidos durante el viaje por ingestión voluntaria de alcohol, drogas, sustancias tóxicas, narcóticos o medicamentos adquiridos sin prescripción médica.
- t) Suministro de prótesis, anteojos y/o lentes de contacto, aun cuando obedezcan a eventos ocurridos durante el viaje.
- u) Cualquier acontecimiento, pérdida, lesión, daño o responsabilidad legal que se produzca como consecuencia 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.
- v) Cualquier pérdida, lesión, daño o responsabilidad legal que sufra una persona terrorista o miembro de una organización terrorista, traficante de drogas, o proveedor de armas nucleares, químicas o biológicas
- w) Peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente que se ha tratado de legítima defensa.
- x) Riesgos de radiación, reacción nuclear o atómica, o contaminación radioactiva.
- y) Anomalías congénitas, y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías o se relacionen con ellas.
- z) Cualquier tipo de enfermedad mental o nerviosa.
- aa) Servicios, suministros o tratamientos, incluyendo cualquier período de internación hospitalaria que no hayan sido recomendados, aprobados y certificados como MEDICAMENTE NECESARIOS por el MÉDICO.
- bb) Exámenes físicos de rutina u otros exámenes donde no haya indicaciones objetivas o deterioro en la salud normal o diagnóstico de laboratorio o radiografías.
- cc) Cirugía reparadora, plástica, excepto como resultado de una lesión accidental.
- dd) Tratamientos rejuvenecedores, o estéticos.
- ee) Gastos en compras de prótesis que no sean originados como consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza.
- ff) Anormalidades congénitas y condiciones que resulten de las mismas.
- gg) Gastos incurridos con relación a pie frágil, deformado o plano, callos o uñas del pie.
- hh) Diagnóstico y tratamiento de acné.
- ii) Tabique desviado, incluyendo resección submucosa y/o cualquier corrección quirúrgica de los mismos.
- jj) Cuidados de niños sanos, incluyendo exámenes e inmunizaciones (vacunas).
- kk) 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.
- ll) Trastornos mentales, nerviosos o emocionales o curas de sueño.
- mm) Procedimientos electivos o adelantar tratamientos o procedimientos de larga duración.

1) Aviso: Cuando se produzca algún hecho que pueda dar origen a la cobertura que otorga la presente Cláusula Adicional, el ASEGURADO debe solicitar por teléfono la asistencia correspondiente, indicando sus datos personales, el número de la PÓLIZA, el lugar donde se encuentra y la clase de servicio que precisa u otro dato que facilite su identificación al momento del uso del seguro.

Independientemente de la intervención del servicio de asistencia, el ASEGURADO o su beneficiario deberán dar aviso a la COMPAÑÍA por cualquiera de los medios de comunicación pactados, de la ocurrencia del siniestro, en un plazo no mayor a treinta (30) días calendario luego de ocurrido el suceso, o de haber tomado conocimiento del beneficio, siempre y cuando el retraso obedezca a motivos de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho.

2) Documentos: En caso que la gravedad del accidente o enfermedad impida al ASEGURADO llamar a la CENTRAL DE ASISTENCIA, podrá solicitar el reembolso de gastos médicos, para lo cual, el ASEGURADO deberá presentar en las oficinas de la COMPAÑÍA los siguientes documentos (en original o certificación de reproducción notarial, antes copia legalizada). El ASEGURADO o el BENEFICIARIO podrá presentar los documentos en cualquier momento, sin plazo límite específico pero antes del plazo de prescripción establecido por la normatividad vigente:

- a) Declaración escrita, con fecha y hora del accidente, el lugar y las circunstancias en que este ocurrió;
- b) Certificado del Médico que prestó los primeros auxilios a la víctima, expresando el estado del accidentado, las dolencias o daños identificados y las consecuencias conocidas o probables.
- c) Relación de gastos de curación incurridos por el ASEGURADO, debidamente fundamentados con los comprobantes de pago respectivos.

En caso se constate que el ASEGURADO realizó su viaje con motivo del tratamiento de una Enfermedad Pre-Existente, la COMPAÑÍA queda eximida de prestar sus servicios de acuerdo a esta cláusula adicional. La COMPAÑÍA, se reserva el derecho de investigar la conexión del hecho actual con la Enfermedad Pre-existente.

La COMPAÑÍA tendrá un plazo máximo de treinta (30) días contados desde la recepción completa de los documentos antes indicados, para aprobar o rechazar la solicitud de cobertura; salvo que solicite una prórroga al CONTRATANTE y/o ASEGURADO para realizar nuevas investigaciones y obtener evidencias relacionadas con el siniestro. En caso que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO no apruebe la solicitud de prórroga presentada por la COMPAÑÍA, ésta se sujetará al procedimiento establecido para tal efecto en el TUPA de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's.

En caso que la COMPAÑÍA requiera aclaraciones o precisiones adicionales, respecto a la documentación e información presentada, la COMPAÑÍA podrá realizar tal requerimiento dentro de los primeros veinte (20) días de recibida la documentación completa presentada para la solicitud de cobertura, lo que suspenderá el plazo de aprobación o rechazo hasta la presentación de la documentación e información correspondiente.

El plazo de veinte (20) días antes indicado se encuentra dentro de los treinta (30) días con el que cuenta La Aseguradora para pronunciarse sobre la aprobación o rechazo de la solicitud de cobertura.

Si la solicitud de cobertura fuese aprobada por La COMPAÑÍA o hubiese transcurrido el plazo de treinta (30) días sin pronunciamiento por parte de la COMPAÑÍA o, de ser el caso, la correspondiente prórroga, se pagará el beneficio dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes.

Seguro de Viajes - LATAM Travel

Cláusula Adicional -Gastos Odontológicos de Emergencia durante el Viaje

La presente Cláusula Adicional es parte accesoria de la Cobertura Principal y se regirá en todo lo que no esté expresamente estipulado en ésta, por las Condiciones Generales, de modo que solo será válida mientras la Cobertura Principal esté vigente.

Artículo 1º: Definiciones

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 este seguro.

Condición Médica Pre-existente: Cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocido por el ASEGURADO o dependiente y no resuelta en el momento previo a la presentación de la solicitud y/o de la declaración jurada de salud.

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 indicada por el ASEGURADO originalmente y que programó para iniciar el VIAJE y que está especificada en las CONDICIONES PARTICULARES.

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

- Consistente con los síntomas, diagnóstico y tratamiento de la condición del ASEGURADO;
- Apropiada en relación con las reglas de buena práctica médica.
- 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:

- El ASEGURADO
- Su cónyuge
- Cualquier pariente del ASEGURADO o de su cónyuge con los siguientes parentescos: hijo(a), padres, hermano(a), parientes consanguíneos o afines, aún cuando se encuentre habilitado para ejercer la práctica de la medicina.

Viaje: Es el período de tiempo comprendido entre la fecha de salida y llegada especificadas en las Condiciones Particulares, según corresponda, sujeto a un máximo continuo de días por viaje.

Artículo 2º: Vigencia Individual y Territorio

El derecho a las indemnizaciones y prestaciones contempladas para la presente cobertura se refiere a contingencias que ocurran a una distancia superior a doscientos (200) kilómetros contados desde el domicilio particular del ASEGURADO que figura en las Condiciones Particulares.

El inicio de la vigencia de la presente cobertura de viaje internacional se computará a partir del paso del ASEGURADO por Policía Internacional o Departamento de Migraciones, 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, lo que ocurra primero:

- 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 o Departamento de Migraciones;
- Al final de la vigencia en días indicado en las Condiciones
- Al final del plazo de VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

El ámbito territorial de las coberturas se extiende a todo el mundo, exceptuando los siguientes países: Afganistán, Cuba, República Democrática del Congo, Irán, Iraq, Liberia, Sudán o Siria o cualquier país que ingrese a la lista OFAC, 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.

El CONTRATANTE de la PÓLIZA, deberá informar el ingreso del ASEGURADO, hasta máximo veinticuatro (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 y/o Certificado de Seguro, según corresponda y su ingreso será automático en la PÓLIZA. Todo ASEGURADO que no haya sido notificado y/o no haya completado los requisitos de asegurabilidad establecidos en las CONDICIONES PARTICULARES, no tendrá cobertura en el presente seguro.

Artículo 3º: Cobertura

Los gastos correspondientes a servicios odontológicos de emergencia recibidos por el ASEGURADO durante el viaje. El primer tratamiento deberá realizarse en el exterior y comenzar dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a la emergencia o al momento en que se presentó por primera vez el dolor agudo, súbito y repentino. Este beneficio incluye el reembolso o pago de los gastos en arreglos o sustituciones de prótesis odontológicas siempre y cuando deriven de 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 médicos que al efecto proporcione el MEDICO TRATANTE para verificar que la causa no se encuentre dentro de las exclusiones de la presente cobertura. El tratamiento odontológico, los servicios y suministros correspondientes serán pagados hasta el límite del beneficio total y por diente, sujeto a lo establecido en las Condiciones Particulares, según corresponda, y hasta los treinta (30) días después de iniciado el primer tratamiento.

Artículo 4º: Condiciones de Cobertura

- En los casos que se constate que el ASEGURADO realizó su VIAJE con motivo del tratamiento de una ENFERMEDAD PRE-EXISTENTE, la COMPAÑÍA queda exenta de prestar sus servicios de acuerdo a esta Cláusula Adicional. La COMPAÑÍA se reserva el derecho de investigar la conexión del hecho actual con la ENFERMEDAD PRE-EXISTENTE.
- De no estar definido de otra forma en las Condiciones Particulares, todos los gastos de las coberturas B1, B2, B3 y B4, serán considerados como un gasto único combinable, no pudiendo, 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 Durante el Viaje.

Artículo 5°: Exclusiones

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

- a) ENFERMEDADES, CONDICIONES O LESIONES PRE-EXISTENTES 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 enfermedades anteriores al VIAJE.
- b) Participación en cualquier equipo deportivo profesional o semiprofesional y cualquier deporte o actividad riesgoso que incluye: aviación privada, paracaidismo, ala delta, parapente, bungee jumping, alpinismo, escalada, motociclismo, artes marciales, boxeo, rodeo, rugby, equitación, polo, buceo.
- c) Suicidio, intento de suicidio o LESIÓN intencionalmente infringida por el ASEGURADO a sí mismo.
- d) 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.
- e) Las enfermedades epidémicas y sus consecuencias, que provengan 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.
- f) 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, como asimismo, el pago solicitado en dicho país, cualquiera sea la causa, aún cuando la permanencia en el país excluido pudiese ser considerada como fortuita para el ASEGURADO.
- g) Comisión de actos calificados como delito, así como la participación activa en rebelión, revolución, sublevación, asonadas, motín, conmoción civil, subversión y terrorismo.
- h) 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 certificados por la autoridad competente.
- i) 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.
- j) Infecciones bacterianas, excepto las infecciones piogénicas que sean consecuencia de una herida, cortadura o amputación accidental.
- k) Tratamientos médicos o quirúrgicos distintos de los necesarios a consecuencia de lesiones o enfermedad cubiertas por esta póliza. Por tanto, si el ASEGURADO viaja al extranjero a someterse a algún tratamiento médico específico, estas prestaciones quedarán expresamente excluidas de las coberturas de la presente Cláusula Adicional.
- l) Exámenes médicos de rutina.
- m) Una infección oportunistica, 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:
 - "Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida", lo definido para tal efecto por la Organización Mundial de la Salud.
 - Infección Oportunistica incluye, pero no debe limitarse a Neumonía causada por PneumocystisCarinii, Organismo de Enteritis Crónica, Infección Vírica o Infección Micobacteriana Diseminada.
 - 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.
 - 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).
- n) Tratamiento o cirugía dental, excepto por lesiones en dientes naturales sanos, ocasionados por un accidente.
- o) Participación en carreras, apuestas, competencias y desafíos que sean remunerados o sean la ocupación principal del asegurado.
- p) Acto delictivo cometido, en calidad de autor o cómplice, por un beneficiario o quien pudiese reclamar el monto asegurado o la indemnización.
- q) 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.

- r) 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.
- s) 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.
- t) La asistencia que consista en el suministro de prótesis, anteojos y/o lentes de contacto, aun cuando obedezcan a eventos ocurridos durante el viaje.
- u) La asistencia por cualquier acontecimiento, pérdida, lesión, daño o responsabilidad legal que se produzca como consecuencia 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.
- v) La asistencia por cualquier pérdida, lesión, daño o responsabilidad legal que sufra una persona terrorista o miembro de una organización terrorista, traficante de drogas, o proveedor de armas nucleares, químicas o biológicas
- w) Peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente que se ha tratado de legítima defensa.
- x) Riesgos de radiación, reacción nuclear o atómica, o contaminación radioactiva.
- y) Anomalías congénitas, y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías o se relacionen con ellas.
- z) Cualquier tipo de enfermedad mental o nerviosa.
- aa) Cualquier tratamiento rutinario y que no sea MÉDICAMENTE NECESARIO.
- bb) Tratamientos rejuvenecedores, o estéticos, gastos en compras de prótesis salvo los gastos en arreglos o reemplazos de prótesis odontológicas que sean producto de traumatismo.

Artículo 6°: Aviso de Siniestro y Procedimiento para solicitar la cobertura

- 1) Aviso: Cuando se produzca algún hecho que pueda dar origen a la cobertura que otorga la presente Cláusula Adicional, el ASEGURADO debe solicitar por teléfono la asistencia correspondiente, indicando sus datos personales, el número de la PÓLIZA, el lugar donde se encuentra y la clase de servicio que precisa u otro dato que facilite su identificación al momento del uso del seguro.
- Independientemente de la intervención del servicio de asistencia, el ASEGURADO o su beneficiario deberán dar aviso a la COMPAÑÍA por cualquiera de los medios de comunicación pactados, de la ocurrencia del siniestro, en un plazo no mayor a treinta (30) días calendario luego de ocurrido el suceso, o de haber tomado conocimiento del beneficio, o después de dicho plazo, tan pronto como sea posible
- 2) Documentos: En caso el ASEGURADO no pueda llamar a la CENTRAL DE ASISTENCIA, podrá solicitar el reembolso de gastos odontológicos, para lo cual, el ASEGURADO deberá presentar en las oficinas de la COMPAÑÍA los siguientes documentos (en original o certificación de reproducción notarial, antes copia legalizada). El ASEGURADO podrá presentar los documentos en cualquier momento, sin plazo límite específico pero antes del plazo de prescripción establecido por la normatividad vigente:
- a) Declaración escrita, con fecha y hora del accidente, el lugar y las circunstancias en que este ocurrió;
 - b) Certificado del Médico que prestó los primeros auxilios a la víctima, expresando el estado del accidentado (en caso la emergencia sea debido a un accidente), las dolencias o daños identificados y las consecuencias conocidas o probables.
 - c) Relación de gastos de curación incurridos por el ASEGURADO, debidamente fundamentados con los comprobantes de pago respectivos.

En caso se constate que el ASEGURADO realizó su viaje con motivo del tratamiento de una Enfermedad Pre-Existente, la COMPAÑÍA queda eximida de prestar sus servicios de acuerdo a esta cláusula adicional. La COMPAÑÍA, se reserva el derecho de investigar la conexión del hecho actual con la Enfermedad Pre-existente.

La COMPAÑÍA tendrá un plazo máximo de treinta (30) días contados desde la recepción completa de los documentos antes indicados, para aprobar o rechazar la solicitud de cobertura; salvo que solicite una prórroga al CONTRATANTE y/o ASEGURADO para realizar nuevas investigaciones y obtener evidencias relacionadas con el siniestro. En caso que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO no apruebe la solicitud de prórroga presentada por la COMPAÑÍA, ésta se sujetará al procedimiento establecido para tal efecto en el TUPA de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's.

En caso que la COMPAÑÍA requiera aclaraciones o precisiones adicionales, respecto a la documentación e información presentada, la COMPAÑÍA podrá realizar tal requerimiento dentro de los primeros veinte (20) días de recibida la documentación completa presentada para la solicitud de cobertura, lo que suspenderá el plazo de aprobación o rechazo hasta la presentación de la documentación e información correspondiente.

El plazo de veinte (20) días antes indicado se encuentra dentro de los treinta (30) días con el que cuenta La Aseguradora para pronunciarse sobre la aprobación o rechazo de la solicitud de cobertura.

Si la solicitud de cobertura fuese aprobada por La COMPAÑÍA o hubiese transcurrido el plazo de treinta (30) días sin pronunciamiento por parte de la COMPAÑÍA o, de ser el caso, la correspondiente prórroga, se pagará el beneficio dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes.

Seguro de Viajes - LATAM Travel

Cláusula Adicional - Gastos Farmacéuticos durante el Viaje

La presente Cláusula Adicional es parte accesoria de la Cobertura Principal y se regirá en todo lo que no esté expresamente estipulado en ésta, por las Condiciones Generales, de modo que solo será válida mientras la Cobertura Principal esté vigente.

Artículo 1º: Definiciones

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 este seguro.

Condición Médica Pre-existente: Cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocido por el ASEGURADO o dependiente y no resuelta en el momento previo a la presentación de la solicitud y/o de la declaración jurada de salud.

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 indicada por el ASEGURADO originalmente y que programó para iniciar el VIAJE y que está especificada en las CONDICIONES PARTICULARES.

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

- Consistente con los síntomas, diagnóstico y tratamiento de la condición del ASEGURADO;
- Apropiaada en relación con las reglas de buena práctica médica.
- 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:

- El ASEGURADO
- Su cónyuge
- Cualquier 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.

Viaje: Es el período de tiempo comprendido entre la fecha de salida y llegada especificadas en las Condiciones Particulares, según corresponda, sujeto a un máximo continuo de días por viaje.

Artículo 2º: Vigencia Individual y Territorio

El derecho a las indemnizaciones y prestaciones contempladas para la presente cobertura se refiere a contingencias que ocurran a una distancia superior a doscientos (200) kilómetros contados desde el domicilio particular del ASEGURADO que figura en las Condiciones Particulares.

El inicio de la vigencia de la presente cobertura de viaje internacional se computará a partir del paso del ASEGURADO por Policía Internacional o Departamento de Migraciones, 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, lo 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 o Departamento de Migraciones;
- b) Al final de la vigencia en días indicado en las 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 siguientes países: Afganistán, Cuba, República Democrática del Congo, Irán, Iraq, Liberia, Sudán o Siria o cualquier país que ingrese a la lista OFAC, 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.

El CONTRATANTE de la PÓLIZA, deberá informar el ingreso del ASEGURADO, hasta máximo veinticuatro (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 y su ingreso será automático en la PÓLIZA. Todo ASEGURADO que no haya sido notificado y/o no haya completado los requisitos de asegurabilidad establecidos en las CONDICIONES PARTICULARES, no tendrá cobertura en el presente seguro.

Artículo 3°: Cobertura

El reembolso de los gastos en la compra de medicamentos necesarios (en virtud de la atención médica u odontológica cubierta por el seguro), sujeto al límite indicado en las Condiciones Particulares, siempre que los gastos hayan ocurrido durante el VIAJE y hayan sido prescritos por un MÉDICO.

En el caso de ser MEDICAMENTO NECESARIO, si el ASEGURADO no pudiera contar con acceso a medicamentos específicos por no encontrarse disponibles en los países donde el pasajero se encuentra durante el viaje, estos podrán ser enviados directamente desde Perú. Esto aplica siempre y cuando la discontinuidad del uso del medicamento ponga en riesgo la vida del ASEGURADO y estos hayan sido prescritos por un MÉDICO local.

Artículo 4°: Condiciones de Cobertura

- Constatada la CONDICIÓN DE PRE-EXISTENCIA, los beneficios de medicamentos serán sólo para el tratamiento de emergencia y estabilización del ASEGURADO y por ningún motivo para el tratamiento normal de la condición pre-existente, siendo estos últimos costos de responsabilidad exclusiva del ASEGURADO.
- En los casos que se constate que el ASEGURADO realizó su VIAJE con motivo del tratamiento de una ENFERMEDAD PRE-EXISTENTE, la COMPAÑÍA queda exenta de prestar sus servicios de acuerdo a esta Cláusula Adicional. La COMPAÑÍA se reserva el derecho de investigar la conexión del hecho actual con la ENFERMEDAD PRE-EXISTENTE.
- De no estar definido de otra forma en las Condiciones Particulares, todos los gastos de las coberturas B1, B2, B3 y B4, serán considerados como un gasto único combinable, no pudiendo, en la sumatoria de todos ellos, exceder el monto establecido en las Condiciones Particulares, según corresponda bajo la cobertura B1 Gastos Médicos por Accidente y/o Enfermedad Durante el Viaje.

Artículo 5°: Exclusiones

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

- a) ENFERMEDADES, CONDICIONES O LESIONES PRE-EXISTENTES 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 enfermedades anteriores al VIAJE.
- b) Participación en cualquier equipo deportivo profesional o semiprofesional y cualquier deporte o actividad riesgoso: que incluye: aviación privada, paracaidismo, ala delta, parapente, bungee jumping, alpinismo, escalada, motociclismo, artes marciales, boxeo, rodeo, rugby, equitación, polo, buceo.
- c) Suicidio, intento de suicidio o LESIÓN intencionalmente infringida por el ASEGURADO a sí mismo.
- d) 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.
- e) 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 veinticuatro (24) semanas.
- f) 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.
- g) 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.
- h) 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, como asimismo, el pago solicitado en dicho país, cualquiera sea la causa, aún cuando la permanencia en el país excluido pudiere ser considerada como fortuita para el ASEGURADO.
- i) Comisión de actos calificados como delito, así como la participación activa en rebelión, revolución, sublevación, asonadas, motín, conmoción civil, subversión y terrorismo.
- j) 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 certificados por la autoridad competente.
- k) 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.
- l) Infecciones bacterianas, excepto las infecciones piogénicas que sean consecuencia de una herida, cortadura o amputación accidental.
- m) Hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan.
- n) Tratamientos médicos o quirúrgicos distintos de los necesarios a consecuencia de lesiones o enfermedad cubiertas por esta póliza. Por tanto, si el ASEGURADO viaja al extranjero a someterse a algún tratamiento médico específico, estas prestaciones quedarán expresamente excluidas de las coberturas de la presente Cláusula Adicional.
- o) Exámenes médicos de rutina.
- p) Curas de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamiento.
- q) 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:
 - "Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida", lo definido para tal efecto por la Organización Mundial de la Salud.
 - Infección Oportunística incluye, pero no debe limitarse a Neumonía causada por Pneumocystis Carinii, Organismo de Enteritis Crónica, Infección Vírica o Infección Micobacteriana Diseminada.
 - 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.
 - 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).
- r) Tratamiento o cirugía dental, excepto por lesiones en dientes naturales sanos, ocasionados por un accidente.

- s) Todo tipo de tratamientos por obesidad.
- t) Diagnóstico y tratamiento de acné.
- u) 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.
- v) Participación en carreras, apuestas, competencias y desafíos que sean remunerados o sean la ocupación principal del asegurado.
- w) Acto delictivo cometido, en calidad de autor o cómplice, por un beneficiario o quien pudiere reclamar el monto asegurado o la indemnización.
- x) 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.
- y) 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 y/o Certificado de Seguro, según corresponda.
- z) 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.
- aa) La asistencia que consista en el suministro de prótesis, anteojos y lentes de contacto, aun cuando obedezcan a eventos ocurridos durante el viaje.
- bb) La asistencia 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.
- cc) La asistencia 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
- dd) Peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente que se ha tratado de legítima defensa.
- ee) Riesgos de radiación, reacción nuclear o atómica, o contaminación radioactiva.
- ff) Anomalías congénitas, y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías o se relacionen con ellas.
- gg) Cualquier tipo de enfermedad mental o nerviosa.

Artículo 6°: Aviso de Siniestro y Procedimiento para solicitar la cobertura

1) Aviso: Cuando se produzca algún hecho que pueda dar origen a la cobertura que otorga la presente Cláusula Adicional, el ASEGURADO debe solicitar por teléfono la asistencia correspondiente, indicando sus datos personales, el número de la PÓLIZA, el lugar donde se encuentra y la clase de servicio que precisa u otro dato que facilite su identificación al momento del uso del seguro.

Independientemente de la intervención del servicio de asistencia, el ASEGURADO o su beneficiario deberán dar aviso a la COMPAÑÍA por cualquiera de los medios de comunicación pactados, de la ocurrencia del siniestro, en un plazo no mayor a treinta (30) días calendario luego de ocurrido el suceso, o de haber tomado conocimiento del beneficio siempre y cuando el retraso obedezca a motivos de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho.

2) Documentos: En caso la gravedad del accidente o enfermedad impida al ASEGURADO llamar a la CENTRAL DE ASISTENCIA, podrá solicitar el reembolso de gastos farmacéuticos, para lo cual, el ASEGURADO deberá presentar en las oficinas de la COMPAÑÍA los siguientes documentos (en original o certificación de reproducción notarial, antes copia legalizada). El ASEGURADO o el BENEFICIARIO podrá presentar los documentos en cualquier momento, sin plazo límite específico pero antes del plazo de prescripción establecido por la normatividad vigente:

- a) Declaración escrita, con fecha y hora del accidente, el lugar y las circunstancias en que este ocurrió;
- b) Certificado del Médico que prestó los primeros auxilios a la víctima, expresando el estado del accidentado, las dolencias o daños identificados y las consecuencias conocidas o probables.
- c) Relación de gastos de curación incurridos por el ASEGURADO, debidamente fundamentados con los comprobantes de pago respectivos.

En caso se constate que el ASEGURADO realizó su viaje con motivo del tratamiento de una Enfermedad Pre-Existente, la COMPAÑÍA queda eximida de prestar sus servicios de acuerdo a esta cláusula adicional. La COMPAÑÍA, se reserva el derecho de investigar la conexión del hecho actual con la Enfermedad Pre-existente.

La COMPAÑÍA tendrá un plazo máximo de treinta (30) días contados desde la recepción completa de los documentos antes indicados, para aprobar o rechazar la solicitud de cobertura; salvo que solicite una prórroga al CONTRATANTE y/o ASEGURADO para realizar nuevas investigaciones y obtener evidencias relacionadas con el siniestro. En caso que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO no apruebe la solicitud de prórroga presentada por la COMPAÑÍA, ésta se sujetará al procedimiento establecido para tal efecto en el TUPA de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's.

En caso que la COMPAÑÍA requiera aclaraciones o precisiones adicionales, respecto a la documentación e información presentada, la COMPAÑÍA podrá realizar tal requerimiento dentro de los primeros veinte (20) días de recibida la documentación completa presentada para la solicitud de cobertura, lo que suspenderá el plazo de aprobación o rechazo hasta la presentación de la documentación e información correspondiente.

El plazo de veinte (20) días antes indicado se encuentra dentro de los treinta (30) días con el que cuenta La Aseguradora para pronunciarse sobre la aprobación o rechazo de la solicitud de cobertura.

Si la solicitud de cobertura fuese aprobada por La COMPAÑÍA o hubiese transcurrido el plazo de treinta (30) días sin pronunciamiento por parte de la COMPAÑÍA o, de ser el caso, la correspondiente prórroga, se pagará el beneficio dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes.

Seguro de Viajes - LATAM Travel

Cláusula Adicional -Traslado Médico por Emergencia

La presente Cláusula Adicional es parte accesoria de la Cobertura Principal y se regirá en todo lo que no esté expresamente estipulado en ésta, por las Condiciones Generales, de modo que solo será válida mientras la Cobertura Principal esté vigente.

Artículo 1º: Descripción de la Cobertura

El pago de los gastos hasta el máximo que figura en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, según corresponda y en caso de LESIÓN O ENFERMEDAD DE CARÁCTER SÚBITO del ASEGURADO en que resulte necesaria su Evacuación de Emergencia.

Una Evacuación de Emergencia debe ser a pedido 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 por esta cláusula 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 establecimiento de salud más cercano en donde se podrá obtener el tratamiento MÉDICO apropiado;

Que luego de haber sido tratado en un establecimiento de salud local, la condición médica del ASEGURADO haga necesario su transporte al país de la residencia habitual del ASEGURADO para recibir tratamiento médico adicional o para recuperarse.

El ámbito territorial de las coberturas se extiende a todo el mundo, exceptuando los siguientes países: Afganistán, Cuba, República Democrática del Congo, Irán, Iraq, Liberia, Sudán o Siria o cualquier país que ingrese a la lista OFAC, 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 y/o Certificado de Seguro, según corresponda.

El CONTRATANTE de la PÓLIZA, deberá informar el ingreso del ASEGURADO, hasta máximo veinticuatro (24) horas previas al viaje del ASEGURADO y la vigencia de su cobertura quedará especificada en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, según corresponda.

Todos los ASEGURADOS deberán completar los requisitos de asegurabilidad establecidos en las CONDICIONES PARTICULARES y/o Certificado de Seguro, según corresponda y su ingreso será automático en la PÓLIZA. Todo ASEGURADO que no haya sido notificado y/o no haya completado los requisitos de asegurabilidad establecidos en las CONDICIONES PARTICULARES y/o Certificado de Seguro, según corresponda, no tendrá cobertura en el presente seguro.

Artículo 2º: Condiciones de Cobertura

- En los casos de una CONDICIÓN DE PRE-EXISTENCIA, los beneficios de evacuación médica de emergencia serán sólo aplicables para el tratamiento de emergencia y estabilización del ASEGURADO descritos en el artículo anterior,

letra a) y por ningún motivo para el tratamiento normal de la condición pre-existente, siendo estos últimos costos de responsabilidad exclusiva del ASEGURADO, así como también aquellos descritos en la letra b) del párrafo anterior.

- 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. Los gastos de transporte deberán ser:
 - a) Recomendados por el MÉDICO que atienda al ASEGURADO;
 - b) Requeridos por las regulaciones estándar del medio de transporte que traslada al ASEGURADO;
 - c) Acordados y autorizados anticipadamente por LA COMPAÑÍA.

Artículo 3º: Exclusiones

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

- a) Enfermedades, condiciones o lesiones 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 enfermedades anteriores al VIAJE.
- b) Participación en cualquier equipo deportivo profesional o semiprofesional y cualquier deporte o actividad riesgoso: que incluye: aviación privada, paracaidismo, ala delta, parapente, bungee jumping, alpinismo, escalada, motociclismo, artes marciales, boxeo, rodeo, rugby, equitación, polo, buceo.
- c) Suicidio, intento de suicidio o LESIÓN intencionalmente infringida por el ASEGURADO a sí mismo.
- d) 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.
- e) 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 veinticuatro (24) semanas.
- f) 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.
- g) Las enfermedades epidémicas y sus consecuencias, que provengan 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.
- h) 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 y/o Certificado de Seguro, según corresponda, como asimismo, el pago solicitado en dicho país, cualquiera sea la causa, aún cuando la permanencia en el país excluido pudiere ser considerada como fortuita para el ASEGURADO.
- i) Comisión de actos calificados como delito, así como la participación activa en rebelión, revolución, sublevación, asonadas, motín, conmoción civil, subversión y terrorismo.
- j) 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 certificados por la autoridad competente.
- k) 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.
- l) Infecciones bacterianas, excepto las infecciones piogénicas que sean consecuencia de una herida, cortadura o amputación accidental.
- m) Hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan.
- n) Tratamientos médicos o quirúrgicos distintos de los necesarios a consecuencia de lesiones o enfermedad cubiertas por esta póliza. Por tanto, si el ASEGURADO viaja al extranjero a someterse a algún tratamiento médico específico, estas prestaciones quedarán expresamente excluidas de las coberturas de la presente PÓLIZA.
- o) Exámenes médicos de rutina.
- p) Curas de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamiento.
- q) Una infección oportunista, 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:

- "Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida", lo definido para tal efecto por la Organización Mundial de la Salud.
- Infección oportunista incluye, pero no debe limitarse a Neumonía causada por PneumocystisCarinii, Organismo de Enteritis Crónica, Infección Vírica o Infección Micobacteriana Diseminada.
- 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.
- 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).
- r) Tratamiento o cirugía dental, excepto por lesiones en dientes naturales sanos, ocasionados por un accidente.
- s) Todo tipo de tratamientos por obesidad.
- t) Diagnóstico y tratamiento de acné.
- u) 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.
- v) Participación en carreras, apuestas, competencias y desafíos que sean remunerados o sean la ocupación principal del asegurado.
- w) Acto delictivo cometido, en calidad de autor o cómplice, por un beneficiario o quien pudiere reclamar el monto asegurado o la indemnización.
- x) 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.
- y) 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 y/o Certificado de Seguro, según corresponda.
- z) 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.
- aa) La asistencia que consista en el suministro de prótesis, anteojos y lentes de contacto, aun cuando obedezcan a eventos ocurridos durante el viaje.
- bb) La asistencia por cualquier acontecimiento, pérdida, lesión, daño o responsabilidad legal que se produzca como consecuencia 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.
- cc) La asistencia por cualquier pérdida, lesión, daño o responsabilidad legal que sufra una persona terrorista o miembro de una organización terrorista, traficante de drogas, o proveedor de armas nucleares, químicas o biológicas
- dd) Peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca a través de indicios razonables que se ha tratado de legítima defensa.
- ee) Riesgos de radiación, reacción nuclear o atómica, o contaminación radioactiva.
- ff) Anomalías congénitas, y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías o se relacionen con ellas.
- gg) Cualquier tipo de enfermedad mental o nerviosa.

Artículo 4°: Terminación de la Cobertura

La cobertura prevista por esta Cláusula Adicional cesará en la fecha en que termine(n) la(s) cobertura(s) principal(es), cualquiera sea la causa.

Artículo 5°: Aviso de Siniestro y Procedimiento para solicitar la cobertura

1) Aviso: Cuando se produzca algún hecho que pueda dar origen a la cobertura que otorga la presente Cláusula Adicional, el ASEGURADO debe solicitar por teléfono la asistencia correspondiente, indicando sus datos personales, el lugar donde se encuentra y la clase de servicio que precisa u otro dato que facilite su identificación al momento del uso del seguro. Independientemente de la intervención del servicio de asistencia, el ASEGURADO o su beneficiario deberán dar aviso a la COMPAÑÍA por cualquiera de los medios de comunicación pactados, de la ocurrencia del siniestro, en un plazo no mayor a treinta (30) días calendario luego de ocurrido el suceso, o de haber tomado conocimiento del beneficio, siempre y cuando el retraso obedezca a motivos de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho.

2) Documentos: En caso que la gravedad del accidente o enfermedad impida al ASEGURADO llamar a la CENTRAL DE ASISTENCIA, podrá solicitar el reembolso de gastos de transporte y/o suministros médicos, para lo cual, el ASEGURADO deberá presentar en las oficinas de la COMPAÑÍA los siguientes documentos (en original o certificación de reproducción notarial, antes copia legalizada). El ASEGURADO o el BENEFICIARIO podrá presentar los documentos en cualquier momento, sin plazo límite específico pero antes del plazo de prescripción establecido por la normatividad vigente:

- a) Declaración escrita, con fecha y hora del accidente, el lugar y las circunstancias en que este ocurrió;
- b) Certificado del Médico que prestó los primeros auxilios a la víctima, expresando el estado del accidentado, las dolencias o daños identificados y las consecuencias conocidas o probables.
- c) Relación de gastos de curación incurridos por el ASEGURADO, debidamente fundamentados con los comprobantes de pago respectivos.

En caso se constate que el ASEGURADO realizó su viaje con motivo del tratamiento de una Enfermedad Pre-Existente, la COMPAÑÍA queda eximida de prestar sus servicios de acuerdo a esta cláusula adicional. La COMPAÑÍA, se reserva el derecho de investigar la conexión del hecho actual con la Enfermedad Pre-existente.

Seguro de Viajes - LATAM Travel

Cláusula Adicional - Reembolso de Gastos por Demora de Equipaje

La presente Cláusula Adicional es parte accesoria de la Cobertura Principal y se regirá en todo lo que no esté expresamente estipulado en ésta, por las Condiciones Generales, de modo que solo será válida mientras la Cobertura Principal esté vigente.

Artículo 1º: Definiciones

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 este seguro.

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

Fecha de Llegada: Es la fecha que el ASEGURADO originalmente programó como regreso de su VIAJE y que está especificada en las CONDICIONES PARTICULARES y/o Certificado de Seguro, según corresponda.

Fecha de Salida: Es la fecha indicada por el ASEGURADO originalmente y que programó para iniciar el VIAJE y que está especificada en las CONDICIONES PARTICULARES y/o Certificado de Seguro, según corresponda.

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, requiera el pago de un pasaje. Se considerarán como Transporte Público Autorizado a los siguientes medios de transporte: Tren, Bus, avión y crucero marítimo.

Viaje: Es el período de tiempo comprendido entre la fecha de salida y llegada especificadas en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, según corresponda, sujeto a un máximo continuo de días por viaje.

Artículo 2º: Vigencia Individual y Territorio

El derecho a las indemnizaciones y prestaciones contempladas para la presente cobertura se refiere a contingencias que ocurran a una distancia superior a doscientos (200) kilómetros contados desde el domicilio particular del ASEGURADO que figura en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, según corresponda.

El inicio de la vigencia de la presente cobertura de viaje internacional se computará a partir del paso del ASEGURADO por Policía Internacional o Departamento de Migraciones, 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 y/o Certificado de Seguro, según corresponda, si esta es posterior a la fecha de embarque.

La protección termina en cualquiera de las siguientes fechas, lo que ocurra primero:

- 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 o Departamento de Migraciones;
- Al final de la vigencia en días indicado en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, según corresponda;
- Al final del plazo de VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

El ámbito territorial de las coberturas se extiende a todo el mundo, exceptuando los siguientes países: Afganistán, Cuba, República Democrática del Congo, Irán, Iraq, Liberia, Sudán o Siria o cualquier país que ingrese a la lista OFAC, 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 y/o Certificado de Seguro, según corresponda.

El CONTRATANTE de la PÓLIZA, deberá informar el ingreso del ASEGURADO, hasta máximo veinticuatro (24) horas previas al viaje del ASEGURADO y la vigencia de su cobertura quedará especificada en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, según corresponda.

Todos los ASEGURADOS deberán completar los requisitos de asegurabilidad establecidos en las CONDICIONES PARTICULARES y/o Certificado de Seguro, según corresponda y su ingreso será automático en la PÓLIZA. Todo ASEGURADO que no haya sido notificado y/o no haya completado los requisitos de asegurabilidad establecidos en las CONDICIONES PARTICULARES y/o Certificado de Seguro, según corresponda, no tendrá cobertura en el presente seguro.

Artículo 3°: Cobertura

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 Irregular Report) o su equivalente. La COMPAÑÍA otorgará este beneficio, por evento, cuando el equipaje no haya llegado hasta treinta y seis (36) horas después del horario de llegada del ASEGURADO al destino indicado en su billete 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 las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, según corresponda, pagadero a razón de una cuarta parte de dicho máximo por cada veinticuatro (24) horas adicionales que el equipaje del ASEGURADO se atrase.

El recuento de horas de retraso del equipaje del ASEGURADO será contabilizado luego de las treinta y seis (36) indicadas, o lo indicado en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, según corresponda.

Artículo 4°: Exclusiones

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

- a) 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 certificados por la autoridad competente.
- b) 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.
- c) 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.
- d) 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.
- e) La asistencia por cualquier acontecimiento, pérdida, lesión, daño o responsabilidad legal que se produzca como consecuencia 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.
- f) Cualquier tipo de enfermedad mental o nerviosa.
- g) Si el EQUIPAJE se confisca o retiene por parte de la Aduana, Departamento de Migraciones u otra autoridad gubernamental;

- h) Si el ASEGURADO es miembro u operador de la tripulación en el medio de TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO que dio origen al suceso;
- i) 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.
- j) Si el ASEGURADO no ha tomado las medidas necesarias para salvaguardar o recuperar el EQUIPAJE perdido.

Artículo 5°: Aviso de Siniestro y Procedimiento para solicitar la cobertura

1) Aviso: Cuando se produzca algún hecho que pueda dar origen a la cobertura que otorga la presente Cláusula Adicional, el ASEGURADO debe solicitar por teléfono la asistencia correspondiente, indicando sus datos personales, el número de la PÓLIZA, el lugar donde se encuentra y la clase de servicio que precisa u otro dato que facilite su identificación al momento del uso del seguro.

Independientemente de la intervención del servicio de asistencia, el ASEGURADO o su beneficiario deberán dar aviso a la COMPAÑÍA por cualquiera de los medios de comunicación pactados, de la ocurrencia del siniestro, en un plazo no mayor a treinta (30) días calendario luego de ocurrido el suceso, o de haber tomado conocimiento del beneficio, siempre y cuando el retraso obedezca a motivos de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho.

2) Documentos: En caso el ASEGURADO no pueda llamar a la CENTRAL DE ASISTENCIA, podrá solicitar el beneficio indicado en la presente cobertura, para lo cual, el ASEGURADO deberá presentar en las oficinas de la COMPAÑÍA los siguientes documentos (en original o certificación de reproducción notarial, antes copia legalizada). El ASEGURADO o el BENEFICIARIO podrá presentar los documentos en cualquier momento, sin plazo límite específico pero antes del plazo de prescripción establecido por la normatividad vigente:

- Tarjeta de embarque o billete del TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO;
- Comprobantes de gastos con compras de efectos personales;
- Informe comprobante de la pérdida emitido por el TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO responsable (PIR-Property Irregularity Report), del EQUIPAJE extraviado;
- Ticket del EQUIPAJE.

La COMPAÑÍA tendrá un plazo máximo de treinta (30) días contados desde la recepción completa de los documentos antes indicados, para aprobar o rechazar la solicitud de cobertura; salvo que solicite una prórroga al CONTRATANTE y/o ASEGURADO para realizar nuevas investigaciones y obtener evidencias relacionadas con el siniestro. En caso que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO no apruebe la solicitud de prórroga presentada por la COMPAÑÍA, ésta se sujetará al procedimiento establecido para tal efecto en el TUPA de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's.

En caso que la COMPAÑÍA requiera aclaraciones o precisiones adicionales, respecto a la documentación e información presentada, la COMPAÑÍA podrá realizar tal requerimiento dentro de los primeros veinte (20) días de recibida la documentación completa presentada para la solicitud de cobertura, lo que suspenderá el plazo de aprobación o rechazo hasta la presentación de la documentación e información correspondiente.

El plazo de veinte (20) días antes indicado se encuentra dentro de los treinta (30) días con el que cuenta La Aseguradora para pronunciarse sobre la aprobación o rechazo de la solicitud de cobertura.

Si la solicitud de cobertura fuese aprobada por La COMPAÑÍA o hubiese transcurrido el plazo de treinta (30) días sin pronunciamiento por parte de la COMPAÑÍA o, de ser el caso, la correspondiente prórroga, se pagará el beneficio dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes.

Seguro de Viajes - LATAM Travel

Cláusula Adicional - Costo de Pasaje para Acompañante en caso de Hospitalización Prolongada

La presente Cláusula Adicional cubre riesgos adicionales a los de las Coberturas Principales y se regirá, en todo lo que no esté expresamente estipulado en ésta, por las Condiciones Generales de la Póliza, de modo que sólo será válida y regirá mientras las coberturas principales lo sean y estén vigentes.

Artículo 1° Vigencia Individual y Territorio

El derecho a las indemnizaciones y prestaciones contempladas para la presente cláusula adicional se limita a contingencias que ocurran a una distancia superior a doscientos (200) kilómetros contados desde el domicilio particular del ASEGURADO que figura en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, según corresponda.

El inicio de la vigencia de la presente cobertura de viaje internacional se computará a partir del paso del ASEGURADO por Policía Internacional o Departamento de Migraciones, 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 y/o Certificado de Seguro, según corresponda, si esta es posterior a la fecha de embarque.

La protección termina en cualquiera de las siguientes fechas, lo 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 o Departamento de Migraciones;
- b) Al final de la vigencia en días indicado en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, según corresponda;
- c) Al final del plazo de VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

El ámbito territorial de las coberturas se extiende a todo el mundo, exceptuando los siguientes países: Afganistán, Cuba, República Democrática del Congo, Irán, Iraq, Liberia, Sudán o Siria o cualquier país que ingrese a la lista OFAC, 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 y/o Certificado de Seguro, según corresponda.

El CONTRATANTE de la PÓLIZA, deberá informar el ingreso del ASEGURADO, hasta máximo veinticuatro (24) horas previas al viaje del ASEGURADO y la vigencia de su cobertura quedará especificada en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, según corresponda.

Todos los ASEGURADOS deberán completar los requisitos de asegurabilidad establecidos en las CONDICIONES PARTICULARES y/o Certificado de Seguro, según corresponda y su ingreso será automático en la PÓLIZA. Todo ASEGURADO que no haya sido notificado y/o no haya completado los requisitos de asegurabilidad establecidos en las CONDICIONES PARTICULARES y/o Certificado de Seguro, según corresponda, no tendrá cobertura en el presente seguro.

Artículo 2° Cobertura

LA COMPAÑÍA se obliga, mediante el cobro de una prima adicional, a otorgar un pasaje aéreo, clase económica, de ida y vuelta, para que una persona adulta designada por el ASEGURADO pueda acompañarlo, en caso los Médicos del Servicio de Asistencia prescribieran la hospitalización de EL ASEGURADO por un periodo superior al número de días indicados en las Condiciones Particulares, Solicitud Certificado o Certificado de Seguro y éste se encuentre de viaje solo o en compañía de un menor de 16 años de edad.

En caso de que el ASEGURADO no pueda designar un acompañante, el pasaje aéreo se será para el cónyuge o cualquier pariente en primer grado y que sea mayor de edad.

Para tales efectos, es necesario que se solicite de forma previa a la emisión del pasaje aéreo a la Central de Asistencia y sea debidamente autorizado por la COMPAÑÍA.

La Suma Asegurada Máxima, el número de eventos amparados y/o el periodo de carencia, si llegará a aplicar, se encuentran especificados en las Condiciones Particulares, Solicitud Certificado o Certificado de Seguro.

Artículo 4° Exclusiones

LA COMPAÑÍA no pagará la indemnización correspondiente cuando el siniestro ocurra como consecuencia de:

- a) Enfermedades o dolencias preexistentes al viaje del ASEGURADO y cualquiera de sus consecuencias, incluyendo convalecencia y alteraciones durante tratamientos que no se encuentran todavía en una etapa consolidada y las secuelas de enfermedades anteriores al viaje.
- b) 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
- c) Intento de suicidio o lesión intencionalmente infringida por el asegurado a sí mismo.
- d) 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;
- e) 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;
- f) 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;
- g) 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.
- h) 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.
- i) Comisión de actos calificados como delito, así como la participación activa en rebelión, revolución, sublevación, asonadas, motín, conmoción civil, subversión y terrorismo.
- j) 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.
- k) 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.
- l) Infecciones bacterianas, excepto las infecciones piogénicas que sean consecuencia de una herida, cortadura o amputación accidental.
- m) Hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan.
- n) Tratamientos médicos o quirúrgicos distintos de los necesarios a consecuencia de lesiones o enfermedad cubiertas 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.
- o) Exámenes médicos de rutina.
- p) Curas de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamiento.
- q) Una infección oportunistica, o un neoplasma maligno (cáncer), si al momento de la muerte o enfermedad el asegurado padecía o era portador del síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

Artículo 5° Terminación de la Cláusula Adicional

La cobertura prevista en esta Cláusula Adicional cesará en la fecha en que termine la cobertura principal, cualquiera sea la causa, o en caso de indemnización del evento ASEGURADO en el presente documento.

Artículo 6° Aviso de Siniestro y Procedimiento para solicitar la Cobertura

Si ocurriera un evento que diera lugar a una solicitud de cobertura bajo la presente cláusula adicional, el ASEGURADO deberá cumplir con lo siguiente:

- a) **Aviso:** Cuando se produzca algún hecho que pueda dar origen a la cobertura que otorga la presente Cláusula Adicional, el ASEGURADO debe solicitar por teléfono la asistencia correspondiente, indicando sus datos personales, el número de la PÓLIZA, el lugar donde se encuentra y la clase de servicio que precisa u otro dato que facilite su identificación al momento del uso del seguro.

Independientemente de la intervención del servicio de asistencia, el ASEGURADO o su beneficiario deberán dar aviso a la COMPAÑÍA por cualquiera de los medios de comunicación pactados, de la ocurrencia del siniestro, en un plazo no mayor a treinta (30) días calendario luego de ocurrido el suceso, o de haber tomado conocimiento del beneficio, o después de dicho plazo, siempre y cuando el retraso obedezca a motivos de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho.

- b) Presentar en la oficina principal de la COMPAÑÍA o del Comercializador los siguientes documentos (en original o certificación de reproducción notarial -antes copia legalizada):
- Documento de Identidad del ASEGURADO.
 - Boleto de Avión del Acompañante
 - Documento de Identidad del Acompañante.

La COMPAÑÍA tendrá un plazo máximo de treinta (30) días contados desde la recepción completa de los documentos antes indicados, para aprobar o rechazar la solicitud de cobertura; salvo que solicite una prórroga al ASEGURADO para realizar nuevas investigaciones y obtener evidencias relacionadas con el siniestro. En caso que el ASEGURADO no apruebe la solicitud de prórroga presentada por la COMPAÑÍA, ésta se sujetará al procedimiento establecido para tal efecto en el TUPA de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's.

Cuando La COMPAÑÍA lo considere conveniente, podrá requerir una entrevista personal con el ASEGURADO o documentación adicional, con el fin de obtener las aclaraciones y/o precisiones necesarias acerca del evento o siniestro ocurrido. Ello se solicitará dentro de los primeros veinte (20) días del plazo de treinta (30) días con los que cuenta la COMPAÑÍA, para aprobar o rechazar el siniestro.

Seguro de Viajes - LATAM Travel

Cláusula Adicional - Costo de Alojamiento del Acompañante

La presente Cláusula Adicional cubre riesgos adicionales a los de las Coberturas Principales y se regirá, en todo lo que no esté expresamente estipulado en ésta, por las Condiciones Generales de la Póliza, de modo que sólo será válida y regirá mientras las coberturas principales lo sean y estén vigentes.

Artículo 1° Vigencia Individual y Territorio

El derecho a las indemnizaciones y prestaciones contempladas para la presente cláusula adicional se limita a contingencias que ocurran a una distancia superior a doscientos (200) kilómetros contados desde el domicilio particular del ASEGURADO que figura en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, según corresponda.

El inicio de la vigencia de la presente cobertura de viaje internacional se computará a partir del paso del ASEGURADO por Policía Internacional o Departamento de Migraciones, 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 y/o Certificado de Seguro, según corresponda, si esta es posterior a la fecha de embarque.

La protección termina en cualquiera de las siguientes fechas, lo que ocurra primero:

- 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 o Departamento de Migraciones;
- Al final de la vigencia en días indicado en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, según corresponda;
- Al final del plazo de VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

El ámbito territorial de las coberturas se extiende a todo el mundo, exceptuando los siguientes países: Afganistán, Cuba, República Democrática del Congo, Irán, Iraq, Liberia, Sudán o Siria o cualquier país que ingrese a la lista OFAC, 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 y/o Certificado de Seguro, según corresponda.

El CONTRATANTE de la PÓLIZA, deberá informar el ingreso del ASEGURADO, hasta máximo veinticuatro (24) horas previas al viaje del ASEGURADO y la vigencia de su cobertura quedará especificada en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, según corresponda.

Todos los ASEGURADOS deberán completar los requisitos de asegurabilidad establecidos en las CONDICIONES PARTICULARES y/o Certificado de Seguro, según corresponda y su ingreso será automático en la PÓLIZA. Todo ASEGURADO que no haya sido notificado y/o no haya completado los requisitos de asegurabilidad establecidos en las CONDICIONES PARTICULARES y/o Certificado de Seguro, según corresponda, no tendrá cobertura en el presente seguro.

Artículo 2° Cobertura

LA COMPAÑÍA se obliga, mediante el cobro de una prima adicional, a efectuar el pago o reembolso al ASEGURADO de los gastos diarios de hospedaje en Hotel en que tenga que incurrir el Acompañante del ASEGURADO que haya tenido que viajar con ocasión de la aplicación de la Cobertura de Costo de Pasaje para Acompañante en caso de Hospitalización Prolongada.

Esta cobertura solo se brindará de forma conjunta con la cobertura adicional de Cobertura de Costo de Pasaje para Acompañante en caso de Hospitalización Prolongada.

Únicamente se realizará el pago o reembolso por concepto de alojamiento u hospedaje (sin extras de alimentación y comunicaciones).

La Suma Asegurada Máxima, el número de días máximo por evento amparado y/o el periodo de carencia, si llegará a aplicar, se encuentran especificados en las Condiciones Particulares, Solicitud Certificado o Certificado de Seguro.

Los gastos deberán ser previamente autorizados por la COMPAÑÍA y en coordinación con la CENTRAL DE ASISTENCIA.

Artículo 4° Exclusiones

LA COMPAÑÍA no pagará la indemnización correspondiente cuando el siniestro ocurra como consecuencia de:

- r) Enfermedades o dolencias preexistentes al viaje del ASEGURADO y cualquiera de sus consecuencias, incluyendo convalecencia y alteraciones durante tratamientos que no se encuentran todavía en una etapa consolidada y las secuelas de enfermedades anteriores al viaje.
- s) 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
- t) Suicidio, intento de suicidio o lesión intencionalmente infringida por el asegurado a sí mismo.
- u) 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;
- v) 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;
- w) 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;
- x) 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.
- y) 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.
- z) Comisión de actos calificados como delito, así como la participación activa en rebelión, revolución, sublevación, asonadas, motín, conmoción civil, subversión y terrorismo.
- aa) 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.
- bb) 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.
- cc) Infecciones bacterianas, excepto las infecciones piogénicas que sean consecuencia de una herida, cortadura o amputación accidental.
- dd) Hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan.
- ee) Tratamientos médicos o quirúrgicos distintos de los necesarios a consecuencia de lesiones o enfermedad cubiertas 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.
- ff) Exámenes médicos de rutina.
- gg) Curas de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamiento.
- hh) 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.

Artículo 5° Terminación de la Cláusula Adicional

La cobertura prevista en esta Cláusula Adicional cesará en la fecha en que termine la cobertura principal, cualquiera sea la causa, o en caso de indemnización del evento ASEGURADO en el presente documento.

Artículo 6° Aviso de Siniestro y Procedimiento para solicitar la Cobertura

Si ocurriera un evento que diera lugar a una solicitud de cobertura bajo la presente cláusula adicional, el ASEGURADO deberá cumplir con lo siguiente:

- a) **Aviso:** Cuando se produzca algún hecho que pueda dar origen a la cobertura que otorga la presente Cláusula Adicional, el ASEGURADO debe solicitar por teléfono la asistencia correspondiente, indicando sus datos personales, el número de la PÓLIZA, el lugar donde se encuentra y la clase de servicio que precisa u otro dato que facilite su identificación al momento del uso del seguro.

Independientemente de la intervención del servicio de asistencia, el ASEGURADO o su beneficiario deberán dar aviso a la COMPAÑÍA por cualquiera de los medios de comunicación pactados, de la ocurrencia del siniestro, en un plazo no mayor a treinta (30) días calendario luego de ocurrido el suceso, o de haber tomado conocimiento del beneficio, o después de dicho plazo, siempre y cuando el retraso obedezca a motivos de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho.

- b) Presentar en la oficina principal de la COMPAÑÍA o del Comercializador los siguientes documentos (en original o certificación de reproducción notarial -antes copia legalizada):
- Documento de Identidad del ASEGURADO.
 - Documento que acredite el pago del hotel.
 - Documento que acredite la Hospitalización Prolongada del ASEGURADO.

La COMPAÑÍA tendrá un plazo máximo de treinta (30) días contados desde la recepción completa de los documentos antes indicados, para aprobar o rechazar la solicitud de cobertura; salvo que solicite una prórroga al ASEGURADO para realizar nuevas investigaciones y obtener evidencias relacionadas con el siniestro. En caso que el ASEGURADO no apruebe la solicitud de prórroga presentada por la COMPAÑÍA, ésta se sujetará al procedimiento establecido para tal efecto en el TUPA de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's.

Cuando La COMPAÑÍA lo considere conveniente, podrá requerir una entrevista personal con el ASEGURADO o documentación adicional, con el fin de obtener las aclaraciones y/o precisiones necesarias acerca del evento o siniestro ocurrido. Ello se solicitará dentro de los primeros veinte (20) días del plazo de treinta (30) días con los que cuenta la COMPAÑÍA, para aprobar o rechazar el siniestro.

Seguro de Viajes - LATAM Travel

Cláusula Adicional - Adicional de Recuperación en Hotel

La presente Cláusula Adicional cubre riesgos adicionales a los de las Coberturas Principales y se regirá, en todo lo que no esté expresamente estipulado en ésta, por las Condiciones Generales de la Póliza, de modo que sólo será válida y regirá mientras las coberturas principales lo sean y estén vigentes.

Artículo 1° Definiciones

Convalecencia: Período en el cual el ASEGURADO se está recuperando de una enfermedad o accidente.

Hospitalización: Reclusión de una persona dentro de una Institución Hospitalaria como paciente interno por un periodo superior al indicado en las Condiciones Particulares, Certificado de Seguro o Solicitud Certificado; bajo la supervisión de un médico autorizado. **No se considerará hospitalización el internamiento del paciente por un periodo inferior a veinticuatro (24) horas.**

Institución Hospitalaria: Establecimiento legalmente constituido de acuerdo a las leyes del Perú y que cumple los siguientes requisitos: a) Opera para la atención médica de pacientes internos enfermos o lesionados; b) Mantiene instalaciones organizadas para el diagnóstico, tratamiento y cirugía así como unidades de cuidados intensivos para los pacientes, dentro del mismo establecimiento en facilidades controladas por ese establecimiento; c) Proporciona servicio de enfermería a tiempo completo bajo la supervisión del equipo de enfermería. **Para los efectos de esta póliza no se consideran instituciones hospitalarias: a) Una institución mental o utilizada para el tratamiento de enfermedades psiquiátricas o bien el departamento psiquiátrico de una Institución Hospitalaria; b) Institutos sanatorios en los cuales se presta servicio de cuidados de larga duración tales como curas de reposo, geriatría, drogadicción, alcohólicos o bien terapias ocupacionales.**

Médico: Profesional debidamente autorizado como profesional de la salud según la normativa vigente del país donde se encuentre el ASEGURADO de viaje.

Artículo 2° Vigencia Individual y Territorio

El derecho a las indemnizaciones y prestaciones contempladas para la presente cláusula adicional se limita a contingencias que ocurran a una distancia superior a doscientos (200) kilómetros contados desde el domicilio particular del ASEGURADO que figura en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, según corresponda.

El inicio de la vigencia de la presente cobertura de viaje internacional se computará a partir del paso del ASEGURADO por Policía Internacional o Departamento de Migraciones, 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 y/o Certificado de Seguro, según corresponda, si esta es posterior a la fecha de embarque.

La protección termina en cualquiera de las siguientes fechas, lo que ocurra primero:

- 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 o Departamento de Migraciones;
- Al final de la vigencia en días indicado en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, según corresponda;
- Al final del plazo de VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

El ámbito territorial de las coberturas se extiende a todo el mundo, exceptuando los siguientes países: Afganistán, Cuba, República Democrática del Congo, Irán, Iraq, Liberia, Sudán o Siria o cualquier país que ingrese a la lista OFAC, 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, según corresponda.

El CONTRATANTE de la PÓLIZA, deberá informar el ingreso del ASEGURADO, hasta máximo veinticuatro (24) horas previas al viaje del ASEGURADO y la vigencia de su cobertura quedará especificada en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, según corresponda.

Todos los ASEGURADOS deberán completar los requisitos de asegurabilidad establecidos en las CONDICIONES PARTICULARES y/o Certificado de Seguro, según corresponda y su ingreso será automático en la PÓLIZA. Todo ASEGURADO que no haya sido notificado y/o no haya completado los requisitos de asegurabilidad establecidos en las CONDICIONES PARTICULARES y/o Certificado de Seguro, según corresponda, no tendrá cobertura en el presente seguro.

Artículo 3° Cobertura

LA COMPAÑÍA se obliga, mediante el cobro de una prima adicional, a reembolsar al ASEGURADO, el costo de estadía diaria en el Hotel, si debido a un accidente o enfermedad, el médico de una Institución Hospitalaria donde se encuentre el ASEGURADO y el Equipo Médico designado por la COMPAÑÍA, determinan la necesidad de prorrogar el periodo de estadía del ASEGURADO en el país donde se viene llevando a cabo el viaje; por convalecencia, después de que fue dado de alta de la citada Institución Hospitalaria.

Los 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.

La cobertura solo se brindará cuando el ASEGURADO haya estado hospitalizado al menos el número de días indicados en las Condiciones Particulares, Solicitud Certificado o Certificado de Seguro.

La Suma Asegurada Máxima, el número de eventos amparados y/o el periodo de carencia, si llegará a aplicar, se encuentran especificados en las Condiciones Particulares, Solicitud Certificado o Certificado de Seguro.

Artículo 4° Exclusiones

LA COMPAÑÍA no pagará la indemnización correspondiente cuando el siniestro ocurra como consecuencia de:

- a) Dolo o la participación del ASEGURADO en la comisión algún delito, conforme a los alcances que la normativa vigente en el lugar donde el ASEGURADO se encuentre de viaje.
- b) El estado de embriaguez del ASEGURADO. Para tal efecto, se considerará estado de embriaguez cuando el ASEGURADO se niegue a practicarse el examen de alcoholemia u otro que corresponda, o cuando habiéndosele practicado, éste arroje un resultado mayor a 0.50 gr. /lt. de alcohol en la sangre al momento del siniestro. Para la aplicación de esta exclusión se tomará como referencia el ratio de 0.15 gramos de alcohol por litro de sangre como promedio de metabolización del alcohol por el organismo por hora. Este ratio se aplicará al lapso transcurrido entre la hora del siniestro que consta en el Informe o Atestado Policial y la hora de dosaje.
- c) Enfermedad o lesión pre-existentes al momento de contratar este seguro, entendidas estas como cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado o cualquier lesión, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la contratación del presente seguro.
- d) Intento de suicidio, auto mutilación o auto lesión.
- e) Curas de Reposo.
- f) Embarazo, parto, aborto o cualquier enfermedad o complicación surgida a causa de estos hechos.
- g) Anomalías congénitas, y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías, o se relacione directamente con ellas.

- h) Cualquier diagnóstico realizado por un acupunturista, homeópata, u otra persona que no sea médico legalmente habilitado para ejercer la profesión.
- i) Internamiento en un establecimiento que no reúna los requisitos descritos en las Definiciones.

Artículo 5° Terminación de la Cláusula Adicional

La cobertura prevista en esta Cláusula Adicional cesará en la fecha en que termine la cobertura principal, cualquiera sea la causa, o en caso de indemnización del evento ASEGURADO en el presente documento.

Artículo 6° Aviso de Siniestro y Procedimiento para solicitar la Cobertura

Si ocurriera un evento que diera lugar a una solicitud de cobertura bajo la presente cláusula adicional, el ASEGURADO deberá cumplir con lo siguiente:

- a) **Aviso:** Cuando se produzca algún hecho que pueda dar origen a la cobertura que otorga la presente Cláusula Adicional, el ASEGURADO debe solicitar por teléfono la asistencia correspondiente, indicando sus datos personales, el número de la PÓLIZA, el lugar donde se encuentra y la clase de servicio que precisa u otro dato que facilite su identificación al momento del uso del seguro.

Independientemente de la intervención del servicio de asistencia, el ASEGURADO o su beneficiario deberán dar aviso a la COMPAÑÍA por cualquiera de los medios de comunicación pactados, de la ocurrencia del siniestro, en un plazo no mayor a treinta (30) días calendario luego de ocurrido el suceso, o de haber tomado conocimiento del beneficio, o después de dicho plazo, siempre y cuando el retraso obedezca a motivos de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho.

- b) Presentar en la oficina principal de la COMPAÑÍA o del Comercializador los siguientes documentos (en original o certificación de reproducción notarial -antes copia legalizada):
 - Documento de Identidad del ASEGURADO.
 - Certificados médicos con diagnósticos, en los cuales se indique motivo de la hospitalización y periodo de tiempo de la misma.
 - Comprobantes de pago legalmente emitidos por las instituciones hospitalarias.
 - Documento de identidad del ASEGURADO.
 - Resultado de Dosaje Etílico y/o Resultado de Análisis Toxicológico o documento equivalente en el país donde ocurre el siniestro, cuando corresponda.
 - Comprobantes de pago legalmente emitidos por el hotel, cuando corresponda.

La COMPAÑÍA tendrá un plazo máximo de treinta (30) días contados desde la recepción completa de los documentos antes indicados, para aprobar o rechazar la solicitud de cobertura; salvo que solicite una prórroga al ASEGURADO para realizar nuevas investigaciones y obtener evidencias relacionadas con el siniestro. En caso que el ASEGURADO no apruebe la solicitud de prórroga presentada por la COMPAÑÍA, ésta se sujetará al procedimiento establecido para tal efecto en el TUPA de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's.

Cuando La COMPAÑÍA lo considere conveniente, podrá requerir una entrevista personal con el ASEGURADO o documentación adicional, con el fin de obtener las aclaraciones y/o precisiones necesarias acerca del evento o siniestro ocurrido. Ello se solicitará dentro de los primeros veinte (20) días del plazo de treinta (30) días con los que cuenta la COMPAÑÍA, para aprobar o rechazar el siniestro.

Seguro de Viajes - LATAM Travel

Cláusula Adicional - Reembolso de Gastos por Retraso del Viaje

La presente Cláusula Adicional es parte accesoria de la Cobertura Principal y se regirá en todo lo que no esté expresamente estipulado en ésta, por las Condiciones Generales, de modo que solo será válida mientras la Cobertura Principal esté vigente.

Artículo 1º: Definiciones

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 este seguro.

Fecha de Llegada: Es la fecha que el ASEGURADO originalmente programó como regreso de su VIAJE y que está especificada en las CONDICIONES PARTICULARES y/o Certificado de Seguro, según corresponda.

Fecha de Salida: Es la fecha indicada por el ASEGURADO originalmente y que programó para iniciar el VIAJE y que está especificada en las CONDICIONES PARTICULARES y/o Certificado de Seguro, según corresponda.

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, requiera el pago de un pasaje. Se considerarán como Transporte Público Autorizado a los siguientes medios de transporte: Tren, Bus, avión y crucero marítimo.

Viaje: Es el período de tiempo comprendido entre la fecha de salida y llegada especificadas en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, según corresponda, sujeto a un máximo continuo de días por viaje.

Artículo 2º: Vigencia Individual y Territorio

El derecho a las indemnizaciones y prestaciones contempladas para la presente cobertura se refiere a contingencias que ocurran a una distancia superior a doscientos (200) kilómetros contados desde el domicilio particular del ASEGURADO que figura en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, según corresponda.

El inicio de la vigencia de la presente cobertura de viaje internacional se computará a partir del paso del ASEGURADO por Policía Internacional o Departamento de Migraciones, 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 y/o Certificado de Seguro, según corresponda, si esta es posterior a la fecha de embarque.

La protección termina en cualquiera de las siguientes fechas, lo que ocurra primero:

- 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 o Departamento de Migraciones;
- Al final de la vigencia en días indicado en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, según corresponda;
- Al final del plazo de VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

El ámbito territorial de las coberturas se extiende a todo el mundo, exceptuando los siguientes países: Afganistán, Cuba, República Democrática del Congo, Irán, Iraq, Liberia, Sudán o Siria o cualquier país que ingrese a la lista OFAC, 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 y/o Certificado de Seguro, según corresponda.

El CONTRATANTE de la PÓLIZA, deberá informar el ingreso del ASEGURADO, hasta máximo veinticuatro (24) horas previas al viaje del ASEGURADO y la vigencia de su cobertura quedará especificada en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, según corresponda.

Todos los ASEGURADOS deberán completar los requisitos de asegurabilidad establecidos en las CONDICIONES PARTICULARES y/o Certificado de Seguro, según corresponda y su ingreso será automático en la PÓLIZA. Todo ASEGURADO que no haya sido notificado y/o no haya completado los requisitos de asegurabilidad establecidos en las CONDICIONES PARTICULARES y/o Certificado de Seguro, según corresponda, no tendrá cobertura en el presente seguro.

Artículo 3°: Cobertura

El reembolso por los gastos de hospedaje, alimentación y de efectos personales en que se incurra por atraso de viaje, hasta el límite convenido en las Condiciones Particulares, según corresponda, en caso de que el viaje sufra un atraso de seis (6) horas o más, debido a:

a) Retraso 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 PÚBLICO AUTORIZADO.

Se reembolsarán hasta el límite establecido en las Condiciones Particulares, según corresponda, 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 seis (6) horas.

Artículo 4°: Condiciones de Cobertura

- Este beneficio 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 aseguradora, sólo la diferencia no cubierta por el TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO y hasta el tope máximo establecido en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, según corresponda.
- **Esta cobertura no se brindará si el asegurado titular viajará con un pasaje sujeto a disponibilidad de espacio, o a algún destino ubicado dentro del mismo país de origen.**
- Los beneficios están sujetos al máximo que figura en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, según corresponda, pagadero a razón de una cuarta parte de dicho máximo por cada dos (2) horas adicionales que el VIAJE del ASEGURADO se atrase.
- El recuento de las horas de retraso serán contabilizadas luego de las primeras seis (6) horas iniciales de retraso, o lo indicado en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, según corresponda.

Artículo 5°: Exclusiones

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

- a) 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 certificados por la autoridad competente.
- b) 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.
- c) 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.

- d) 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.
- e) La asistencia por cualquier acontecimiento, pérdida, lesión, daño o responsabilidad legal que se produzca como consecuencia 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.
- f) Retraso, si sus causas son divulgadas públicamente con anticipación o sean de conocimiento del ASEGURADO con anterioridad a la fecha de solicitud de cobertura de la asistencia en viajes.
- g) Retraso del TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO, causado por condición climática severa que atrase la llegada o partida programada del medio de transporte.

Artículo 6°: Aviso de Siniestro y Procedimiento para solicitar la cobertura

1) Aviso: Cuando se produzca algún hecho que pueda dar origen a la cobertura que otorga la presente Cláusula Adicional, el ASEGURADO debe solicitar por teléfono la asistencia correspondiente, indicando sus datos personales, el número de la PÓLIZA, el lugar donde se encuentra y la clase de servicio que precisa u otro dato que facilite su identificación al momento del uso del seguro.

Independientemente de la intervención del servicio de asistencia, el ASEGURADO o su beneficiario deberán dar aviso a la COMPAÑÍA por cualquiera de los medios de comunicación pactados, de la ocurrencia del siniestro, en un plazo no mayor a treinta (30) días calendario luego de ocurrido el suceso, o de haber tomado conocimiento del beneficio, siempre y cuando el retraso obedezca a motivos de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho.

2) Documentos: En caso el ASEGURADO no pueda llamar a la CENTRAL DE ASISTENCIA, podrá solicitar el reembolso de los gastos hospedaje, alimentación y de efectos personales en que se incurra por atraso de viaje, para lo cual, el ASEGURADO deberá presentar en las oficinas de la COMPAÑÍA los siguientes documentos (en original o certificación de reproducción notarial, antes copia legalizada). El ASEGURADO o el BENEFICIARIO podrá presentar los documentos en cualquier momento, sin plazo límite específico pero antes del plazo de prescripción establecido por la normatividad vigente:

- a) Pasaje aéreo y tarjeta de embarque;
- b) Comprobantes de los gastos con alimentación, alojamiento y efectos personales;
- c) Declaración de la COMPAÑÍA aérea del atraso.

La COMPAÑÍA tendrá un plazo máximo de treinta (30) días contados desde la recepción completa de los documentos antes indicados, para aprobar o rechazar la solicitud de cobertura; salvo que solicite una prórroga al CONTRATANTE y/o ASEGURADO para realizar nuevas investigaciones y obtener evidencias relacionadas con el siniestro. En caso que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO no apruebe la solicitud de prórroga presentada por la COMPAÑÍA, ésta se sujetará al procedimiento establecido para tal efecto en el TUPA de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's.

En caso que la COMPAÑÍA requiera aclaraciones o precisiones adicionales, respecto a la documentación e información presentada, la COMPAÑÍA podrá realizar tal requerimiento dentro de los primeros veinte (20) días de recibida la documentación completa presentada para la solicitud de cobertura, lo que suspenderá el plazo de aprobación o rechazo hasta la presentación de la documentación e información correspondiente.

El plazo de veinte (20) días antes indicado se encuentra dentro de los treinta (30) días con el que cuenta La Aseguradora para pronunciarse sobre la aprobación o rechazo de la solicitud de cobertura.

Si la solicitud de cobertura fuese aprobada por La COMPAÑÍA o hubiese transcurrido el plazo de treinta (30) días sin pronunciamiento por parte de la COMPAÑÍA o, de ser el caso, la correspondiente prórroga, se pagará el beneficio dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes.

Seguro de Viajes - LATAM Travel

Cláusula Adicional - Retorno de Menores

La presente Cláusula Adicional cubre riesgos adicionales a los de las Coberturas Principales y se regirá, en todo lo que no esté expresamente estipulado en ésta, por las Condiciones Generales de la Póliza, de modo que sólo será válida y regirá mientras las coberturas principales lo sean y estén vigentes.

Artículo 1° Vigencia Individual y Territorio

El derecho a las indemnizaciones y prestaciones contempladas para la presente cláusula adicional se limita a contingencias que ocurran a una distancia superior a doscientos (200) kilómetros contados desde el domicilio particular del ASEGURADO que figura en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, según corresponda.

El inicio de la vigencia de la presente cobertura de viaje internacional se computará a partir del paso del ASEGURADO por Policía Internacional o Departamento de Migraciones, 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 y/o Certificado de Seguro, según corresponda, si esta es posterior a la fecha de embarque.

La protección termina en cualquiera de las siguientes fechas, lo que ocurra primero:

- 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 o Departamento de Migraciones;
- Al final de la vigencia en días indicado en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, según corresponda;
- Al final del plazo de VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

El ámbito territorial de las coberturas se extiende a todo el mundo, exceptuando los siguientes países: Afganistán, Cuba, República Democrática del Congo, Irán, Iraq, Liberia, Sudán o Siria o cualquier país que ingrese a la lista OFAC, 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 y/o Certificado de Seguro, según corresponda.

El CONTRATANTE de la PÓLIZA, deberá informar el ingreso del ASEGURADO, hasta máximo veinticuatro (24) horas previas al viaje del ASEGURADO y la vigencia de su cobertura quedará especificada en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, según corresponda.

Todos los ASEGURADOS deberán completar los requisitos de asegurabilidad establecidos en las CONDICIONES PARTICULARES y/o Certificado de Seguro, según corresponda y su ingreso será automático en la PÓLIZA. Todo ASEGURADO que no haya sido notificado y/o no haya completado los requisitos de asegurabilidad establecidos en las CONDICIONES PARTICULARES y/o Certificado de Seguro, según corresponda, no tendrá cobertura en el presente seguro.

Artículo 3° Cobertura

LA COMPAÑÍA se obliga, mediante el cobro de una prima adicional, a reembolsar el costo de un pasaje aéreo, clase económica, de ida y vuelta, para que una persona adulta designada por el ASEGURADO o un familiar de éste debidamente declarado en la Solicitud de Seguro o Certificado de Seguro o Solicitud-Certificado, pueda acompañar al (a los) menor(es) de edad hasta la edad de dieciséis (16) años de edad que se encuentran de viaje con el ASEGURADO; de regreso al domicilio, como consecuencia de que el ASEGURADO ha sido víctima de un accidente, enfermedad grave o fallecimiento que le impida viajar.

Para el caso de enfermedad grave o accidente, el impedimento de viaje debe ser indicado por un médico especialista, debidamente acreditado para el ejercicio de dicha actividad.

Es necesario de forma previa a la emisión del pasaje aéreo, se haga la solicitud correspondiente a la Central de Asistencia y sea debidamente autorizado por la COMPAÑÍA. Asimismo, se considera como "domicilio" el lugar de retorno de viaje del ASEGURADO, según boleto correspondiente.

La Suma Asegurada Máxima, el número de eventos amparados y/o el periodo de carencia, si llegará a aplicar, se encuentran especificados en las Condiciones Particulares, Solicitud Certificado o Certificado de Seguro.

Artículo 4° Exclusiones

LA COMPAÑÍA no pagará la indemnización correspondiente cuando el siniestro ocurra como consecuencia de:

- a) 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
- b) Suicidio, intento de suicidio o lesión intencionalmente infringida por el asegurado a sí mismo.
- c) 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;
- d) 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;
- e) 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;
- f) 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 reemplaza, o bien, por la autoridad correspondiente de cualquiera de los países, localidades o regiones afectadas.
- g) 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.
- h) Comisión de actos calificados como delito, así como la participación activa en rebelión, revolución, sublevación, asonadas, motín, conmoción civil, subversión y terrorismo.
- i) Encontrarse el asegurado bajo los efectos de cualquier narcótico, a menos que hubiese sido administrado por prescripción médica. Estos estados deberán ser calificados por la autoridad competente.
- j) 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.
- k) Infecciones bacterianas, excepto las infecciones piogénicas que sean consecuencia de una herida, cortadura o amputación accidental.
- l) Hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan.
- m) Tratamientos médicos o quirúrgicos distintos de los necesarios a consecuencia de lesiones o enfermedad cubiertas 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.
- n) Exámenes médicos de rutina.
- o) Curas de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamiento.
- p) 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.
- q) Dolo o la participación del ASEGURADO en la comisión algún delito, conforme a los alcances que la normativa vigente en el lugar donde el ASEGURADO se encuentre de viaje.
- r) El estado de embriaguez del ASEGURADO. Para tal efecto, se considerará estado de embriaguez cuando el ASEGURADO se niegue a practicarse el examen de alcoholemia u otro que corresponda, o cuando habiéndosele practicado, éste arroje un resultado mayor a 0.50 gr. /lt. de alcohol en la sangre al momento del siniestro. Para la

aplicación de esta exclusión se tomará como referencia el ratio de 0.15 gramos de alcohol por litro de sangre como promedio de metabolización del alcohol por el organismo por hora. Este ratio se aplicará al lapso transcurrido entre la hora del siniestro que consta en el Informe o Atestado Policial y la hora de dosaje.

- s) Enfermedad o lesión pre-existentes al momento de contratar este seguro, entendidas estas como cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado o cualquier lesión, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la contratación del presente seguro.

Artículo 5° Terminación de la Cláusula Adicional

La cobertura prevista en esta Cláusula Adicional cesará en la fecha en que termine la cobertura principal, cualquiera sea la causa, o en caso de indemnización del evento ASEGURADO en el presente documento.

Artículo 6° Aviso de Siniestro y Procedimiento para solicitar la Cobertura

Si ocurriera un evento que diera lugar a una solicitud de cobertura bajo la presente cláusula adicional, el ASEGURADO deberá cumplir con lo siguiente:

- a) **Aviso:** Cuando se produzca algún hecho que pueda dar origen a la cobertura que otorga la presente Cláusula Adicional, el ASEGURADO debe solicitar por teléfono la asistencia correspondiente, indicando sus datos personales, el número de la PÓLIZA, el lugar donde se encuentra y la clase de servicio que precisa u otro dato que facilite su identificación al momento del uso del seguro.

Independientemente de la intervención del servicio de asistencia, el ASEGURADO o su beneficiario deberán dar aviso a la COMPAÑÍA por cualquiera de los medios de comunicación pactados, de la ocurrencia del siniestro, en un plazo no mayor a treinta (30) días calendario luego de ocurrido el suceso, o de haber tomado conocimiento del beneficio, o después de dicho plazo, siempre y cuando el retraso obedezca a motivos de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho.

- b) Presentar en la oficina principal de la COMPAÑÍA o del Comercializador los siguientes documentos (en original o certificación de reproducción notarial -antes copia legalizada):

- Documento de Identidad del ASEGURADO,
- Documento de Identidad del Menor de Edad,
- Documento de Identidad del Acompañante Designado,
- Partida o Acta de Defunción del ASEGURADO, cuando corresponda;
- Certificado Médico de Defunción completo del ASEGURADO, cuando corresponda;
- Certificado Médico del ASEGURADO debidamente detallado, cuando corresponda;
- Historia Clínica del ASEGURADO, cuando corresponda;
- Original del billete aéreo;

La COMPAÑÍA tendrá un plazo máximo de treinta (30) días contados desde la recepción completa de los documentos antes indicados, para aprobar o rechazar la solicitud de cobertura; salvo que solicite una prórroga al ASEGURADO para realizar nuevas investigaciones y obtener evidencias relacionadas con el siniestro. En caso que el ASEGURADO no apruebe la solicitud de prórroga presentada por la COMPAÑÍA, ésta se sujetará al procedimiento establecido para tal efecto en el TUPA de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's.

Cuando La COMPAÑÍA lo considere conveniente, podrá requerir una entrevista personal con el ASEGURADO o documentación adicional, con el fin de obtener las aclaraciones y/o precisiones necesarias acerca del evento o siniestro ocurrido. Ello se solicitará dentro de los primeros veinte (20) días del plazo de treinta (30) días con los que cuenta la COMPAÑÍA, para aprobar o rechazar el siniestro.

Seguro de Viajes - LATAM Travel

Cláusula Adicional - Cancelación de Viaje

La presente Cláusula Adicional es parte accesoria de la Cobertura Principal y se regirá en todo lo que no esté expresamente estipulado en ésta, por las Condiciones Generales, de modo que solo será válida mientras la Cobertura Principal esté vigente.

Artículo 1º: Definiciones

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 este seguro.

Compañero de Viaje o Acompañante: Comprenden una (01) o más personas que hayan efectuado reserva para acompañar al ASEGURADO en el VIAJE, que viajen en la misma fecha y vuelo que el ASEGURADO y cuyos pasajes hayan sido adquiridos conjuntamente.

Condición Médica Pre-existente: Cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocido por el ASEGURADO o dependiente y no resuelta en el momento previo a la presentación de la solicitud y/o de la declaración jurada de salud.

Fecha de Llegada: Es la fecha que el ASEGURADO originalmente programó como regreso de su VIAJE y que está especificada en las CONDICIONES PARTICULARES y/o Certificado de Seguro, según corresponda.

Fecha de Salida: Es la fecha indicada por el ASEGURADO originalmente y que programó para iniciar el VIAJE y que está especificada en las CONDICIONES PARTICULARES y/o Certificado de Seguro, según corresponda.

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

- El ASEGURADO
- Su cónyuge
- Cualquier pariente del ASEGURADO o de su cónyuge con los siguientes parentescos: hijo(a), padres, hermano(a), parientes consanguíneos o afines, aún cuando se encuentre habilitado para ejercer la práctica de la medicina.

Miembro de Familia: Incluye cónyuge del ASEGURADO, y familiares de primer grado de consanguinidad, siempre y cuando residan en el país de origen del 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, requiera el pago de un pasaje. Se considerarán como Transporte Público Autorizado a los siguientes medios de transporte: Tren, Bus, avión y crucero marítimo.

Viaje: Es el período de tiempo comprendido entre la fecha de salida y llegada especificadas en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, según corresponda, sujeto a un máximo continuo de días por viaje.

Artículo 2º: Vigencia Individual y Territorio

El derecho a las indemnizaciones y prestaciones contempladas para la presente cobertura se refiere a contingencias que ocurran a una distancia superior a doscientos (200) kilómetros contados desde el domicilio particular del ASEGURADO que figura en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, según corresponda.

El inicio de la vigencia de la presente cobertura de viaje internacional se computará a partir del paso del ASEGURADO por Policía Internacional o Departamento de Migraciones, 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 y/o Certificado de Seguro, según corresponda, si esta es posterior a la fecha de embarque.

La protección termina en cualquiera de las siguientes fechas, lo 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 o Departamento de Migraciones;
- b) Al final de la vigencia en días indicado en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, según corresponda;
- c) Al final del plazo de VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

El ámbito territorial de las coberturas se extiende a todo el mundo, exceptuando los siguientes países: Afganistán, Cuba, República Democrática del Congo, Irán, Iraq, Liberia, Sudán o Siria o cualquier país que ingrese a la lista OFAC, 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 y/o Certificado de Seguro, según corresponda.

El CONTRATANTE de la PÓLIZA, deberá informar el ingreso del ASEGURADO, hasta máximo veinticuatro (24) horas previas al viaje del ASEGURADO y la vigencia de su cobertura quedará especificada en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, según corresponda.

Todos los ASEGURADOS deberán completar los requisitos de asegurabilidad establecidos en las CONDICIONES PARTICULARES y/o Certificado de Seguro, según corresponda y su ingreso será automático en la PÓLIZA. Todo ASEGURADO que no haya sido notificado y/o no haya completado los requisitos de asegurabilidad establecidos en las CONDICIONES PARTICULARES y/o Certificado de Seguro, según corresponda, no tendrá cobertura en el presente seguro.

Artículo 3°: Cobertura

LA COMPAÑÍA reembolsará o coordinará el pago al ASEGURADO o Beneficiario en caso de la muerte del ASEGURADO, hasta el límite indicado en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, según corresponda, 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 ASEGURADO o fallecimiento de un MIEMBRO DE LA FAMILIA, siempre y cuando el ASEGURADO haya reservado y pagado o adeude estos costos antes que ocurriera tal ENFERMEDAD, ACCIDENTE o fallecimiento.

LA COMPAÑÍA se reserva el derecho de realizar una auditoría médica comprobatoria.

Artículo 4°: Condiciones de la Cobertura

Para efectos de este beneficio, las ENFERMEDADES DE CARÁCTER SÚBITO deberán manifestarse o ser contraídas a partir de la fecha de contratación de la presente Cláusula Adicional. En caso exista una CONDICIÓN DE PRE-EXISTENCIA, el beneficio de Cancelación de Viaje será otorgado sólo en caso que el MÉDICO certifique un deterioro severo, repentino e imprevisto, en el que la realización del viaje, coloque en peligro grave la vida del ASEGURADO.

Artículo 5°: Exclusiones

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

- a) Enfermedades, condiciones o lesiones 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 enfermedades anteriores al VIAJE.
- b) Participación en cualquier equipo deportivo profesional o semiprofesional y cualquier deporte o actividad riesgoso: que incluye: aviación privada, paracaidismo, ala delta, parapente, bungee jumping, alpinismo, escalada, motociclismo, artes marciales, boxeo, rodeo, rugby, equitación, polo, buceo.
- c) Suicidio, intento de suicidio o LESIÓN intencionalmente infringida por el ASEGURADO a sí mismo.
- d) 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.
- e) 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 veinticuatro (24) semanas.
- f) 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.
- g) Las enfermedades epidémicas y sus consecuencias, que provengan 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.
- h) 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 y/o Certificado de Seguro, según corresponda, como asimismo, el pago solicitado en dicho país, cualquiera sea la causa, aún cuando la permanencia en el país excluido pudiere ser considerada como fortuita para el ASEGURADO.
- i) Comisión de actos calificados como delito, así como la participación activa en rebelión, revolución, sublevación, asonadas, motín, conmoción civil, subversión y terrorismo.
- j) 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 certificados por la autoridad competente.
- k) 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.
- l) Infecciones bacterianas, excepto las infecciones piogénicas que sean consecuencia de una herida, cortadura o amputación accidental.
- m) Hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan.
- n) Tratamientos médicos o quirúrgicos distintos de los necesarios a consecuencia de lesiones o enfermedad cubiertas por esta póliza. Por tanto, si el ASEGURADO viaja al extranjero a someterse a algún tratamiento médico específico, estas prestaciones quedarán expresamente excluidas de las coberturas de la presente PÓLIZA.
- o) Exámenes médicos de rutina.
- p) Curas de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamiento.
- q) 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:
 - "Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida", lo definido para tal efecto por la Organización Mundial de la Salud.
 - Infección Oportunística incluye, pero no debe limitarse a Neumonía causada por Pneumocystis Carinii, Organismo de Enteritis Crónica, Infección Vírica o Infección Micobacteriana Diseminada.
 - 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.
 - 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).

- r) Tratamiento o cirugía dental, excepto por lesiones en dientes naturales sanos, ocasionados por un accidente.
- s) Todo tipo de tratamientos por obesidad.
- t) Diagnóstico y tratamiento de acné.
- u) 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.
- v) Participación en carreras, apuestas, competencias y desafíos que sean remunerados o sean la ocupación principal del asegurado.
- w) Acto delictivo cometido, en calidad de autor o cómplice, por un beneficiario o quien pudiere reclamar el monto asegurado o la indemnización.
- x) 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.
- y) 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 y/o Certificado de Seguro, según corresponda.
- z) 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.
- aa) La asistencia que consista en el suministro de prótesis, anteojos y lentes de contacto, aun cuando obedezcan a eventos ocurridos durante el viaje.
- bb) La asistencia por cualquier acontecimiento, pérdida, lesión, daño o responsabilidad legal que se produzca como consecuencia 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.
- cc) La asistencia por cualquier pérdida, lesión, daño o responsabilidad legal que una persona terrorista o miembro de una organización terrorista, traficante de drogas, o proveedor de armas nucleares, químicas o biológicas
- dd) Peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca a través de indicios razonables que se ha tratado de legítima defensa.
- ee) Riesgos de radiación, reacción nuclear o atómica, o contaminación radioactiva.
- ff) Anomalías congénitas, y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías o se relacionen con ellas.
- gg) Cualquier tipo de enfermedad mental o nerviosa.

Artículo 6°: Aviso del Siniestro y Procedimiento para solicitar la cobertura

- 1) Aviso: Cuando se produzca algún hecho que pueda dar origen a la cobertura que otorga la presente Cláusula Adicional, el ASEGURADO o BENEFICIARIO debe solicitar por teléfono la asistencia correspondiente, indicando sus datos personales, el número de la PÓLIZA, el lugar donde se encuentra y la clase de servicio que precisa u otro dato que facilite su identificación al momento del uso del seguro.
Independientemente de la intervención del servicio de asistencia, el ASEGURADO o su beneficiario deberán dar aviso a la COMPAÑÍA por cualquiera de los medios de comunicación pactados, de la ocurrencia del siniestro, en un plazo no mayor a treinta (30) días calendario luego de ocurrido el suceso, o de haber tomado conocimiento del beneficio, siempre y cuando el retraso obedezca a motivos de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho.
- 2) Documentos: En caso que la gravedad del accidente o enfermedad impida al ASEGURADO o BENEFICIARIO llamar a la CENTRAL DE ASISTENCIA, podrá solicitar el reembolso 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 TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO, para lo cual, el ASEGURADO o Beneficiario deberá presentar en las oficinas de la COMPAÑÍA los siguientes documentos (en original o certificación de reproducción notarial, antes copia legalizada). El ASEGURADO o el BENEFICIARIO podrá presentar los documentos en cualquier momento, sin plazo límite específico pero antes del plazo de prescripción establecido por la normatividad vigente:
 - a) Recibos, boletas y facturas cuando corresponda;
 - b) Contratos de viaje, pasajes, vouchers de hotelería u otros documentos que acrediten el gasto incurrido y su cancelación; y

c) Documentos que acrediten el pago o el reembolso de los gastos incurridos por esta cobertura, los mismos que deberán ser emitidos por las instituciones o entidades correspondientes, de acuerdo al tipo de reembolso.

Cualquier solicitud de cobertura de este beneficio debe ir acompañada de una carta explicativa con las razones de la cancelación y el resultado que obtuvo de la empresa con la cual el ASEGURADO celebró el contrato de viaje, para la devolución de los valores pagados o adeudados.

En caso de impedimento por parte del ASEGURADO debido a la ocurrencia de una enfermedad de carácter súbito o accidente, deberá presentar los documentos médicos que acrediten su identidad y la veracidad de la enfermedad o accidente.

En caso de fallecimiento del ASEGURADO:

- a) Documento de identidad del fallecido, de tenerlo físicamente;
- b) Partida o Acta de Defunción;
- c) Certificado Médico de Defunción completo;
- d) Documento de identidad de los Herederos Legales, en caso corresponda; y
- e) Acta de Sucesión Intestada, Declaratoria de Herederos o Testamento inscrito(a) en los Registros Públicos, que designe a los Herederos Legales, según corresponda;
- f) Atestado Policial Completo, según corresponda; y
- g) Protocolo de Necropsia Completo, en caso corresponda.

En caso de fallecimiento de un MIEMBRO DE LA FAMILIA, se requerirán los documentos indicados en los puntos a) y c) de los documentos requeridos en caso de fallecimiento del ASEGURADO.

En caso se constate que el ASEGURADO realizó su viaje con motivo del tratamiento de una Enfermedad Pre-Existente, la COMPAÑÍA queda eximida de prestar sus servicios de acuerdo a esta cláusula adicional. La COMPAÑÍA, se reserva el derecho de investigar la conexión del hecho actual con la Enfermedad Pre-existente.

La COMPAÑÍA tendrá un plazo máximo de treinta (30) días contados desde la recepción completa de los documentos antes indicados, para aprobar o rechazar la solicitud de cobertura; salvo que solicite una prórroga al CONTRATANTE y/o ASEGURADO para realizar nuevas investigaciones y obtener evidencias relacionadas con el siniestro. En caso que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO no apruebe la solicitud de prórroga presentada por la COMPAÑÍA, ésta se sujetará al procedimiento establecido para tal efecto en el TUPA de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's.

En caso que la COMPAÑÍA requiera aclaraciones o precisiones adicionales, respecto a la documentación e información presentada, la COMPAÑÍA podrá realizar tal requerimiento dentro de los primeros veinte (20) días de recibida la documentación completa presentada para la solicitud de cobertura, lo que suspenderá el plazo de aprobación o rechazo hasta la presentación de la documentación e información correspondiente.

El plazo de veinte (20) días antes indicado se encuentra dentro de los treinta (30) días con el que cuenta La Aseguradora para pronunciarse sobre la aprobación o rechazo de la solicitud de cobertura.

Si la solicitud de cobertura fuese aprobada por La COMPAÑÍA o hubiese transcurrido el plazo de treinta (30) días sin pronunciamiento por parte de la COMPAÑÍA o, de ser el caso, la correspondiente prórroga, se pagará el beneficio dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes.

En casos en los que legalmente deba practicarse una necropsia y/o dosaje etílico, y los mismos no se lleven a cabo por negativa de los familiares o el ASEGURADO, la COMPAÑÍA quedará liberada de pagar la indemnización o beneficio pactado.

Seguro de Viajes - LATAM Travel

Cláusula Adicional - Interrupción de Viaje

La presente Cláusula Adicional cubre riesgos adicionales a los de las Coberturas Principales y se regirá, en todo lo que no esté expresamente estipulado en ésta, por las Condiciones Generales de la Póliza, de modo que sólo será válida y regirá mientras las coberturas principales lo sean y estén vigentes.

Artículo 1° Definiciones

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 este seguro.

Fecha de Llegada: Es la fecha que el ASEGURADO originalmente programó como regreso de su VIAJE y que está especificada en las CONDICIONES PARTICULARES y/o Certificado de Seguro, según corresponda.

Fecha de Salida: Es la fecha indicada por el ASEGURADO originalmente y que programó para iniciar el VIAJE y que está especificada en las CONDICIONES PARTICULARES y/o Certificado de Seguro, según corresponda.

Lesión Pre-existente: Cualquier condición de alteración del cuerpo o de la salud del ASEGURADO, sufrida previamente a la contratación del seguro.

Miembro: Se refiere a las manos, brazos, pies y piernas.

Pérdida Parcial: Eliminación de parte de un órgano o miembro.

Pérdida Total: Cercenamiento, eliminación o inhabilitación funcional total y definitiva del órgano o miembro lesionado.

Pérdida Funcional: Ausencia de capacidad de función fisiológica del o de los órganos o miembros afectados, pudiendo estar o no implicado el aspecto anatómico del órgano o del miembro comprometido. Será absoluta si involucra la pérdida de toda capacidad de función.

Viaje: Es el período de tiempo comprendido entre la fecha de salida y llegada especificadas en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, según corresponda, sujeto a un máximo continuo de días por viaje.

Artículo 2° Vigencia Individual y Territorio

El derecho a las indemnizaciones y prestaciones contempladas para la presente cobertura se refiere a contingencias que ocurran a una distancia superior a doscientos (200) kilómetros contados desde el domicilio particular del ASEGURADO que figura en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, según corresponda.

El inicio de la vigencia de la presente cobertura de viaje internacional se computará a partir del paso del ASEGURADO por Policía Internacional o Departamento de Migraciones, 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 y/o Certificado de Seguro, según corresponda, si esta es posterior a la fecha de embarque.

La protección termina en cualquiera de las siguientes fechas, lo 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 o Departamento de Migraciones;
- b) Al final de la vigencia en días indicado en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, según corresponda;
- c) Al final del plazo de VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

El ámbito territorial de las coberturas se extiende a todo el mundo, exceptuando los siguientes países: Afganistán, Cuba, República Democrática del Congo, Irán, Iraq, Liberia, Sudán o Siria o cualquier país que ingrese a la lista OFAC, 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 y/o Certificado de Seguro, según corresponda.

El CONTRATANTE de la PÓLIZA, deberá informar el ingreso del ASEGURADO, hasta máximo veinticuatro (24) horas previas al viaje del ASEGURADO y la vigencia de su cobertura quedará especificada en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, según corresponda.

Todos los ASEGURADOS deberán completar los requisitos de asegurabilidad establecidos en las CONDICIONES PARTICULARES y/o Certificado de Seguro, según corresponda y su ingreso será automático en la PÓLIZA. Todo ASEGURADO que no haya sido notificado y/o no haya completado los requisitos de asegurabilidad establecidos en las CONDICIONES PARTICULARES y/o Certificado de Seguro, según corresponda, no tendrá cobertura en el presente seguro.

Artículo 3° Cobertura

La COMPAÑÍA se compromete a reembolsar los gastos por aquellos servicios que no le hayan sido devueltos y no reembolsables pagados anticipadamente por el ASEGURADO al hotel y/o los pasajes de transporte público autorizado, menos el valor del crédito aplicado por el pasaje de regreso no utilizado, cuando el ASEGURADO quede imposibilitado de continuar conforme a lo establecido en su boleto de viaje, el total de días previsto de su viaje ya iniciado, 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 prosecución del viaje.
- 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.

En 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.

Para efectos de la cobertura, las enfermedades de carácter súbito deberán manifestarse o ser contraídas a partir de la fecha de inicio del viaje.

Artículo 4° Exclusiones

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

- a) Enfermedades, condiciones o lesiones 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 enfermedades anteriores al VIAJE.
- b) Participación en cualquier equipo deportivo profesional o semiprofesional y cualquier deporte o actividad riesgoso: que incluye: aviación privada, paracaidismo, ala delta, parapente, bungee jumping, alpinismo, escalada, motociclismo, artes marciales, boxeo, rodeo, rugby, equitación, polo, buceo.
- c) Suicidio, intento de suicidio o LESIÓN intencionalmente infringida por el ASEGURADO a sí mismo.
- d) 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.
- e) 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 veinticuatro (24) semanas.
- f) 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.
- g) Las enfermedades epidémicas y sus consecuencias, que provengan 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.
- h) 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 y/o Certificado de Seguro, según corresponda, 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.
- i) Comisión de actos calificados como delito, así como la participación activa en rebelión, revolución, sublevación, asonadas, motín, conmoción civil, subversión y terrorismo.
- j) 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 certificados por la autoridad competente.
- k) 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.
- l) Infecciones bacterianas, excepto las infecciones piogénicas que sean consecuencia de una herida, cortadura o amputación accidental.
- m) Hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan.
- n) Tratamientos médicos o quirúrgicos distintos de los necesarios a consecuencia de lesiones o enfermedad cubiertas por esta póliza. Por tanto, si el ASEGURADO viaja al extranjero a someterse a algún tratamiento médico específico, estas prestaciones quedarán expresamente excluidas de las coberturas de la presente PÓLIZA.
- o) Exámenes médicos de rutina.
- p) Curas de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamiento.
- q) Una infección oportunistica, 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:
 - "Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida", lo definido para tal efecto por la Organización Mundial de la Salud.
 - Infección Oportunistica incluye, pero no debe limitarse a Neumonía causada por PneumocystisCarinii, Organismo de Enteritis Crónica, Infección Vírica o Infección Micobacteriana Diseminada.
 - 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.
 - 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).
- r) Tratamiento o cirugía dental, excepto por lesiones en dientes naturales sanos, ocasionados por un accidente.

- s) Todo tipo de tratamientos por obesidad.
 - t) Diagnóstico y tratamiento de acné.
 - u) 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.
 - v) Participación en carreras, apuestas, competencias y desafíos que sean remunerados o sean la ocupación principal del asegurado.
 - w) Acto delictivo cometido, en calidad de autor o cómplice, por un beneficiario o quien pudiere reclamar el monto asegurado o la indemnización.
 - x) 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.
 - y) 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 y/o Certificado de Seguro, según corresponda.
 - z) 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.
 - aa) La asistencia que consista en el suministro de prótesis, anteojos y lentes de contacto, aun cuando obedezcan a eventos ocurridos durante el viaje.
 - bb) La asistencia por cualquier acontecimiento, pérdida, lesión, daño o responsabilidad legal que se produzca como consecuencia 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.
 - cc) La asistencia por cualquier pérdida, lesión, daño o responsabilidad legal que una persona terrorista o miembro de una organización terrorista, traficante de drogas, o proveedor de armas nucleares, químicas o biológicas
 - dd) Peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca a través de indicios razonables que se ha tratado de legítima defensa.
 - ee) Riesgos de radiación, reacción nuclear o atómica, o contaminación radioactiva.
 - ff) Anomalías congénitas, y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías o se relacionen con ellas.
 - gg) Cualquier tipo de enfermedad mental o nerviosa.
- La presente Cláusula Adicional no otorga ninguna de las coberturas o beneficios estipulados en ella, cuando se originen por, o sean una consecuencia o complicación de:
- a) Enfermedades, condiciones o lesiones 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 enfermedades anteriores al VIAJE.
 - b) Participación en cualquier equipo deportivo profesional o semiprofesional y cualquier deporte o actividad riesgoso: que incluye: aviación privada, paracaidismo, ala delta, parapente, bungee jumping, alpinismo, escalada, motociclismo, artes marciales, boxeo, rodeo, rugby, equitación, polo, buceo.
 - c) Suicidio, intento de suicidio o LESIÓN intencionalmente infringida por el ASEGURADO a sí mismo.
 - d) 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.
 - e) 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 veinticuatro (24) semanas.
 - f) 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.
 - g) Las enfermedades epidémicas y sus consecuencias, que provengan 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.
 - h) 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 y/o Certificado de Seguro, según corresponda, como asimismo, el pago solicitado en dicho país, cualquiera sea la causa, aún cuando la permanencia en el país excluido pudiere ser considerada como fortuita para el ASEGURADO.
 - i) Comisión de actos calificados como delito, así como la participación activa en rebelión, revolución, sublevación,

asonadas, motín, conmoción civil, subversión y terrorismo.

j) 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 certificados por la autoridad competente.

k) 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.

l) Infecciones bacterianas, excepto las infecciones piogénicas que sean consecuencia de una herida, cortadura o amputación accidental.

m) Hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan.

n) Tratamientos médicos o quirúrgicos distintos de los necesarios a consecuencia de lesiones o enfermedad cubiertas por esta póliza. Por tanto, si el ASEGURADO viaja al extranjero a someterse a algún tratamiento médico específico, estas prestaciones quedarán expresamente excluidas de las coberturas de la presente PÓLIZA.

o) Exámenes médicos de rutina.

p) Curas de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamiento.

q) Una infección oportunistica, 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:

- "Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida", lo definido para tal efecto por la Organización Mundial de la Salud.
- Infección Oportunistica incluye, pero no debe limitarse a Neumonía causada por PneumocystisCarinii, Organismo de Enteritis Crónica, Infección Vírica o Infección Micobacteriana Diseminada.
- 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.

- 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).

r) Tratamiento o cirugía dental, excepto por lesiones en dientes naturales sanos, ocasionados por un accidente.

s) Todo tipo de tratamientos por obesidad.

t) Diagnóstico y tratamiento de acné.

u) 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.

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

w) Acto delictivo cometido, en calidad de autor o cómplice, por un beneficiario o quien pudiese reclamar el monto asegurado o la indemnización.

x) 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.

y) 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 y/o Certificado de Seguro, según corresponda.

z) 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.

aa) La asistencia que consista en el suministro de prótesis, anteojos y lentes de contacto, aun cuando obedezcan a eventos ocurridos durante el viaje.

bb) La asistencia por cualquier acontecimiento, pérdida, lesión, daño o responsabilidad legal que se produzca como consecuencia 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.

cc) La asistencia por cualquier pérdida, lesión, daño o responsabilidad legal que una persona terrorista o miembro de una organización terrorista, traficante de drogas, o proveedor de armas nucleares, químicas o biológicas

dd) Peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca a través de indicios razonables que se ha tratado de legítima defensa.

ee) Riesgos de radiación, reacción nuclear o atómica, o contaminación radioactiva.

ff) Anomalías congénitas, y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías o se relacionen con ellas.

gg) Cualquier tipo de enfermedad mental o nerviosa.

Artículo 5° Terminación de la Cláusula Adicional

La cobertura prevista por esta Cláusula Adicional cesará en la fecha en que termine la cobertura principal, cualquiera sea la causa.

Artículo 6° Aviso de Siniestro y Procedimiento para solicitar la Cobertura

Si ocurriera un evento que diera lugar a una solicitud de cobertura bajo esta Cláusula Adicional, el ASEGURADO o sus Beneficiarios deberán cumplir con lo siguiente:

1) Aviso: Cuando se produzca algún hecho que pueda dar origen a la cobertura que otorga la presente Cláusula Adicional, el ASEGURADO debe solicitar por teléfono la asistencia correspondiente, indicando sus datos personales, el número de la PÓLIZA, el lugar donde se encuentra y la clase de servicio que precisa u otro dato que facilite su identificación al momento del uso del seguro.

Independientemente de la intervención del servicio de asistencia, el ASEGURADO o su beneficiario deberán dar aviso a la COMPAÑÍA por cualquiera de los medios de comunicación pactados, de la ocurrencia del siniestro, en un plazo no mayor a treinta (30) días calendario luego de ocurrido el suceso, o de haber tomado conocimiento del beneficio, o después de dicho plazo, siempre y cuando el retraso obedezca a motivos de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho.

2) Documentos: Presentar en las oficinas de la COMPAÑÍA los siguientes documentos (en original o certificación de reproducción notarial, antes copia legalizada). El ASEGURADO podrá presentar los documentos en cualquier momento, sin plazo límite específico pero antes del plazo de prescripción establecido por la normatividad vigente:

- a) Recibos, boletas y facturas cuando corresponda;
- b) Contratos de viaje, pasajes, vouchers de hotelería u otros documentos que acrediten el gasto incurrido y su interrupción; y
- c) Documentos que acrediten el pago o el reembolso de los gastos incurridos por esta cobertura, los mismos que deberán ser emitidos por las instituciones o entidades correspondientes, de acuerdo al tipo de reembolso.

El presente seguro no obliga a la COMPAÑÍA a efectuar el pago si, de manera deliberada, no se permite el libre acceso a los médicos u otros funcionarios autorizados por la COMPAÑÍA al lugar donde se encuentre el ASEGURADO, en caso sea necesario para la evaluación de la Solicitud de Cobertura; salvo que dicho impedimento provenga de una orden de autoridad competente en ejercicio de sus funciones.

La COMPAÑÍA tendrá un plazo máximo de treinta (30) días contados desde la recepción completa de los documentos antes indicados, para aprobar o rechazar la solicitud de cobertura; salvo que solicite una prórroga al CONTRATANTE y/o ASEGURADO para realizar nuevas investigaciones y obtener evidencias relacionadas con el siniestro. En caso que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO no apruebe la solicitud de prórroga presentada por la COMPAÑÍA, ésta se sujetará al procedimiento establecido para tal efecto en el TUPA de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's.

En caso que la COMPAÑÍA requiera aclaraciones o precisiones adicionales, respecto a la documentación e información presentada, la COMPAÑÍA podrá realizar tal requerimiento dentro de los primeros veinte (20) días de recibida la documentación completa presentada para la solicitud de cobertura, lo que suspenderá el plazo de aprobación o rechazo hasta la presentación de la documentación e información correspondiente.

El plazo de veinte (20) días antes indicado se encuentra dentro de los treinta (30) días con el que cuenta La Aseguradora para pronunciarse sobre la aprobación o rechazo de la solicitud de cobertura.

Si la solicitud de cobertura fuese aprobada por La COMPAÑÍA o hubiese transcurrido el plazo de treinta (30) días sin



Chubb Seguros Perú S.A
Calle Amador Merino Reyna 267, Of.402
San Isidro - Lima 27
Perú

O (511) 417-5000
www.chubb.com/pe

pronunciamiento por parte de la COMPAÑÍA o, de ser el caso, la correspondiente prórroga, se pagará el beneficio dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes.

Seguro de Viajes - LATAM Travel

Cláusula Adicional - Pérdida de Equipaje

La presente Cláusula Adicional cubre riesgos adicionales a los de las Coberturas Principales y se regirá, en todo lo que no esté expresamente estipulado en ésta, por las Condiciones Generales de la Póliza, de modo que sólo será válida y regirá mientras las coberturas principales lo sean y estén vigentes.

Artículo 1° Definiciones

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 este seguro.

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

Fecha de Llegada: Es la fecha que el ASEGURADO originalmente programó como regreso de su VIAJE y que está especificada en las CONDICIONES PARTICULARES y/o Certificado de Seguro, según corresponda.

Fecha de Salida: Es la fecha indicada por el ASEGURADO originalmente y que programó para iniciar el VIAJE y que está especificada en las CONDICIONES PARTICULARES y/o Certificado de Seguro, según corresponda.

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, requiera el pago de un pasaje. Se considerarán como Transporte Público Autorizado a los siguientes medios de transporte: Tren, Bus, avión y crucero marítimo.

Viaje: Es el período de tiempo comprendido entre la fecha de salida y llegada especificadas en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, según corresponda, sujeto a un máximo continuo de días por viaje.

Artículo 2° Vigencia Individual y Territorio

El derecho a las indemnizaciones y prestaciones contempladas para la presente cobertura se refiere a contingencias que ocurran a una distancia superior a doscientos (200) kilómetros contados desde el domicilio particular del ASEGURADO que figura en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, según corresponda.

El inicio de la vigencia de la presente cobertura de viaje internacional se computará a partir del paso del ASEGURADO por Policía Internacional o Departamento de Migraciones, 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 y/o Certificado de Seguro, según corresponda, si esta es posterior a la fecha de embarque.

La protección termina en cualquiera de las siguientes fechas, lo que ocurra primero:

- 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 o Departamento de Migraciones;
- Al final de la vigencia en días indicado en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, según corresponda;
- Al final del plazo de VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

El ámbito territorial de las coberturas se extiende a todo el mundo, exceptuando los siguientes países: Afganistán, Cuba, República Democrática del Congo, Irán, Iraq, Liberia, Sudán o Siria o cualquier país que ingrese a la lista OFAC, 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 y/o Certificado de Seguro, según corresponda.

El CONTRATANTE de la PÓLIZA, deberá informar el ingreso del ASEGURADO, hasta máximo veinticuatro (24) horas previas al viaje del ASEGURADO y la vigencia de su cobertura quedará especificada en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, según corresponda.

Todos los ASEGURADOS deberán completar los requisitos de asegurabilidad establecidos en las CONDICIONES PARTICULARES y/o Certificado de Seguro, según corresponda y su ingreso será automático en la PÓLIZA. Todo ASEGURADO que no haya sido notificado y/o no haya completado los requisitos de asegurabilidad establecidos en las CONDICIONES PARTICULARES y/o Certificado de Seguro, según corresponda, no tendrá cobertura en el presente seguro.

Artículo 3° Cobertura

En caso de extravío, hurto o robo de EQUIPAJE una vez que este 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 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 las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, según corresponda, menos cualquier otro monto pagado al asegurado bajo la cobertura definida en la cláusula G2 - Reembolso de Gastos por demora de Equipaje en caso se encuentre en el mismo plan contratado.

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. La COMPAÑÍA 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 setenta y dos (72) horas después del horario de llegada del ASEGURADO al destino indicado en su billete de TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO.

Artículo 4° Exclusiones

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

- a) 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 certificados por la autoridad competente.
- b) 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.
- c) 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.
- d) 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.
- e) La asistencia por cualquier acontecimiento, pérdida, lesión, daño o responsabilidad legal que se produzca como consecuencia 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.
- f) Cualquier tipo de enfermedad mental o nerviosa.

- g) Si el EQUIPAJE se confisca o retiene por parte de la Aduana, Departamento de Migraciones u otra autoridad gubernamental;
- h) Si el ASEGURADO es miembro u operador de la tripulación en el medio de TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO que dio origen al suceso;
- i) Si se ha omitido la notificación del robo, hurto o extravío a la compañía de TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO transportadora, mediante el informe correspondiente, antes de abandonar el local de desembarque;
- j) Si el ASEGURADO no ha tomado las medidas necesarias para salvaguardar o recuperar el EQUIPAJE perdido
- La presente Cláusula Adicional no otorga ninguna de las coberturas o beneficios estipulados en ella, cuando se originen por, o sean una consecuencia o complicación de:
- a) 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 certificados por la autoridad competente.
- b) 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.
- c) 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.
- d) 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.
- e) La asistencia por cualquier acontecimiento, pérdida, lesión, daño o responsabilidad legal que se produzca como consecuencia 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.
- f) Cualquier tipo de enfermedad mental o nerviosa.
- g) Si el EQUIPAJE se confisca o retiene por parte de la Aduana, Departamento de Migraciones u otra autoridad gubernamental;
- h) Si el ASEGURADO es miembro u operador de la tripulación en el medio de TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO que dio origen al suceso;
- i) Si se ha omitido la notificación del robo, hurto o extravío a la compañía de TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO transportadora, mediante el informe correspondiente, antes de abandonar el local de desembarque;
- j) Si el ASEGURADO no ha tomado las medidas necesarias para salvaguardar o recuperar el EQUIPAJE perdido
- La presente Cláusula Adicional no otorga ninguna de las coberturas o beneficios estipulados en ella, cuando se originen por, o sean una consecuencia o complicación de:
- a) 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 certificados por la autoridad competente.
- b) 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.
- c) 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.
- d) 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.
- e) La asistencia por cualquier acontecimiento, pérdida, lesión, daño o responsabilidad legal que se produzca como consecuencia 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.
- f) Cualquier tipo de enfermedad mental o nerviosa.
- g) Si el EQUIPAJE se confisca o retiene por parte de la Aduana, Departamento de Migraciones u otra autoridad gubernamental;
- h) Si el ASEGURADO es miembro u operador de la tripulación en el medio de TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO que dio origen al suceso;
- i) Si se ha omitido la notificación del robo, hurto o extravío a la compañía de TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO transportadora, mediante el informe correspondiente, antes de abandonar el local de desembarque;
- j) Si el ASEGURADO no ha tomado las medidas necesarias para salvaguardar o recuperar el EQUIPAJE perdido
- La presente Cláusula Adicional no otorga ninguna de las coberturas o beneficios estipulados en ella, cuando se originen

por, o sean una consecuencia o complicación de:

- a) 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 certificados por la autoridad competente.
- b) 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.
- c) 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.
- d) 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.
- e) La asistencia por cualquier acontecimiento, pérdida, lesión, daño o responsabilidad legal que se produzca como consecuencia 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.
- f) Cualquier tipo de enfermedad mental o nerviosa.
- g) Si el EQUIPAJE se confisca o retiene por parte de la Aduana, Departamento de Migraciones u otra autoridad gubernamental;
- h) Si el ASEGURADO es miembro u operador de la tripulación en el medio de TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO que dio origen al suceso;
- i) Si se ha omitido la notificación del robo, hurto o extravío a la compañía de TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO transportadora, mediante el informe correspondiente, antes de abandonar el local de desembarque;
- j) Si el ASEGURADO no ha tomado las medidas necesarias para salvaguardar o recuperar el EQUIPAJE perdido

Artículo 5° Aviso de Siniestro y Procedimiento para solicitar la Cobertura

1) Aviso: Cuando se produzca algún hecho que pueda dar origen a la cobertura que otorga la presente Cláusula Adicional, el ASEGURADO debe solicitar por teléfono la asistencia correspondiente, indicando sus datos personales, el número de la PÓLIZA, el lugar donde se encuentra y la clase de servicio que precisa u otro dato que facilite su identificación al momento del uso del seguro.

Independientemente de la intervención del servicio de asistencia, el ASEGURADO o su beneficiario deberán dar aviso a la COMPAÑÍA por cualquiera de los medios de comunicación pactados, de la ocurrencia del siniestro, en un plazo no mayor a treinta (30) días calendario luego de ocurrido el suceso, o de haber tomado conocimiento del beneficio, siempre y cuando el retraso obedezca a motivos de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho.

2) Documentos: En caso el ASEGURADO no pueda llamar a la CENTRAL DE ASISTENCIA, podrá solicitar el beneficio de la presente cobertura, para lo cual, el ASEGURADO deberá presentar en las oficinas de la COMPAÑÍA los siguientes documentos (en original o certificación de reproducción notarial, antes copia legalizada). El ASEGURADO o el BENEFICIARIO podrá presentar los documentos en cualquier momento, sin plazo límite específico pero antes del plazo de prescripción establecido por la normatividad vigente:

- a) 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;
- b) Ticket del EQUIPAJE.

La COMPAÑÍA tendrá un plazo máximo de treinta (30) días contados desde la recepción completa de los documentos antes indicados, para aprobar o rechazar la solicitud de cobertura; salvo que solicite una prórroga al CONTRATANTE y/o ASEGURADO para realizar nuevas investigaciones y obtener evidencias relacionadas con el siniestro. En caso que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO no apruebe la solicitud de prórroga presentada por la COMPAÑÍA, ésta se sujetará al procedimiento establecido para tal efecto en el TUPA de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's.

En caso que la COMPAÑÍA requiera aclaraciones o precisiones adicionales, respecto a la documentación e información

presentada, la COMPAÑÍA podrá realizar tal requerimiento dentro de los primeros veinte (20) días de recibida la documentación completa presentada para la solicitud de cobertura, lo que suspenderá el plazo de aprobación o rechazo hasta la presentación de la documentación e información correspondiente.

El plazo de veinte (20) días antes indicado se encuentra dentro de los treinta (30) días con el que cuenta La Aseguradora para pronunciarse sobre la aprobación o rechazo de la solicitud de cobertura.

Si la solicitud de cobertura fuese aprobada por La COMPAÑÍA o hubiese transcurrido el plazo de treinta (30) días sin pronunciamiento por parte de la COMPAÑÍA o, de ser el caso, la correspondiente prórroga, se pagará el beneficio dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes.

Seguro de Viajes - LATAM Travel

Cláusula Adicional - Reembolso de Gastos por Demora de Equipaje

La presente Cláusula Adicional cubre riesgos adicionales a los de las Coberturas Principales y se regirá, en todo lo que no esté expresamente estipulado en ésta, por las Condiciones Generales de la Póliza, de modo que sólo será válida y regirá mientras las coberturas principales lo sean y estén vigentes.

Artículo 1° Definiciones

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 este seguro.

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

Fecha de Llegada: Es la fecha que el ASEGURADO originalmente programó como regreso de su VIAJE y que está especificada en las CONDICIONES PARTICULARES y/o Certificado de Seguro, según corresponda.

Fecha de Salida: Es la fecha indicada por el ASEGURADO originalmente y que programó para iniciar el VIAJE y que está especificada en las CONDICIONES PARTICULARES y/o Certificado de Seguro, según corresponda.

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, requiera el pago de un pasaje. Se considerarán como Transporte Público Autorizado a los siguientes medios de transporte: Tren, Bus, avión y crucero marítimo.

Viaje: Es el período de tiempo comprendido entre la fecha de salida y llegada especificadas en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, según corresponda, sujeto a un máximo continuo de días por viaje.

Artículo 2° Vigencia Individual y Territorio

El derecho a las indemnizaciones y prestaciones contempladas para la presente cobertura se refiere a contingencias que ocurran a una distancia superior a doscientos (200) kilómetros contados desde el domicilio particular del ASEGURADO que figura en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, según corresponda.

El inicio de la vigencia de la presente cobertura de viaje internacional se computará a partir del paso del ASEGURADO por Policía Internacional o Departamento de Migraciones, 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 y/o Certificado de Seguro, según corresponda, si esta es posterior a la fecha de embarque.

La protección termina en cualquiera de las siguientes fechas, lo 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 o Departamento de Migraciones;
- b) Al final de la vigencia en días indicado en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, según corresponda;
- c) Al final del plazo de VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

El ámbito territorial de las coberturas se extiende a todo el mundo, exceptuando los siguientes países: Afganistán, Cuba, República Democrática del Congo, Irán, Iraq, Liberia, Sudán o Siria o cualquier país que ingrese a la lista OFAC, 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 y/o Certificado de Seguro, según corresponda.

El CONTRATANTE de la PÓLIZA, deberá informar el ingreso del ASEGURADO, hasta máximo veinticuatro (24) horas previas al viaje del ASEGURADO y la vigencia de su cobertura quedará especificada en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, según corresponda.

Todos los ASEGURADOS deberán completar los requisitos de asegurabilidad establecidos en las CONDICIONES PARTICULARES y/o Certificado de Seguro, según corresponda y su ingreso será automático en la PÓLIZA. Todo ASEGURADO que no haya sido notificado y/o no haya completado los requisitos de asegurabilidad establecidos en las CONDICIONES PARTICULARES y/o Certificado de Seguro, según corresponda, no tendrá cobertura en el presente seguro.

Artículo 3° Cobertura

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 treinta y seis (36) horas después del horario de llegada del ASEGURADO al destino indicado en su billete 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 las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, según corresponda, pagadero a razón de una cuarta parte de dicho máximo por cada veinticuatro (24) horas adicionales que el equipaje del ASEGURADO se atrase.

El recuento de horas de retraso del equipaje del ASEGURADO será contabilizado luego de las treinta y seis (36) indicadas, o lo indicado en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, según corresponda.

Artículo 4° Exclusiones

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

- a) 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 certificados por la autoridad competente.
- b) 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.
- c) 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.
- d) 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.
- e) La asistencia por cualquier acontecimiento, pérdida, lesión, daño o responsabilidad legal que se produzca como consecuencia 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.
- f) Cualquier tipo de enfermedad mental o nerviosa.
- g) Si el EQUIPAJE se confisca o retiene por parte de la Aduana, Departamento de Migraciones u otra autoridad gubernamental;
- h) Si el ASEGURADO es miembro u operador de la tripulación en el medio de TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO

que dio origen al suceso;

i) 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.

j) Si el ASEGURADO no ha tomado las medidas necesarias para salvaguardar o recuperar el EQUIPAJE perdido.

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

a) 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 certificados por la autoridad competente.

b) 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.

c) 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.

d) 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.

e) La asistencia por cualquier acontecimiento, pérdida, lesión, daño o responsabilidad legal que se produzca como consecuencia 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.

f) Cualquier tipo de enfermedad mental o nerviosa.

g) Si el EQUIPAJE se confisca o retiene por parte de la Aduana, Departamento de Migraciones u otra autoridad gubernamental;

h) Si el ASEGURADO es miembro u operador de la tripulación en el medio de TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO que dio origen al suceso;

i) 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.

j) Si el ASEGURADO no ha tomado las medidas necesarias para salvaguardar o recuperar el EQUIPAJE perdido.

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

a) 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 certificados por la autoridad competente.

b) 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.

c) 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.

d) 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.

e) La asistencia por cualquier acontecimiento, pérdida, lesión, daño o responsabilidad legal que se produzca como consecuencia 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.

f) Cualquier tipo de enfermedad mental o nerviosa.

g) Si el EQUIPAJE se confisca o retiene por parte de la Aduana, Departamento de Migraciones u otra autoridad gubernamental;

h) Si el ASEGURADO es miembro u operador de la tripulación en el medio de TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO que dio origen al suceso;

i) 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.

j) Si el ASEGURADO no ha tomado las medidas necesarias para salvaguardar o recuperar el EQUIPAJE perdido.

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

a) 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 certificados por la autoridad competente.

- b) 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.
- c) 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.
- d) 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.
- e) La asistencia por cualquier acontecimiento, pérdida, lesión, daño o responsabilidad legal que se produzca como consecuencia 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.
- f) Cualquier tipo de enfermedad mental o nerviosa.
- g) Si el EQUIPAJE se confisca o retiene por parte de la Aduana, Departamento de Migraciones u otra autoridad gubernamental;
- h) Si el ASEGURADO es miembro u operador de la tripulación en el medio de TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO que dio origen al suceso;
- i) 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.
- j) Si el ASEGURADO no ha tomado las medidas necesarias para salvaguardar o recuperar el EQUIPAJE perdido.

Artículo 5° Aviso de Siniestro y Procedimiento para solicitar la Cobertura

1) Aviso: Cuando se produzca algún hecho que pueda dar origen a la cobertura que otorga la presente Cláusula Adicional, el ASEGURADO debe solicitar por teléfono la asistencia correspondiente, indicando sus datos personales, el número de la PÓLIZA, el lugar donde se encuentra y la clase de servicio que precisa u otro dato que facilite su identificación al momento del uso del seguro.

Independientemente de la intervención del servicio de asistencia, el ASEGURADO o su beneficiario deberán dar aviso a la COMPAÑÍA por cualquiera de los medios de comunicación pactados, de la ocurrencia del siniestro, en un plazo no mayor a treinta (30) días calendario luego de ocurrido el suceso, o de haber tomado conocimiento del beneficio, siempre y cuando el retraso obedezca a motivos de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho.

2) Documentos: En caso el ASEGURADO no pueda llamar a la CENTRAL DE ASISTENCIA, podrá solicitar el beneficio indicado en la presente cobertura, para lo cual, el ASEGURADO deberá presentar en las oficinas de la COMPAÑÍA los siguientes documentos (en original o certificación de reproducción notarial, antes copia legalizada). El ASEGURADO o el BENEFICIARIO podrá presentar los documentos en cualquier momento, sin plazo límite específico pero antes del plazo de prescripción establecido por la normatividad vigente:

- Tarjeta de embarque o billete del TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO;
- Comprobantes de gastos con compras de efectos personales;
- Informe comprobante de la pérdida emitido por el TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO responsable (PIR-Property Irregularity Report), del EQUIPAJE extraviado;
- Ticket del EQUIPAJE.

La COMPAÑÍA tendrá un plazo máximo de treinta (30) días contados desde la recepción completa de los documentos antes indicados, para aprobar o rechazar la solicitud de cobertura; salvo que solicite una prórroga al CONTRATANTE y/o ASEGURADO para realizar nuevas investigaciones y obtener evidencias relacionadas con el siniestro. En caso que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO no apruebe la solicitud de prórroga presentada por la COMPAÑÍA, ésta se sujetará al procedimiento establecido para tal efecto en el TUPA de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's.

En caso que la COMPAÑÍA requiera aclaraciones o precisiones adicionales, respecto a la documentación e información presentada, la COMPAÑÍA podrá realizar tal requerimiento dentro de los primeros veinte (20) días de recibida la documentación completa presentada para la solicitud de cobertura, lo que suspenderá el plazo de aprobación o rechazo



Chubb Seguros Perú S.A
Calle Amador Merino Reyna 267, Of.402
San Isidro - Lima 27
Perú

O (511) 417-5000
www.chubb.com/pe

hasta la presentación de la documentación e información correspondiente.

El plazo de veinte (20) días antes indicado se encuentra dentro de los treinta (30) días con el que cuenta La Aseguradora para pronunciarse sobre la aprobación o rechazo de la solicitud de cobertura.

Si la solicitud de cobertura fuese aprobada por La COMPAÑÍA o hubiese transcurrido el plazo de treinta (30) días sin pronunciamiento por parte de la COMPAÑÍA o, de ser el caso, la correspondiente prórroga, se pagará el beneficio dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes.

Seguro de Viajes - LATAM Travel

Cláusula Adicional - Daño de Equipaje

La presente Cláusula Adicional cubre riesgos adicionales a los de las Coberturas Principales y se regirá, en todo lo que no esté expresamente estipulado en ésta, por las Condiciones Generales de la Póliza, de modo que sólo será válida y regirá mientras las coberturas principales lo sean y estén vigentes.

Artículo 1° Definiciones

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 este seguro.

Fecha de Llegada: Es la fecha que el ASEGURADO originalmente programó como regreso de su VIAJE y que está especificada en las CONDICIONES PARTICULARES y/o Certificado de Seguro, según corresponda.

Fecha de Salida: Es la fecha indicada por el ASEGURADO originalmente y que programó para iniciar el VIAJE y que está especificada en las CONDICIONES PARTICULARES y/o Certificado de Seguro, según corresponda.

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, requiera el pago de un pasaje. Se considerarán como Transporte Público Autorizado a los siguientes medios de transporte: Tren, Bus, avión y crucero marítimo.

Viaje: Es el período de tiempo comprendido entre la fecha de salida y llegada especificadas en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, según corresponda, sujeto a un máximo continuo de días por viaje.

Artículo 2° Vigencia Individual y Territorio

El derecho a las indemnizaciones y prestaciones contempladas para la presente cobertura se refiere a contingencias que ocurran a una distancia superior a doscientos (200) kilómetros contados desde el domicilio particular del ASEGURADO que figura en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, según corresponda.

El inicio de la vigencia de la presente cobertura de viaje internacional se computará a partir del paso del ASEGURADO por Policía Internacional o Departamento de Migraciones, 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 y/o Certificado de Seguro, según corresponda, si esta es posterior a la fecha de embarque.

La protección termina en cualquiera de las siguientes fechas, lo 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 o Departamento de Migraciones;
- b) Al final de la vigencia en días indicado en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, según corresponda;
- c) Al final del plazo de VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

El ámbito territorial de las coberturas se extiende a todo el mundo, exceptuando los siguientes países: Afganistán, Cuba, República Democrática del Congo, Irán, Iraq, Liberia, Sudán o Siria o cualquier país que ingrese a la lista OFAC, 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 y/o Certificado de Seguro, según corresponda.

El CONTRATANTE de la PÓLIZA, deberá informar el ingreso del ASEGURADO, hasta máximo veinticuatro (24) horas previas al viaje del ASEGURADO y la vigencia de su cobertura quedará especificada en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, según corresponda.

Todos los ASEGURADOS deberán completar los requisitos de asegurabilidad establecidos en las CONDICIONES PARTICULARES y/o Certificado de Seguro, según corresponda y su ingreso será automático en la PÓLIZA. Todo ASEGURADO que no haya sido notificado y/o no haya completado los requisitos de asegurabilidad establecidos en las CONDICIONES PARTICULARES y/o Certificado de Seguro, según corresponda, no tendrá cobertura en el presente seguro.

Artículo 3° Cobertura

La COMPAÑÍA pagará al ASEGURADO hasta el monto del valor asegurado para esta cobertura indicado en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, según corresponda, el costo de reposición de su equipaje y complementariamente a lo pagado por la aerolínea, cuando estando éste bajo custodia, cuidado y control de una empresa de TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO, por intermedio de la cual el ASEGURADO viaje como pasajero debidamente admitido, se deteriore de forma tal que no pueda ser utilizado nuevamente y, en su caso, procederá al pago de acuerdo con el dictamen que emita la línea aérea.

La indemnización por daño del equipaje se pagará en exceso de cualquier suma pagada o pagadera por la empresa de TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO responsable del daño.

Esta cobertura opera mediante reembolso

Artículo 4° Exclusiones

- a) 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 certificados por la autoridad competente.
 - b) 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.
 - c) 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.
 - d) 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.
 - e) La asistencia por cualquier acontecimiento, pérdida, lesión, daño o responsabilidad legal que se produzca como consecuencia 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.
 - f) Cualquier tipo de enfermedad mental o nerviosa.
 - g) No se considera Daño de equipaje el evento que sea consecuencia de acto por orden de cualquier gobierno o autoridad pública.
- a) 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 certificados por la autoridad competente.
 - b) 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.
 - c) 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.
 - d) 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.
 - e) La asistencia por cualquier acontecimiento, pérdida, lesión, daño o responsabilidad legal que se produzca como consecuencia 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.

- f) Cualquier tipo de enfermedad mental o nerviosa.
- g) No se considera Daño de equipaje el evento que sea consecuencia de acto por orden de cualquier gobierno o autoridad pública.
- a) 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 certificados por la autoridad competente.
- b) 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.
- c) 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.
- d) 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.
- e) La asistencia por cualquier acontecimiento, pérdida, lesión, daño o responsabilidad legal que se produzca como consecuencia 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.
- f) Cualquier tipo de enfermedad mental o nerviosa.
- g) No se considera Daño de equipaje el evento que sea consecuencia de acto por orden de cualquier gobierno o autoridad pública.
- a) 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 certificados por la autoridad competente.
- b) 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.
- c) 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.
- d) 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.
- e) La asistencia por cualquier acontecimiento, pérdida, lesión, daño o responsabilidad legal que se produzca como consecuencia 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.
- f) Cualquier tipo de enfermedad mental o nerviosa.
- g) No se considera Daño de equipaje el evento que sea consecuencia de acto por orden de cualquier gobierno o autoridad pública.

Artículo 5° Aviso de Siniestro y Procedimiento para solicitar la Cobertura

1) Aviso: Cuando se produzca algún hecho que pueda dar origen a la cobertura que otorga la presente Cláusula Adicional, el ASEGURADO debe solicitar por teléfono la asistencia correspondiente, indicando sus datos personales, el número de la PÓLIZA, el lugar donde se encuentra y la clase de servicio que precisa u otro dato que facilite su identificación al momento del uso del seguro.

Independientemente de la intervención del servicio de asistencia, el ASEGURADO o su beneficiario deberán dar aviso a la COMPAÑÍA por cualquiera de los medios de comunicación pactados, de la ocurrencia del siniestro, en un plazo no mayor a treinta (30) días calendario luego de ocurrido el suceso, o de haber tomado conocimiento del beneficio, siempre y cuando el retraso obedezca a motivos de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho.

2) Documentos: El ASEGURADO deberá presentar en las oficinas de la COMPAÑÍA los siguientes documentos (en original o certificación de reproducción notarial, antes copia legalizada). El ASEGURADO o el BENEFICIARIO podrá presentar los documentos en cualquier momento, sin plazo límite específico pero antes del plazo de prescripción establecido por la normatividad vigente:

- a) Dictamen emitido por la línea aérea sobre el equipaje dañado.

La COMPAÑÍA tendrá un plazo máximo de treinta (30) días contados desde la recepción completa de los documentos antes indicados, para aprobar o rechazar la solicitud de cobertura; salvo que solicite una prórroga al CONTRATANTE y/o ASEGURADO para realizar nuevas investigaciones y obtener evidencias relacionadas con el siniestro. En caso que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO no apruebe la solicitud de prórroga presentada por la COMPAÑÍA, ésta se sujetará al procedimiento establecido para tal efecto en el TUPA de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's.

En caso que la COMPAÑÍA requiera aclaraciones o precisiones adicionales, respecto a la documentación e información presentada, la COMPAÑÍA podrá realizar tal requerimiento dentro de los primeros veinte (20) días de recibida la documentación completa presentada para la solicitud de cobertura, lo que suspenderá el plazo de aprobación o rechazo hasta la presentación de la documentación e información correspondiente.

El plazo de veinte (20) días antes indicado se encuentra dentro de los treinta (30) días con el que cuenta La Aseguradora para pronunciarse sobre la aprobación o rechazo de la solicitud de cobertura.

Si la solicitud de cobertura fuese aprobada por La COMPAÑÍA o hubiese transcurrido el plazo de treinta (30) días sin pronunciamiento por parte de la COMPAÑÍA o, de ser el caso, la correspondiente prórroga, se pagará el beneficio dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes.

Seguro de Viajes - LATAM Travel

Cláusula Adicional - Pérdida o Daño de Documentos de Viaje

La presente Cláusula Adicional cubre riesgos adicionales a los de las Coberturas Principales y se regirá, en todo lo que no esté expresamente estipulado en ésta, por las Condiciones Generales de la Póliza, de modo que sólo será válida y regirá mientras las coberturas principales lo sean y estén vigentes.

Artículo 1° Vigencia Individual y Territorio

Desatendido(a): que el equipaje y/o efectos personales han sido dejados: a) con alguien que el Asegurado no conoce; o b) en un lugar donde el Asegurado no puede evitar que se lo lleven; o c) en un lugar fuera de la vista del Asegurado (que no sea en su alojamiento mientras está registrado); d) o en cualquier vehículo motorizado (pero no su vehículo de alquiler si ha seleccionado un paquete de beneficios adicionales opcionales); o e) en cualquier transporte público (que no sea cuando está bajo el cuidado de su proveedor de transporte público); o f) en un lugar público.

Documentos de viaje: Pasaportes, boletos de viaje, visas, permisos de entrada.

Artículo 2° Vigencia Individual y Territorio

El derecho a las indemnizaciones y prestaciones contempladas para la presente cobertura se refiere a contingencias que ocurran a una distancia superior a doscientos (200) kilómetros contados desde el domicilio particular del ASEGURADO que figura en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, según corresponda.

El inicio de la vigencia de la presente cobertura de viaje internacional se computará a partir del paso del ASEGURADO por Policía Internacional o Departamento de Migraciones, 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 y/o Certificado de Seguro, según corresponda, si esta es posterior a la fecha de embarque.

La protección termina en cualquiera de las siguientes fechas, lo 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 o Departamento de Migraciones;
- b) Al final de la vigencia en días indicado en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, según corresponda;
- c) Al final del plazo de VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

El ámbito territorial de las coberturas se extiende a todo el mundo, exceptuando los siguientes países: Afganistán, Cuba, República Democrática del Congo, Irán, Iraq, Liberia, Sudán o Siria o cualquier país que ingrese a la lista OFAC, 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 y/o Certificado de Seguro, según corresponda.

El CONTRATANTE de la PÓLIZA, deberá informar el ingreso del ASEGURADO, hasta máximo veinticuatro (24) horas previas al viaje del ASEGURADO y la vigencia de su cobertura quedará especificada en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, según corresponda.

Todos los ASEGURADOS deberán completar los requisitos de asegurabilidad establecidos en las CONDICIONES PARTICULARES y/o Certificado de Seguro, según corresponda y su ingreso será automático en la PÓLIZA. Todo ASEGURADO que no haya sido notificado y/o no haya completado los requisitos de asegurabilidad establecidos en las CONDICIONES PARTICULARES y/o Certificado de Seguro, según corresponda, no tendrá cobertura en el presente seguro.

Artículo 2° Cobertura

Si durante la vigencia del Seguro, mientras el Asegurado se encuentra de viaje, sus Documentos de Viaje se pierden, dañan o son robados, Chubb Seguros reembolsará el costo de los mismos. Para tales efectos, se entiende por Documentos de Viaje los indicados en el artículo 1 de la presente Cláusula Adicional.

Artículo 3° Exclusiones

De manera adicional a las causales de exclusión de coberturas previstas en las Condiciones Generales, no se otorgará cobertura a ninguna declaración de siniestro que surja a raíz de, en relación a, o como producto de:

- a. Artículos que se dejan desatendidos; o
- b. Artículos que se dejan desatendidos en el alojamiento del Asegurado y no se guardan en una caja de seguridad o, si no la hubiere, que no se guardan fuera del alcance de la vista; o
- c. Daños causados por condiciones atmosféricas o climáticas, desgaste por el uso o plagas; o
- d. Pérdida o daño ocasionado por la detención, confiscación o destrucción por parte de oficiales de aduanas u otras autoridades.

Artículo 4° Terminación de la Cláusula Adicional

La cobertura prevista por esta Cláusula Adicional cesará en la fecha en que termine la cobertura principal, cualquiera sea la causa.

Artículo 5° Aviso de Siniestro y Procedimiento para solicitar la Cobertura

Si ocurriera un evento que diera lugar a una solicitud de cobertura bajo esta Cláusula Adicional, el ASEGURADO o sus Beneficiarios deberán cumplir con lo siguiente:

1) Aviso: Cuando se produzca algún hecho que pueda dar origen a la cobertura que otorga la presente Cláusula Adicional, el ASEGURADO debe solicitar por teléfono la asistencia correspondiente, indicando sus datos personales, el número de la PÓLIZA, el lugar donde se encuentra y la clase de servicio que precisa u otro dato que facilite su identificación al momento del uso del seguro.

Independientemente de la intervención del servicio de asistencia, el ASEGURADO o su beneficiario deberán dar aviso a la COMPAÑÍA por cualquiera de los medios de comunicación pactados, de la ocurrencia del siniestro, en un plazo no mayor a treinta (30) días calendario luego de ocurrido el suceso, o de haber tomado conocimiento del beneficio, o después de dicho plazo, siempre y cuando el retraso obedezca a motivos de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho.

2) Documentos: Presentar en las oficinas de la COMPAÑÍA los siguientes documentos (en original o certificación de reproducción notarial, antes copia legalizada). El ASEGURADO podrá presentar los documentos en cualquier momento, sin plazo límite específico pero antes del plazo de prescripción establecido por la normatividad vigente:

- a. Declaración Jurada de las circunstancias en las que se presentó la pérdida, daño o robo;
- b. Denuncia policial del robo o la pérdida de los Documentos De Viaje, en caso corresponda;
- c. Comprobante de pago de los gastos incurridos para la obtención de los nuevos Documentos de Viaje.

El presente seguro no obliga a la COMPAÑÍA a efectuar el pago si, de manera deliberada, no se permite el libre acceso a los médicos u otros funcionarios autorizados por la COMPAÑÍA al lugar donde se encuentre el ASEGURADO, en caso sea necesario para la evaluación de la Solicitud de Cobertura; salvo que dicho impedimento provenga de una orden de autoridad competente en ejercicio de sus funciones.

La COMPAÑÍA tendrá un plazo máximo de treinta (30) días contados desde la recepción completa de los documentos antes indicados, para aprobar o rechazar la solicitud de cobertura; salvo que solicite una prórroga al CONTRATANTE y/o ASEGURADO para realizar nuevas investigaciones y obtener evidencias relacionadas con el siniestro. En caso que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO no apruebe la solicitud de prórroga presentada por la COMPAÑÍA, ésta se sujetará al procedimiento establecido para tal efecto en el TUPA de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's.

En caso que la COMPAÑÍA requiera aclaraciones o precisiones adicionales, respecto a la documentación e información presentada, la COMPAÑÍA podrá realizar tal requerimiento dentro de los primeros veinte (20) días de recibida la documentación completa presentada para la solicitud de cobertura, lo que suspenderá el plazo de aprobación o rechazo hasta la presentación de la documentación e información correspondiente.

El plazo de veinte (20) días antes indicado se encuentra dentro de los treinta (30) días con el que cuenta La Aseguradora para pronunciarse sobre la aprobación o rechazo de la solicitud de cobertura.

Si la solicitud de cobertura fuese aprobada por La COMPAÑÍA o hubiese transcurrido el plazo de treinta (30) días sin pronunciamiento por parte de la COMPAÑÍA o, de ser el caso, la correspondiente prórroga, se pagará el beneficio dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes.

Seguro de Viajes - LATAM Travel

Cláusula Adicional - Honorarios Legales

La presente Cláusula Adicional cubre riesgos adicionales a los de las Coberturas Principales y se regirá, en todo lo que no esté expresamente estipulado en ésta, por las Condiciones Generales de la Póliza, de modo que sólo será válida y regirá mientras las coberturas principales lo sean y estén vigentes.

Artículo 1° Vigencia Individual y Territorio

El derecho a las indemnizaciones y prestaciones contempladas para la presente cláusula adicional se limita a contingencias que ocurran a una distancia superior a doscientos (200) kilómetros contados desde el domicilio particular del ASEGURADO que figura en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, según corresponda.

El inicio de la vigencia de la presente cobertura de viaje internacional se computará a partir del paso del ASEGURADO por Policía Internacional o Departamento de Migraciones, 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 y/o Certificado de Seguro, según corresponda, si esta es posterior a la fecha de embarque.

La protección termina en cualquiera de las siguientes fechas, lo 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 o Departamento de Migraciones;
- b) Al final de la vigencia en días indicado en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, según corresponda;
- c) Al final del plazo de VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

El ámbito territorial de las coberturas se extiende a todo el mundo, exceptuando los siguientes países: Afganistán, Cuba, República Democrática del Congo, Irán, Iraq, Liberia, Sudán o Siria o cualquier país que ingrese a la lista OFAC, 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 y/o Certificado de Seguro, según corresponda.

El CONTRATANTE de la PÓLIZA, deberá informar el ingreso del ASEGURADO, hasta máximo veinticuatro (24) horas previas al viaje del ASEGURADO y la vigencia de su cobertura quedará especificada en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, según corresponda.

Todos los ASEGURADOS deberán completar los requisitos de asegurabilidad establecidos en las CONDICIONES PARTICULARES y/o Certificado de Seguro, según corresponda y su ingreso será automático en la PÓLIZA. Todo ASEGURADO que no haya sido notificado y/o no haya completado los requisitos de asegurabilidad establecidos en las CONDICIONES PARTICULARES y/o Certificado de Seguro, según corresponda, no tendrá cobertura en el presente seguro.

Artículo 2° Cobertura

LA COMPAÑÍA se obliga, mediante el cobro de una prima adicional, a reembolsar al ASEGURADO los costos en que se incurran por la contratación de un abogado a fin de que se brinde atención a su defensa jurídica en proceso civil o penal; derivados exclusivamente de la responsabilidad civil en que el ASEGURADO incurra en virtud de lesiones físicas, la muerte de terceros, daños a bienes de terceros que cause por actos u omisiones propios, no dolosos, durante la realización del viaje cubierto por esta póliza.

La Suma Asegurada Máxima, el número de eventos amparados y/o el periodo de carencia, si llegará a aplicar, se encuentran especificados en las Condiciones Particulares, Solicitud Certificado o Certificado de Seguro.

A fin de brindar la presente cobertura, es necesario que el ASEGURADO dé aviso a la Central de Asistencia, previo a proceder con cualquier tipo de pago por concepto de defensa judicial.

Asimismo, el ASEGURADO no deberá realizar ninguna aceptación de responsabilidad, ofrecimiento, oferta, promesa o pago sin el consentimiento previo y por escrito de la COMPAÑÍA.

Artículo 4° Exclusiones

LA COMPAÑÍA no pagará la indemnización correspondiente cuando el siniestro ocurra como consecuencia del dolo o la participación del ASEGURADO en la comisión algún delito, conforme a los alcances de la normativa vigente en el lugar donde el ASEGURADO se encuentre de viaje y la normativa del país del ASEGURADO.

Artículo 5° Terminación de la Cláusula Adicional

La cobertura prevista en esta Cláusula Adicional cesará en la fecha en que termine la cobertura principal, cualquiera sea la causa, o en caso de indemnización del evento ASEGURADO en el presente documento.

Artículo 6° Aviso de Siniestro y Procedimiento para solicitar la Cobertura

Si ocurriera un evento que diera lugar a una solicitud de cobertura bajo la presente cláusula adicional, el ASEGURADO deberá cumplir con lo siguiente:

- c) **Aviso:** Cuando se produzca algún hecho que pueda dar origen a la cobertura que otorga la presente Cláusula Adicional, el ASEGURADO debe solicitar por teléfono la asistencia correspondiente, indicando sus datos personales, el número de la PÓLIZA, el lugar donde se encuentra y la clase de servicio que precisa u otro dato que facilite su identificación al momento del uso del seguro.

Independientemente de la intervención del servicio de asistencia, el ASEGURADO o su beneficiario deberán dar aviso a la COMPAÑÍA por cualquiera de los medios de comunicación pactados, de la ocurrencia del siniestro, en un plazo no mayor a treinta (30) días calendario luego de ocurrido el suceso, o de haber tomado conocimiento del beneficio, o después de dicho plazo, siempre y cuando el retraso obedezca a motivos de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho.

- d) Presentar en la oficina principal de la COMPAÑÍA o del Comercializador los siguientes documentos (en original o certificación de reproducción notarial -antes copia legalizada):
- Documento de Identidad del ASEGURADO.
 - Documento que acredite el pago por la prestación del servicio del abogado.

La COMPAÑÍA tendrá un plazo máximo de treinta (30) días contados desde la recepción completa de los documentos antes indicados, para aprobar o rechazar la solicitud de cobertura; salvo que solicite una prórroga al ASEGURADO para realizar nuevas investigaciones y obtener evidencias relacionadas con el siniestro. En caso que el ASEGURADO no apruebe la solicitud de prórroga presentada por la COMPAÑÍA, ésta se sujetará al procedimiento establecido para tal efecto en el TUPA de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's.

Cuando La COMPAÑÍA lo considere conveniente, podrá requerir una entrevista personal con el ASEGURADO o documentación adicional, con el fin de obtener las aclaraciones y/o precisiones necesarias acerca del evento o siniestro ocurrido. Ello se solicitará dentro de los primeros veinte (20) días del plazo de treinta (30) días con los que cuenta la COMPAÑÍA, para aprobar o rechazar el siniestro.

Seguro de Viajes - LATAM Travel

Cláusula Adicional - Transferencia de Fondos

La presente Cláusula Adicional cubre riesgos adicionales a los de las Coberturas Principales y se regirá, en todo lo que no esté expresamente estipulado en ésta, por las Condiciones Generales de la Póliza, de modo que sólo será válida y regirá mientras las coberturas principales lo sean y estén vigentes.

Artículo 1° Vigencia Individual y Territorio

El derecho a las indemnizaciones y prestaciones contempladas para la presente cobertura se refiere a contingencias que ocurran a una distancia superior a doscientos (200) kilómetros contados desde el domicilio particular del ASEGURADO que figura en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, según corresponda.

El inicio de la vigencia de la presente cobertura de viaje internacional se computará a partir del paso del ASEGURADO por Policía Internacional o Departamento de Migraciones, 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 y/o Certificado de Seguro, según corresponda, si esta es posterior a la fecha de embarque.

La protección termina en cualquiera de las siguientes fechas, lo 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 o Departamento de Migraciones;
- b) Al final de la vigencia en días indicado en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, según corresponda;
- c) Al final del plazo de VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

El ámbito territorial de las coberturas se extiende a todo el mundo, exceptuando los siguientes países: Afganistán, Cuba, República Democrática del Congo, Irán, Iraq, Liberia, Sudán o Siria o cualquier país que ingrese a la lista OFAC, 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 y/o Certificado de Seguro, según corresponda.

El CONTRATANTE de la PÓLIZA, deberá informar el ingreso del ASEGURADO, hasta máximo veinticuatro (24) horas previas al viaje del ASEGURADO y la vigencia de su cobertura quedará especificada en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, según corresponda.

Todos los ASEGURADOS deberán completar los requisitos de asegurabilidad establecidos en las CONDICIONES PARTICULARES y/o Certificado de Seguro, según corresponda y su ingreso será automático en la PÓLIZA. Todo ASEGURADO que no haya sido notificado y/o no haya completado los requisitos de asegurabilidad establecidos en las CONDICIONES PARTICULARES y/o Certificado de Seguro, según corresponda, no tendrá cobertura en el presente seguro.

Artículo 2° Cobertura

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 reembolsará lo siguiente, hasta el valor de la Suma Asegurada Máxima establecida en las Condiciones Particulares, Certificado de Seguro o Solicitud Certificado correspondiente:

- i. El valor del importe pagado para la defensa jurídica del ASEGURADO para demandas por daños y perjuicios en virtud de lesiones físicas o la muerte de terceros; o daños a bienes de terceros por actos u omisiones, no dolosas, durante la realización de su viaje.

- ii. El valor del importe pagado de fianzas por demandas por daños y perjuicios en virtud de lesiones físicas o la muerte de terceros; o daños a bienes de terceros por actos u omisiones, no dolosas, durante la realización de su viaje.
- iii. El costo asumido para el traslado del dinero necesario para el pago de la defensa jurídica y/o fianza, señaladas en los puntos (i) y (ii).

Para el pago de la cobertura es necesaria la previa aprobación de la COMPAÑÍA, para lo cual será necesario que el ASEGURADO se comunique a la Central de Asistencia del evento que causa dicha necesidad.

Artículo 3° Exclusiones

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

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.

Artículo 4° Terminación de la Cláusula Adicional

La cobertura prevista por esta Cláusula Adicional cesará en la fecha en que termine la cobertura principal, cualquiera sea la causa.

Artículo 5° Aviso de Siniestro y Procedimiento para solicitar la Cobertura

Si ocurriera un evento que diera lugar a una solicitud de cobertura bajo esta Cláusula Adicional, el ASEGURADO o sus Beneficiarios deberán cumplir con lo siguiente:

1) Aviso: Cuando se produzca algún hecho que pueda dar origen a la cobertura que otorga la presente Cláusula Adicional, el ASEGURADO debe solicitar por teléfono la asistencia correspondiente, indicando sus datos personales, el número de la PÓLIZA, el lugar donde se encuentra y la clase de servicio que precisa u otro dato que facilite su identificación al momento del uso del seguro.

Independientemente de la intervención del servicio de asistencia, el ASEGURADO o su beneficiario deberán dar aviso a la COMPAÑÍA por cualquiera de los medios de comunicación pactados, de la ocurrencia del siniestro, en un plazo no mayor a treinta (30) días calendario luego de ocurrido el suceso, o de haber tomado conocimiento del beneficio, o después de dicho plazo, siempre y cuando el retraso obedezca a motivos de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho.

2) Documentos: Presentar en las oficinas de la COMPAÑÍA los siguientes documentos (en original o certificación de reproducción notarial, antes copia legalizada). El ASEGURADO podrá presentar los documentos en cualquier momento, sin plazo límite específico pero antes del plazo de prescripción establecido por la normatividad vigente:

- a) Recibos, boletas o facturas de los pagos realizados por el servicio de Abogados y/o Fianzas, cuando corresponda; precisando la materia de la demanda que origina el pago.
- b) Orden Judicial o similar consentida donde la Autoridad Legal competente ordena el pago de la Fianza, cuando corresponda;
- c) Notificación Judicial donde la Autoridad Legal competente informa del inicio de un proceso judicial contra el ASEGURADO por responsabilidad civil; cuando corresponda
- d) Recibos, boletas o facturas de los pagos realizados para el traslado del dinero.

El presente seguro no obliga a la COMPAÑÍA a efectuar el pago si, de manera deliberada, no se permite el libre acceso a los médicos u otros funcionarios autorizados por la COMPAÑÍA al lugar donde se encuentre el ASEGURADO, en caso sea

necesario para la evaluación de la Solicitud de Cobertura; salvo que dicho impedimento provenga de una orden de autoridad competente en ejercicio de sus funciones.

La COMPAÑÍA tendrá un plazo máximo de treinta (30) días contados desde la recepción completa de los documentos antes indicados, para aprobar o rechazar la solicitud de cobertura; salvo que solicite una prórroga al CONTRATANTE y/o ASEGURADO para realizar nuevas investigaciones y obtener evidencias relacionadas con el siniestro. En caso que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO no apruebe la solicitud de prórroga presentada por la COMPAÑÍA, ésta se sujetará al procedimiento establecido para tal efecto en el TUPA de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's.

En caso que la COMPAÑÍA requiera aclaraciones o precisiones adicionales, respecto a la documentación e información presentada, la COMPAÑÍA podrá realizar tal requerimiento dentro de los primeros veinte (20) días de recibida la documentación completa presentada para la solicitud de cobertura, lo que suspenderá el plazo de aprobación o rechazo hasta la presentación de la documentación e información correspondiente.

El plazo de veinte (20) días antes indicado se encuentra dentro de los treinta (30) días con el que cuenta La Aseguradora para pronunciarse sobre la aprobación o rechazo de la solicitud de cobertura.

Si la solicitud de cobertura fuese aprobada por La COMPAÑÍA o hubiese transcurrido el plazo de treinta (30) días sin pronunciamiento por parte de la COMPAÑÍA o, de ser el caso, la correspondiente prórroga, se pagará el beneficio dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes.

Seguro de Viajes - LATAM Travel

Cláusula Adicional - Compra Protegida

La presente Cláusula Adicional cubre riesgos adicionales a los de las Coberturas Principales y se regirá, en todo lo que no esté expresamente estipulado en ésta, por las Condiciones Generales de la Póliza, de modo que sólo será válida y regirá mientras las coberturas principales lo sean y estén vigentes.

Artículo 1° Definiciones

Para los efectos de esta Póliza se entiende por:

Artículos comprados para uso comercial: son aquellos bienes que han sido adquiridos para un fin comercial, para la elaboración de un producto y/o servicio que será otorgado a un consumidor final.

Asegurado: Aquellas personas naturales que realicen sus compras en los Establecimientos Comerciales Afiliados, utilizando como medio de pago las Tarjetas Aseguradas y/o dinero en efectivo.

Bien Asegurado: Bien adquirido dentro de los Establecimientos Comerciales Afiliados con una Tarjeta Asegurada y/o con dinero en efectivo y que no se encuentre comprendido dentro los bienes no asegurables en la sección de Exclusiones.

Bienes consumibles indirectamente: Son aquellos bienes que sirven, o ayudan, para la elaboración de un producto final, el cual será comercializado.

Compras: Son las adquisiciones realizadas dentro de los Establecimientos Comerciales Afiliados y con una Tarjeta Asegurada y/o dinero en efectivo.

Culpa Grave: aquel comportamiento en el cual se omite las previsiones elementales que la persona debe tener en el día a día. Por ejemplo: en la presente cláusula adicional, la previsión elemental es mantener cuidado con los bienes adquiridos en los establecimientos comerciales afiliados.

Culpa Inexcusable: Incurre en ella quien por negligencia (poco cuidado) grave no realiza una obligación. En la presente cláusula adicional se trataría del poco cuidado de los bienes adquiridos en los establecimientos comerciales afiliados.

Daño Material: Artículos no excluidos que debido a piezas rotas o fallas estructurales, no pueden seguir desempeñando la función que se pretende realizar de forma normal. Solo se cubren daños, que no estén expresamente excluidos en el artículo 6°.

Dolo: Voluntad deliberada de cometer un delito, a sabiendas de su carácter delictivo y del daño que puede causar.

Establecimiento Comercial Afiliado: Todo aquel establecimiento comercial indicado en la Solicitud donde el ASEGURADO adquiera los bienes asegurados.

Robo: Delito que consiste en la apropiación ilegítima de un bien mueble ajeno ya sea de manera total o parcial, con el fin de aprovecharse de él, sustrayéndolo del lugar en que se encuentra, empleando violencia contra la persona o amenazándola con un peligro inminente para su vida o integridad física.

Tarjeta Asegurada: Todas aquellas tarjetas de crédito y/o débito emitidas por una entidad financiera o casa comercial, y que el Titular de la tarjeta o adicional autorizado por el Titular (siempre que en las Condiciones Particulares se estipule la

posibilidad de asegurar a las tarjetas adicionales), puede utilizar para la adquisición de bienes con cargo a líneas de crédito, cuenta corriente, cuentas de ahorro u otra modalidad y que figuren en la Solicitud.

Artículo 2° Cobertura Principal

La COMPAÑÍA indemnizará al ASEGURADO, por concepto de las compras de los bienes que, habiéndose adquirido en los Establecimientos Comerciales Afiliados, mediante la Tarjeta Asegurada y/o dinero en efectivo, hayan sufrido un daño material accidental ocasionado por causas externas hasta noventa (90) días después de realizada la compra, o hayan sido objeto de un robo con fuerza en las cosas hasta el mismo número de días después de haber sido realizada la compra, mientras la cláusula adicional se mantenga vigente.

La cláusula adicional cubre los bienes con un valor de adquisición mayor al indicado en las Condiciones Particulares y/o Certificado. Los bienes cuyo precio de compra individual sean menores a este valor mínimo carecen de cobertura.

La cobertura se limita al costo real del artículo, con exclusión de entrega y costos de transporte.

Artículo 3° Condiciones para ser Asegurado

Cualquier persona natural puede aplicar al seguro, siempre que cuenta con una tarjeta de crédito o débito emitida por una entidad financiera o casa comercial.

Artículo 4° Criterios de Valoración de Daños

En caso no se estipule de forma diferente en las Condiciones Particulares, los criterios de valoración de daños se calcularán en base a lo siguiente:

1. La COMPAÑÍA pagará por los daños materiales accidentales sufridos por cualquier Bien Asegurado tomando en cuenta el menor valor entre:
 - a) El costo total de reparación de éstos,
 - b) El costo de reposición del bien asegurado;

Y como máximo valor el precio de compra del Bien Asegurado reflejado en el Estado de Cuenta preparado por el Emisor, o en el comprobante de pago emitido por el establecimiento comercial donde se efectuó la compra, cuando se adquiriera más de un bien mediante un solo voucher de compra.

2. Se considerará la pérdida total de un bien, si el costo de reparación es igual o superior al 75% del valor de la compra; caso contrario se procederá a indemnizar el gasto incurrido en la reparación del mismo.
3. Las solicitudes de cobertura por bienes que formen parte de pares, juegos o conjuntos, serán liquidados conforme al precio total de compra del par, juego o conjunto, en el caso que los bienes dañados resulten irremplazables individualmente y conviertan al resto del conjunto en inutilizable.

Artículo 5° Reducción de la Suma Asegurada Anual

Toda Indemnización que la COMPAÑÍA pague al ASEGURADO, reducirá automáticamente en igual monto la Suma Asegurada Anual, desde la fecha de ocurrencia del siniestro. Por lo tanto, independientemente de la cantidad de solicitudes de cobertura que en razón de los bienes dañados pudiera presentar el ASEGURADO, la COMPAÑÍA se compromete a indemnizar a éste sólo hasta la Suma Asegurada Anual señalada en las Condiciones Particulares, de acuerdo al plan elegido, con un límite máximo de eventos dos (dos) eventos por año.

Artículo 6° Exclusiones y Bienes no Asegurables

No serán indemnizables bajo esta cobertura los daños que sean consecuencia de:

- a) Artículos comprados para uso comercial.

- b) Pérdidas causadas por líquidos, fluidos, aceites, productos químicos, o fluidos corporales o excreciones.
- c) Uso normal y desgaste natural.
- d) Vicios propios del Bien Asegurado que deriven de una defectuosa fabricación o que generen la responsabilidad de garantía del fabricante y/o vendedor.
- e) Culpa inexcusable o dolo del ASEGURADO.
- f) Daños que se manifiesten como defectos estéticos: rayaduras a superficies pintadas, pulidas o esmaltadas, solo serán indemnizables cuando sobrevengan a consecuencia de un siniestro indemnizable que haya afectado también otras partes del Bien Asegurado e impida el correcto y normal funcionamiento del Bien Asegurado.

No serán considerados como Bien Asegurado, en ningún caso:

- a) El dinero en efectivo o en cualquiera de sus formas, los cheques de viaje, billetes y pasajes.
- b) Los programas de aplicación, software operativo y videojuegos;
- c) Los artículos alquilados, arrendados, o prestados
- d) Los animales y plantas naturales.
- e) 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 o la de sus acompañantes previamente conocidos por aquel.
- f) Los bienes consumibles, es decir, aquellos que pueden servir para el consumo.
- g) Los bienes adquiridos ilícitamente, mediante extorsión y/o sin la voluntad o consentimiento del ASEGURADO.
- h) Los bienes adquiridos por el mismo ASEGURADO mediante el uso indebido de la Tarjeta Asegurada.
- i) Los vehículos motorizados, entendiéndose como tales aquellos que se desplazan por vías terrestres, acuáticas o aéreas con propulsión propia.

Artículo 7° Aviso de Siniestro y Procedimiento para solicitar cobertura

Si ocurriera un evento que diera lugar a una solicitud de cobertura bajo esta Póliza, el ASEGURADO deberá cumplir con lo siguiente:

1. Dar aviso a la oficina principal de la COMPAÑÍA o del Comercializador de la ocurrencia del siniestro, en un plazo no mayor a treinta (30) días calendario luego de ocurrido el suceso, o después de dicho plazo, tan pronto como sea posible, siempre y cuando el retraso obedezca a motivos de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho.
2. Posteriormente presentar en la oficina principal de la COMPAÑÍA o del Comercializador los siguientes documentos (en original o certificación de reproducción notarial, antes copia legalizada):
 - a) En la comunicación del siniestro, consignar los datos de la compra, como nombre del Establecimiento Comercial Afiliado, domicilio del mismo, medio de pago utilizado, fecha y hora de la compra, monto de la misma así como una descripción de las circunstancias del accidente que ocasionó los daños al producto de acuerdo al formato que la Compañía le otorgará.
 - b) Documento de Identidad del ASEGURADO.
 - c) Comprobante de pago emitido por el Establecimiento Comercial Afiliado donde se efectuó la compra, cuando se adquiera más de un bien mediante un solo voucher de compra.
 - d) En caso de robo, el ASEGURADO deberá realizar la Denuncia Policial dentro de las cuatro (4) horas siguientes a la ocurrencia del siniestro. De no poder realizarla en el plazo antes indicado, al momento de la presentación de documentos, el ASEGURADO sustentará los motivos de ello.
3. Excepto cuando se cuente con autorización escrita de la COMPAÑÍA para hacer algo distinto, conservar los bienes dañados en las condiciones en que quedaron al momento de ocurrir el daño, por lo tanto, no realizar cambios en las partes dañadas, y entregarlos a la COMPAÑÍA cuando ésta lo requiera.

En caso de ser presentada la documentación al Comercializador, éste tramitará el pago de la indemnización correspondiente ante la empresa de seguros de manera directa o a través del corredor de seguro

Artículo 8° Pago de Beneficios

Comprobada la veracidad de los hechos y de los documentos presentados, y luego de haber verificado que la causa no se encuentra comprendida dentro de las Exclusiones, LA COMPAÑÍA procederá a pagar al ASEGURADO la suma asegurada señalada en las Condiciones Particulares en un plazo máximo de diez (10) días calendarios de recibida toda la documentación señalada en el artículo anterior. La COMPAÑÍA pagará al ASEGURADO el importe correspondiente al valor de adquisición del Bien Asegurado o al valor de su reparación (si esta fuera posible), el que sea menor.

Seguro de Viajes - LATAM Travel

Cláusula Adicional - Robo en Cajero Automático

La presente Cláusula Adicional cubre riesgos adicionales a los de las Coberturas Principales y se regirá, en todo lo que no esté expresamente estipulado en ésta, por las Condiciones Generales de la Póliza, de modo que sólo será válida y regirá mientras las coberturas principales lo sean y estén vigentes.

Artículo 1° Definiciones

Para los efectos de la presente cláusula adicional se entiende por:

Cajero Automático: Equipo automatizado de una Entidad Financiera, que proporciona un medio alternativo de prestación de servicios como la disposición de efectivo, mediante la utilización de una tarjeta de crédito o débito.

Disposición de Efectivo: Retiro de dinero en un Cajero Automático.

Entidad Emisora: Es la Entidad Financiera o Casa Comercial señalada en las Condiciones Particulares, Solicitud Certificado o Certificado, según corresponda, que emite tarjetas de crédito, débito o algún tipo de cuenta al ASEGURADO.

Fecha de Llegada: Es la fecha que el ASEGURADO originalmente programó como regreso de su VIAJE y que está especificada en las CONDICIONES PARTICULARES y/o Certificado de Seguro, según corresponda.

Fecha de Salida: Es la fecha indicada por el ASEGURADO originalmente y que programó para iniciar el VIAJE y que está especificada en las CONDICIONES PARTICULARES y/o Certificado de Seguro, según corresponda.

Robo: Delito que consiste en la apropiación ilegítima de un bien por parte de un tercero, ya sea de manera total o parcial, con el fin de aprovecharse de él, sustrayéndolo del lugar en que se encuentra, empleando violencia contra la persona o amenazándola con un peligro inminente para su vida o integridad física.

Utilización Forzada: Acto en el cual existe algún tipo de amenaza directa sobre el ASEGURADO que pueda causarle daño físico ante el evento de negarse a hacer uso de la(s) Tarjeta(s) Asegurada(s) en un Cajero Automático.

Retiro: Acto mediante el cual el ASEGURADO efectúa válidamente la disposición de efectivo en un Cajero Automático.

Viaje: Es el período de tiempo comprendido entre la fecha de salida y llegada especificadas en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, según corresponda, sujeto a un máximo continuo de días por viaje.

Artículo 2° Vigencia Individual y Territorio

El derecho a las indemnizaciones y prestaciones contempladas para la presente cláusula adicional se limita a contingencias que ocurran a una distancia superior a doscientos (200) kilómetros contados desde el domicilio particular del ASEGURADO que figura en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, según corresponda.

El inicio de la vigencia de la presente cobertura de viaje internacional se computará a partir del paso del ASEGURADO por Policía Internacional o Departamento de Migraciones, 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 y/o Certificado de Seguro, según corresponda, si esta es posterior a la fecha de embarque.

La protección termina en cualquiera de las siguientes fechas, lo 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 o Departamento de Migraciones;

- b) Al final de la vigencia en días indicado en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, según corresponda;
- c) Al final del plazo de VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

El ámbito territorial de las coberturas se extiende a todo el mundo, exceptuando los siguientes países: Afganistán, Cuba, República Democrática del Congo, Irán, Iraq, Liberia, Sudán o Siria o cualquier país que ingrese a la lista OFAC, 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 y/o Certificado de Seguro, según corresponda.

El CONTRATANTE de la PÓLIZA, deberá informar el ingreso del ASEGURADO, hasta máximo veinticuatro (24) horas previas al viaje del ASEGURADO y la vigencia de su cobertura quedará especificada en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, según corresponda.

Todos los ASEGURADOS deberán completar los requisitos de asegurabilidad establecidos en las CONDICIONES PARTICULARES y/o Certificado de Seguro, según corresponda y su ingreso será automático en la PÓLIZA. Todo ASEGURADO que no haya sido notificado y/o no haya completado los requisitos de asegurabilidad establecidos en las CONDICIONES PARTICULARES y/o Certificado de Seguro, según corresponda, no tendrá cobertura en el presente seguro.

Artículo 3° Cobertura

LA COMPAÑÍA se obliga, mediante el cobro de una prima adicional, a indemnizar al ASEGURADO, por el ROBO del dinero en efectivo que se produzca con forma posterior a su RETIRO por uso de su Tarjeta, que efectuase durante su viaje declarado en la Solicitud, Certificado o Solicitud-Certificado; siempre que dicho delito sea cometido dentro de las instalaciones de los cajeros automáticos y fuera de ellos.

Solo se cubrirá la pérdida de dinero en efectivo que el ASEGURADO sufra dentro de las dos (02) horas siguientes al RETIRO, salvo disposición diferente en las Condiciones Particulares, Solicitud Certificado o Certificado de Seguro. **No se brinda cobertura por la utilización forzada de la Tarjeta del ASEGURADO.**

Para todas las coberturas, la Suma Asegurada Máxima por Evento, el número de eventos amparados y/o el periodo de carencia, si llegará a aplicar, se encuentran especificados en las Condiciones Particulares, Solicitud Certificado o Certificado de Seguro.

Asimismo, a efectos de brindar la cobertura, es necesario que el evento asegurado se produzca en el destino declarado en la Solicitud, Certificado o Solicitud-Certificado.

Artículo 4° Exclusiones

LA COMPAÑÍA no pagará la indemnización correspondiente cuando el siniestro ocurra como consecuencia de:

- a) Participación, en calidad de autor, cómplice o encubridor del:
 - (i) El propio ASEGURADO; y/o,
 - (ii) Cualquier pariente del ASEGURADO, hasta el cuarto grado de consanguinidad o afinidad; y/o,
 - (iii) Él/ la cónyuge o conviviente del ASEGURADO.
 - (iv) Empleado del ASEGURADO
- b) Incumplimiento de cualquier deber u obligación del ASEGURADO, impuestos por el Contrato que tiene celebrado con la Entidad Emisora.
- c) Terremoto, meteorito, maremoto, erupción volcánica, tornado, vendaval, huracán o ciclón, granizo o inundación.
- d) Reacción nuclear, radiación nuclear o contaminación radiactiva.
- e) Responsabilidad civil de cualquier tipo que afecte al ASEGURADO y cualquier consecuencia legal derivada del uso, mal uso de la(s) Tarjeta(s) Asegurada(s) y/o la Información Sensible de la Tarjeta.

- f) Operaciones realizadas en lugares en situación de o afectados directamente por invasiones, guerra, sea o no declarada, operaciones o actividades bélicas, actos de enemigo extranjero, hostilidades, guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, sublevación, motín, disturbios sociales, políticos o populares, poder militar, usurpación de poder militar, ley marcial o acciones de autoridad no constituida, delitos contra la seguridad interior del Estado, huelgas, vandalismo y alborotos populares de cualquier tipo.
- g) El estado de embriaguez del ASEGURADO. Para tal efecto, se considerará estado de embriaguez cuando el ASEGURADO se niegue a practicarse el examen de alcoholemia u otro que corresponda, o cuando habiéndosele practicado, éste arroje un resultado mayor a 0.50 gr. /lt. de alcohol en la sangre al momento del siniestro. Para la aplicación de esta exclusión se tomará como referencia el ratio de 0.15 gramos de alcohol por litro de sangre como promedio de metabolización del alcohol por el organismo por hora. Este ratio se aplicará al lapso transcurrido entre la hora del siniestro que consta en el Informe o Atestado Policial y la hora de dosaje.
- h) Las pérdidas en que legalmente el ASEGURADO pueda cobrar u obtener reembolso de la Entidad Emisora.
- i) Cuando el siniestro se produzca durante la comisión de un delito por parte del ASEGURADO.
- j) Uso de la Tarjeta por parte de una persona distinta al ASEGURADO.

Artículo 5° Terminación de la Cláusula Adicional

La cobertura prevista en esta Cláusula Adicional cesará en la fecha en que termine la cobertura principal, cualquiera sea la causa, o en caso de indemnización del evento ASEGURADO en el presente documento.

Artículo 6° Aviso de Siniestro y Procedimiento para solicitar la Cobertura

Si ocurriera un evento que diera lugar a una solicitud de cobertura bajo la presente cláusula adicional, el ASEGURADO deberá cumplir con lo siguiente:

- a) **Aviso:** Cuando se produzca algún hecho que pueda dar origen a la cobertura que otorga la presente Cláusula Adicional, el ASEGURADO debe solicitar por teléfono la asistencia correspondiente, indicando sus datos personales, el número de la PÓLIZA, el lugar donde se encuentra y la clase de servicio que precisa u otro dato que facilite su identificación al momento del uso del seguro.

Independientemente de la intervención del servicio de asistencia, el ASEGURADO o su beneficiario deberán dar aviso a la COMPAÑÍA por cualquiera de los medios de comunicación pactados, de la ocurrencia del siniestro, en un plazo no mayor a treinta (30) días calendario luego de ocurrido el suceso, o de haber tomado conocimiento del beneficio, o después de dicho plazo, siempre y cuando el retraso obedezca a motivos de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho.

- b) Asimismo, el ASEGURADO, deberá realizar las siguientes acciones:
 - Presentar la denuncia policial, en la delegación correspondiente, dentro de un plazo no mayor a 24 (veinticuatro) horas de ocurrido el evento materia de cobertura.
- c) Presentar en la oficina principal de la COMPAÑÍA o del Comercializador los siguientes documentos (en original o certificación de reproducción notarial -antes copia legalizada):
 - Documento de Identidad del ASEGURADO.
 - Estado de cuenta o consulta de movimiento y/o registro de movimientos emitido por la Entidad Emisora, que acrediten el lugar y hora de las disposiciones de efectivo.
 - Copia Certificada de la Denuncia Policial,
 - Copia Certificada del Informe o Atestado Policial, cuando corresponda
 - Declaración Jurada de no haber contratado o solicitado o tramitado cobertura de alguna Póliza de Seguro que cuente con coberturas de la misma naturaleza, con otras compañías de seguros o de haber recibido indemnización por parte de otras compañías de seguros. En caso de haber presentado solicitud de cobertura a otra compañía de Seguros por el mismo siniestro reportado a LA COMPANIA, deberá presentar copia simple de dicha solicitud.

antes indicados, para aprobar o rechazar la solicitud de cobertura; salvo que solicite una prórroga al ASEGURADO para realizar nuevas investigaciones y obtener evidencias relacionadas con el siniestro. En caso que el ASEGURADO no apruebe la solicitud de prórroga presentada por la COMPAÑÍA, ésta se sujetará al procedimiento establecido para tal efecto en el TUPA de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's.

Cuando La COMPAÑÍA lo considere conveniente, podrá requerir una entrevista personal con el ASEGURADO o documentación adicional, con el fin de obtener las aclaraciones y/o precisiones necesarias acerca del evento o siniestro ocurrido. Ello se solicitará dentro de los primeros veinte (20) días del plazo de treinta (30) días con los que cuenta la COMPAÑÍA, para aprobar o rechazar el siniestro.

Seguro de Viajes LATAM Travel

Cláusula Adicional - Traslado de Restos Mortales (Repatriación Funeraria)

La presente Cláusula Adicional cubre riesgos adicionales a los de las Coberturas Principales y se registrará, en todo lo que no esté expresamente estipulado en ésta, por las Condiciones Generales de la Póliza, de modo que sólo será válida y registrará mientras las coberturas principales lo sean y estén vigentes.

Artículo 1° Descripción de la Cobertura

El pago del traslado de los restos mortales hasta el país o región nacional de residencia habitual del ASEGURADO, así como proveer un ataúd común o una urna funeraria. Esta cobertura comprende el pasaje aéreo y embalsamamiento, hasta el límite indicado en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro en caso de ser un seguro grupal; o a su vez inhumación local, a petición de los deudos, hasta por el equivalente de la suma asegurada, en caso que se hubiese repatriado o trasladado.

Artículo 2° Exclusiones

Esta cobertura no cubre el fallecimiento del ASEGURADO si este fuere causado por:

- a) **Suicidio consciente y voluntario del ASEGURADO, salvo que el contrato haya estado en vigencia ininterrumpidamente por dos (02) años.**
- b) **Lesiones autoinflingidas provocadas por el ASEGURADO estando en estado inconsciente**
- c) **Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, con o sin declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, poder militar o usurpado, ley marcial, motín o conmoción civil.**
- d) **Detonación, reacción o radiación nuclear o contaminación radioactiva; independientemente de la forma en que se haya ocasionado.**
- e) **Pena de muerte o participación activa del ASEGURADO en cualquier acto delictivo o en actos violatorios de leyes o reglamentos; duelo concertado; así como en huelgas, motín, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.**
- f) **Por acto delictivo cometido por el beneficiario o heredero contra el ASEGURADO, en calidad de autor o cómplice, dejando a salvo el derecho a recibir la suma asegurada de los restantes beneficiarios o herederos, si los hubiere, así como su derecho de recibir la parte proporcional de la suma asegurada que le correspondía al beneficiario excluido.**
- g) **Viajes aeronáuticos que haga el ASEGURADO en calidad de pasajero en vuelos de itinerarios no fijos ni regulares.**
- h) **Participación del ASEGURADO como conductor o acompañante en carreras o ensayos de velocidad o resistencia de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas.**
- i) **Condiciones Médicas pre-existentes, entendiéndose como tales a cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocido por el ASEGURADO o dependiente y no resuelta en el momento previo a la presentación de la solicitud de seguro y/o declaración jurada de salud contenida en la misma, de ser el caso.**

Artículo 3° Terminación de la Cobertura

La cobertura prevista por esta Cláusula Adicional cesará en la fecha en que termine(n) la(s) cobertura(s) principal(es), cualquiera sea la causa.

Artículo 4° Aviso del Siniestro y Procedimiento para Solicitar la Cobertura

Aviso: Dar aviso a LA COMPAÑÍA por cualquiera de los medios de comunicación pactados de la ocurrencia del siniestro, en un plazo no mayor a treinta (30) días calendarios siguientes a la fecha de conocido el suceso, o desde que tomó conocimiento del beneficio, o después de dicho plazo tan pronto como sea posible, siempre y cuando el retraso obedezca a motivos de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho.

Documentos: Posteriormente, para la Solicitud de Cobertura, deberán presentar en las oficinas de la COMPAÑÍA los siguientes documentos (en original o certificación de reproducción notarial, antes copia legalizada). Los Beneficiarios podrán presentar los documentos en cualquier momento, sin plazo límite específico, pero antes del plazo de prescripción establecido por la normatividad vigente:

Para el caso de Traslados Internacionales:

- Las autorizaciones sectoriales correspondientes, según el país en que ocurra el fallecimiento.

Para el caso de Traslados Nacionales:

- Autorización Sanitaria para Traslado de Cadáver.

En caso de muerte presunta del ASEGURADO, ésta deberá acreditarse conforme a las disposiciones legales vigentes.

La COMPAÑÍA tendrá un plazo máximo de treinta (30) días contados desde la recepción completa de los documentos antes indicados, para aprobar o rechazar la solicitud de cobertura; salvo que solicite una prórroga al CONTRATANTE y/o ASEGURADO para realizar nuevas investigaciones y obtener evidencias relacionadas con el siniestro. En caso que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO no apruebe la solicitud de prórroga presentada por la COMPAÑÍA, ésta se sujetará al procedimiento establecido para tal efecto en el TUPA de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's.

En caso que la COMPAÑÍA requiera aclaraciones o precisiones adicionales, respecto a la documentación e información presentada, la COMPAÑÍA podrá realizar tal requerimiento dentro de los primeros veinte (20) días de recibida la documentación completa presentada para la solicitud de cobertura, lo que suspenderá el plazo de aprobación o rechazo hasta la presentación de la documentación e información correspondiente.

El plazo de veinte (20) días antes indicado se encuentra dentro de los treinta (30) días con el que cuenta La Aseguradora para pronunciarse sobre la aprobación o rechazo de la solicitud de cobertura.

Si la solicitud de cobertura fuese aprobada por La COMPAÑÍA o hubiese transcurrido el plazo de treinta (30) días sin pronunciamiento por parte de la COMPAÑÍA o, de ser el caso, la correspondiente prórroga, se pagará el beneficio dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes.

En casos en los que legalmente deba practicarse una necropsia y/o dosaje etílico, y los mismos no se lleven a cabo por negativa de los familiares o el ASEGURADO, la COMPAÑÍA quedará liberada de pagar la indemnización o beneficio pactado.

En casos en los que legalmente deba practicarse una necropsia y/o dosaje etílico, y los mismos no se lleven a cabo por negativa de los familiares o el ASEGURADO, la COMPAÑÍA quedará liberada de pagar la indemnización o beneficio pactado.

Seguro de Viajes LATAM Travel

Cláusula Generales e contratación comunes a los seguros de accidentes personales

Índice

1. Definiciones
2. Objeto del contrato de seguro
3. Bases del contrato
4. Diferencias entre la propuesta y la póliza - observación de la póliza
5. Prima y pago
6. Periodo de gracia
- 7. Efectos del incumplimiento del pago de las primas**
8. Rehabilitación
9. Vigencia y renovación
- 10. Nulidad del contrato de seguro**
- 11. Resolución del contrato de seguro**
12. Beneficiarios
- 13. Indemnización de los siniestros**
- 14. Modificación de condiciones contractuales**
15. Agravación del riesgo
16. Reducción de la suma asegurada y/o beneficio máximo anual
- 17. Derecho de arrepentimiento**
18. Moneda
19. Tributos
- 20. Mecanismos de solución de controversias**
21. Defensoría del asegurado
22. Domicilio
- 23. Prescripción**
24. Declaración
25. Atención de consultas y reclamos
26. Registro Nacional de información de contratos de seguros de vida y de accidentes
27. Ley de contrato de seguro y normas reglamentarias

Artículo 1º: Definiciones

Los términos que se indican a continuación tendrán el siguiente significado para todos los efectos de esta póliza de seguros:

Asegurado: Es la persona que está expuesta al riesgo asegurado y a cuyo favor se extiende el seguro. Generalmente es la misma persona que contrata la póliza. Figura como tal en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Beneficiario: Persona designada en la póliza por el Contratante y/o Asegurado como titular de los derechos indemnizatorios que en dicho documento se establece.

Certificado de Seguro: Documento que se emite en el caso de seguros de grupo o colectivo, vinculado a una póliza de seguro determinada. Contiene los datos de identificación del Contratante y/o Asegurado y del interés asegurado y demás condiciones de aseguramiento relativas al riesgo individualizado.

Cláusulas Adicionales: Son aquellas condiciones especiales y opcionales a una o más pólizas, que permiten extender o ampliar las coberturas principales del producto de seguros, comprendidas en las condiciones generales, incluyendo riesgos no contemplados o expresamente excluidos.

COMPAÑIA: Chubb Seguros Perú S.A.

Clausulas Generales de Contratación: El documento que contiene los términos generales de contratación de aplicación común a todo contrato de seguro que celebre la COMPAÑIA.

Condiciones Generales: Conjunto de cláusulas o estipulaciones básicas establecidas por la COMPAÑIA para regir los contratos pertenecientes a un mismo ramo o modalidad de seguro. Su aplicación puede ser modificada por otras cláusulas contractuales incluidas en la póliza del seguro.

Condiciones Particulares: Estipulaciones del Contrato de Seguro relativas al riesgo individualizado que se asegura, como la identificación de las partes, la designación del asegurado y del beneficiario, si lo hubiere, la descripción de la materia asegurada, la suma asegurada o el alcance de la cobertura, el importe de la prima, el lugar y la forma de pago, la vigencia del contrato, entre otras condiciones de aseguramiento. La Tabla de Beneficios, en caso hubiere, forma parte de las Condiciones Particulares.

Condiciones Especiales: Estipulaciones que modifican, extiende, excluyen o aclaran coberturas específicas aplicables a una póliza determinada.

Contratante: Es la persona que suscribe la póliza con la COMPAÑIA y generalmente la obligada al pago de la prima. Suele ser el mismo asegurado, pero puede tratarse de una persona distinta. Es el que fija y solicita los montos asegurados y los riesgos que requiere asegurar, y el único que puede solicitar enmiendas a la póliza.

Contrato de Seguro: la COMPAÑIA se obliga, mediante el cobro de una prima y para el caso de que se produzca el evento cuyo riesgo es objeto de cobertura, a indemnizar dentro de los límites pactados el daño producido al Asegurado o a satisfacer un capital, una renta u otras prestaciones convenidas. El contrato de seguro está compuesto por las Cláusulas Generales de Contratación, Condiciones Generales, Condiciones Particulares, Condiciones Especiales, Cláusulas Adicionales y Endosos, de ser el caso.

Convenio de Pago: Documento en el que consta el compromiso por parte del Contratante y/o Asegurado de pagar la prima en la forma y plazos convenidos con la COMPAÑIA.

Declaración de Salud: Es el cuestionario que el Asegurado completa al momento de solicitarse el seguro, en el cual manifiesta si él, sus dependientes o parientes cercanos, padecen o han padecido de alguna enfermedad anterior al inicio del seguro. Las condiciones preexistentes no declaradas impiden a la COMPAÑIA adoptar una decisión fundamentada al seleccionar el riesgo; por lo tanto, las condiciones preexistentes no declaradas pueden determinar el rechazo de la reclamación y/o nulidad de la póliza, o la modificación de la misma. La COMPAÑIA se reserva el derecho de no asegurar a aquellas personas que considere estén en mal estado de salud.

Deducible: Se refiere al importe de gastos cubiertos que será por cuenta del Asegurado y cuyo monto y forma de aplicación se especifica en las Condiciones Particulares o en la Tabla de Beneficios de esta póliza.

Endoso: Documento que se adhiere a la póliza y mediante el cual se modifica(n) alguno(s) de los términos y condiciones de la misma o se transmite a un tercero total o parcialmente los derechos, beneficios y/u obligaciones emanados de la póliza. El endoso surte efecto una vez que ha sido suscrito o aprobado por la COMPAÑIA y el contratante.

Exclusiones: Son las causas, circunstancias, condiciones o hechos exceptuados de cobertura y que se encuentran expresamente indicados en la póliza en caracteres destacados.

Fraccionamiento de Primas: Constituye la facilidad de pago que otorga la COMPAÑIA, mediante la cual se permite al Contratante y/o Asegurado pagar la prima correspondiente al período de vigencia de la póliza, en cuotas periódicas, según los términos acordados en el Convenio de Pago.

Inicio de Vigencia: Es la fecha que aparece en las Condiciones Particulares a partir de la cual comienzan a regir los beneficios del seguro, sujetos a los períodos de carencia establecidos en la póliza.

Interés Asegurable: Se entiende por el requisito que debe concurrir en quien desee asegurar un determinado bien, reflejado en su deseo sincero de que un siniestro no se produzca, ya que a consecuencia de él se originaría un perjuicio para su patrimonio.

Período de Carencia: Período de tiempo que se estipula debe transcurrir entre la fecha de inicio de vigencia de la póliza y aquella en que efectivamente entra en vigor la cobertura.

Período de Gracia: Período de tiempo dentro del cual a pesar de encontrarse la prima impaga, el Contratante y/o Asegurado gozará de cobertura, si es que así se ha establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza. En este caso, se puede pagar la prima vencida sin moras ni intereses. El plazo se cuenta a partir de la fecha de vencimiento de pago de la prima vencida más antigua.

Período de Rehabilitación: Período de tiempo dentro del cual el Contratante y/o Asegurado puede solicitar a la COMPAÑIA la rehabilitación de la póliza cuyas coberturas se encuentran suspendidas por falta de pago. El período de rehabilitación se cuenta a partir de la fecha de suspensión de la cobertura y termina cuando la COMPAÑIA comunica al Contratante y/o Asegurado la resolución del contrato.

Póliza: Documento en el que consta el Contrato de Seguro, del que forma parte la Solicitud del Seguro y la Declaración de Salud, documentos que contienen declaraciones efectuadas por el Contratante y/o Asegurado con ocasión de la contratación del seguro, y el Certificado de Seguro, en caso de seguros de grupo o colectivos.

Pre-existencia: cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO o su dependiente y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud
Prima: Es el precio que la COMPAÑIA establece por la cobertura otorgada.

Prima Devengada: Es la fracción de la prima correspondiente al período transcurrido desde que la empresa de seguros ha brindado cobertura, de acuerdo con las condiciones establecidas en la póliza.

Rehabilitación: Decisión de la COMPAÑIA de volver a poner vigente una póliza de seguro cuyas coberturas se encontraban suspendidas por falta de pago, siempre que el CONTRATANTE lo solicite y que pague las cuotas vencidas.

Solicitud de Seguro: Documento en el cual el Contratante y/o Asegurado solicita la cobertura del seguro para él y sus dependientes, la cual eventualmente incluye la respectiva Declaración de Salud que necesariamente debe ser suscrita tanto por el Contratante como por el Asegurado, cuando se traten de personas distintas; salvo en el caso de contratos comercializados a distancia.

Suma Asegurada: Es la suma, importe, monto o valor que el Contratante y/o Asegurado determina y fija para el contrato de seguro y representa el valor máximo por el cual la COMPAÑIA se responsabiliza para el pago de la indemnización en caso de siniestro. Cuando se mencione que la suma o valor asegurado es un límite agregado anual, significará que es el monto máximo que la COMPAÑIA indemnizará por uno o varios siniestros, dentro del plazo de vigencia contratado.

Artículo 2º: Objeto del contrato de seguro

En virtud del presente contrato de seguro, el CONTRATANTE Y/O ASEGURADO se obliga al pago de la prima convenida y la COMPAÑÍA a indemnizar al ASEGURADO o a sus Beneficiarios y/o endosatarios, hasta el límite de la Suma Asegurada y/o Beneficio Máximo Anual que figura en las Condiciones Particulares de la póliza, contra las pérdidas y/o daños que efectivamente ocasione la ocurrencia de los riesgos asegurados, con sujeción a los términos de la Solicitud de Seguro, las Cláusulas Generales de Contratación, las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, las Condiciones Especiales, Endosos y anexos, así como los demás documentos que formen parte en forma conjunta e indivisible del contrato de seguro

Artículo 3º: Bases del contrato

3.1 El CONTRATANTE Y/O ASEGURADO está obligado a declarar a la COMPAÑÍA en la Solicitud de Seguro, antes de la celebración del contrato, todos los hechos o circunstancias preguntadas, debido a que influyen en la voluntad de la COMPAÑÍA para la fijación de la prima o la aceptación o rechazo del riesgo. La exactitud de estas declaraciones constituye la base del presente contrato y causa determinante de la emisión de la póliza para la COMPAÑÍA.

3.2 En caso de producirse discrepancias entre las Cláusulas Generales de Contratación y las Condiciones Generales, prevalecerán estas últimas. Las Condiciones Particulares prevalecerán sobre las Condiciones Generales y las Condiciones Especiales sobre las Condiciones Particulares. En caso de haber incompatibilidad entre las cláusulas manuscritas o mecanografiadas y las impresas prevalecerán las primeras.

3.3 La copia de la póliza y sus posteriores endosos deberán constar por escrito y encontrarse debidamente firmados por los funcionarios autorizados de la COMPAÑÍA y por el CONTRATANTE, quien deberá devolverlos a la COMPAÑÍA, salvo que se haya pactado la emisión de una Póliza electrónica

3.4 El inicio de la vigencia de la cobertura materia del presente contrato está condicionado a la aceptación de la solicitud del seguro por parte de la COMPAÑÍA.

3.5 El CONTRATANTE Y/O ASEGURADO declara conocer que es su prerrogativa la designación de un corredor de seguros, el cual se encuentra facultado para realizar en su nombre y representación todos los actos de administración vinculados a sus intereses en la póliza, mas no actos de disposición.

3.6 Los avisos y comunicaciones que intercambien las partes contratantes deberán ser formuladas por escrito o por cualquiera de los medios de comunicación pactados, con constancia de recepción, bajo sanción de tenerse por no cursadas.

3.7 Las comunicaciones cursadas entre el corredor de seguros y la COMPAÑÍA surten todos sus efectos en relación al CONTRATANTE Y/O ASEGURADO, con las limitaciones previstas en la ley vigente.

Artículo 4º: Diferencias entre la propuesta y la póliza - Observación de la póliza

4.1 Queda establecido que cuando el texto de la Póliza difiera del contenido de la propuesta u oferta de la COMPAÑÍA, la diferencia se considera tácitamente aceptada por el CONTRATANTE si no reclama dentro de los treinta (30) días calendario de haber recibido la Póliza. La aceptación se presume solo si la COMPAÑÍA advirtió al CONTRATANTE en forma detallada y mediante documento adicional y distinto a la Póliza, que existen esas diferencias y que dispone de treinta (30) días calendario para rechazarlas. Si no se efectúa la referida advertencia se tendrán las diferencias como no escritas.

4.2 La solicitud de rectificación efectuada por el CONTRATANTE importa la propuesta de celebración de un nuevo contrato y no obliga a la COMPAÑIA, sino a partir del momento en que ésta le comunique por escrito o a su corredor, su decisión de aceptar las modificaciones solicitadas. Si la COMPAÑIA no respondiera la solicitud de rectificación en el plazo de quince (15) días calendario de haberla recibido, se entenderá por rechazada, debiendo la COMPAÑIA restituir el íntegro de la prima que hubiere recibido dentro de los quince (15) días calendarios de vencido el plazo señalado. La eliminación o el rechazo de las diferencias no afectan la eficacia del contrato en lo restante, salvo que comprometan la finalidad económico-jurídica y el equilibrio del contrato.

4.3 Sólo después de transcurridos los treinta (30) días mencionados en el numeral

4.1. Precedente, las diferencias producirán efectos, siempre y cuando el contratante lo acepte expresamente.

Artículo 5°: Prima y pago

5.1 La prima podrá ser modificada por la COMPAÑIA al vencimiento de la vigencia anual, por razones de orden técnico o comercial, previa comunicación al CONTRATANTE, cursada con una anticipación de cuarenta y cinco (45) días previos al vencimiento del contrato. El CONTRATANTE tiene un plazo de treinta (30) días previos al vencimiento del contrato para manifestar su rechazo a la propuesta de modificación. En caso contrario se entienden aceptadas las modificaciones propuestas. En el caso de los seguros grupales, el CONTRATANTE pondrá en conocimiento a los ASEGURADOS de las modificaciones realizadas a la póliza.

5.2 El pago de la prima sólo surtirá efecto cancelatorio a partir del día y hora en que la COMPAÑIA o la entidad financiera autorizada perciba efectivamente el importe correspondiente, cancelando el recibo o el documento de financiamiento, o a partir del día y hora en que la entidad financiera realice el débito automático en la cuenta o tarjeta que haya sido previamente autorizada por el CONTRATANTE Y/O ASEGURADO.

5.3 Si las partes convinieran en el pago de la prima en forma fraccionada, suscribirán el correspondiente Convenio de Pago y la COMPAÑIA tendrá derecho a percibir los intereses pactados o en su defecto el interés de ley. Los pagos fraccionados deberán ser periódicos y consecutivos, no pudiendo el plazo para el pago de la última cuota de la prima exceder a la vigencia de la póliza. Los importes de dichos pagos fraccionados no serán inferiores a los que resulte de calcular a prorrata la prima pactada por el periodo de cobertura.

5.4 Los corredores de seguros, salvo expresa autorización con sujeción a ley, están prohibidos de cobrar primas y/o extender documentos de financiamiento o recibos de pago por cuenta de la COMPAÑIA. El pago hecho por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO al corredor se tiene por no efectuado, mientras el importe no hubiera ingresado efectivamente al Departamento de Caja de la COMPAÑIA o a la entidad financiera autorizada.

5.5 Queda claramente convenido que la aceptación por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO de letras de cambio representativas de las cuotas convenidas para el pago fraccionado de la prima o su refinanciación, en su caso, no constituirán novación de la obligación original. Tales letras de cambio, sólo una vez pagadas, constituirán recibo cancelatorio para el CONTRATANTE Y/O ASEGURADO de las cuotas vencidas.

5.6 Los cheques y otras órdenes de pago sólo surtirán efecto cancelatorio a partir del día efectivo de pago de dichos documentos.

5.7 El CONTRATANTE y/o ASEGURADO no podrá compensar su deuda por concepto de primas con las obligaciones de la COMPAÑIA provenientes de notas de abono y/o de devoluciones pendientes; sin la previa y expresa aceptación de la COMPAÑIA.

5.8 Sin perjuicio del pago de las primas devengadas, en caso de siniestro total que deba ser indemnizado en virtud del contrato de seguro, la prima se entenderá totalmente devengada, debiendo la COMPAÑIA imputarla al pago de la indemnización correspondiente.

5.9 En caso que la COMPAÑIA hubiese comercializado el presente seguro a través de un comercializador, queda establecido que el pago de la prima efectuado por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO al comercializador se considerará abonado a la COMPAÑIA.

Artículo 6°: Periodo de gracia

6.1 Es facultad de la COMPAÑIA conceder un periodo de gracia, en cuyo caso será estipulado en las Condiciones Particulares de la Póliza, para efectuar el pago de cualquier prima vencida, sin cargo de intereses ni moras.

6.2 En tal caso la póliza continuará en pleno vigor durante dicho periodo de gracia, pero si dentro del mismo ocurriese el siniestro, toda prima vencida e impaga podrá ser deducida del beneficio exigible en virtud de esta Póliza.

Artículo 7°: Efectos del incumplimiento del pago de las primas

7.1 Si la prima no es pagada en el plazo convenido, la cobertura del seguro se suspenderá automáticamente una vez que hayan transcurrido treinta (30) días calendarios desde la fecha de vencimiento de la obligación, siempre y cuando no se haya convenido un plazo adicional para el pago. Para tal efecto, antes del vencimiento de dicho plazo, la COMPAÑIA comunicará de manera cierta al CONTRATANTE y ASEGURADO a través de los medios y en la dirección previamente acordada, el incumplimiento del pago de la prima y sus consecuencias, así como le indicará el plazo de que dispone para pagar antes de la suspensión de la cobertura del seguro. La COMPAÑIA no es responsable por los siniestros ocurridos durante el período en que la cobertura se mantiene suspendida.

7.2 La suspensión de cobertura no es aplicable en los casos en que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO haya pagado, proporcionalmente, una prima igual o mayor al período corrido del contrato.

7.3 En caso la cobertura del seguro se encuentre suspendida por el incumplimiento en el pago de primas, la COMPAÑIA puede optar por la resolución del contrato, no siendo responsable por los siniestros ocurridos en tales circunstancias. El contrato de seguro se considera resuelto en el plazo de treinta (30) días contados a partir del día en que el CONTRATANTE reciba una comunicación escrita de la COMPAÑIA informándole sobre esta decisión.

7.4 La COMPAÑIA podrá compensar las primas pendientes de pago a cargo del CONTRATANTE y/o ASEGURADO correspondiente a la cobertura corrida, contra la indemnización debida del seguro en caso de siniestro. En caso de siniestro total, la prima se entenderá totalmente devengada, debiendo la COMPAÑIA imputarla al pago de la indemnización correspondiente.

7.5 Si la COMPAÑIA no reclama el pago de la prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo, se entiende que el contrato queda extinguido.

Artículo 8°: Rehabilitación

8.1 El CONTRATANTE y/o ASEGURADO podrá solicitar la rehabilitación de la cobertura de seguro, durante el periodo de suspensión. La rehabilitación se aplica hacia el futuro y requiere el pago total de las cuotas vencidas. La cobertura vuelve a tener efecto a partir de las cero (0:00) horas del día siguiente a aquel en que se cancela la obligación. La rehabilitación no procede si la COMPAÑIA expresó por escrito su decisión de resolver el contrato.

8.2 La rehabilitación no altera los vencimientos de las cuotas sucesivas ni el término del seguro ni concede derecho al CONTRATANTE y/o ASEGURADO a solicitar la reducción de la prima en la proporción correspondiente al periodo en que estuvo suspendida.

8.3 La COMPAÑÍA no será responsable por los siniestros ocurridos durante el periodo en que la cobertura se mantuvo suspendida.

Artículo 9º: Vigencia y renovación

9.1 De conformidad con lo estipulado en el segundo párrafo del artículo 4º de la Ley N° 29946, Ley del Contrato de Seguro, las partes acuerdan postergar el inicio de la cobertura del seguro al pago de la primera cuota fraccionada o de la cuota anual de la prima dentro del plazo establecido, según corresponda. Las partes acuerdan igualmente, que se dará inicio a la cobertura del seguro, en caso ocurra un siniestro antes del plazo acordado para el pago de la primera cuota o de la cuota anual de la prima según corresponda, oportunidad en la cual, se devengará la prima debida de acuerdo al convenio de pago suscrito, la cual será descontada del importe de la indemnización correspondiente.

9.2 La presente Póliza inicia su vigencia y expira en las fechas señaladas en las Condiciones Particulares y a las doce (12) del mediodía de ambas fechas inclusive.

9.3 El contrato de seguro se extingue indefectiblemente una vez cumplido el plazo pactado.

9.4 La renovación de la Póliza deberá ser solicitada por el CONTRATANTE o su corredor de seguros con una anticipación de 30 días calendario a su vencimiento.

9.5 La renovación del contrato de seguro no es automática ni obligatoria, salvo que exista cláusula de renovación automática o así se haya pactado en la Condiciones Particulares de la Póliza.

9.6 Si la COMPAÑÍA renueva la Póliza en forma automática, el CONTRATANTE puede a su libre elección suscribirla o devolverla para su anulación definitiva, dentro del plazo de 30 días calendario desde la renovación de la póliza.

Artículo 10º: Nulidad del contrato de seguro

10.1 Será nulo el Contrato de Seguro por:

a) Ausencia de interés asegurable Actual o contingente al tiempo del perfeccionamiento del contrato o al inicio de sus efectos.

b) Inexistencia del Riesgo Si al tiempo de su celebración se había producido el siniestro o había desaparecido la posibilidad de que se produzca. Si se acuerda que comprende un período anterior a su celebración, el contrato es nulo solo si al tiempo de su conclusión la COMPAÑÍA conoce la imposibilidad de que ocurra el siniestro o EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO conoce que se ha producido.

c) Reticencia y/o declaración inexacta dolosa De circunstancias conocidas por el CONTRATANTE Y/O ASEGURADO, que hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones si la COMPAÑÍA hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo, en tanto haya sido efectuado con dolo o culpa inexcusable. La COMPAÑÍA dispone de un plazo de treinta (30) días para invocar la nulidad en base a este supuesto, plazo que se computo desde que se toma conocimiento de la reticencia y/o declaración inexacta.

Efectos sobre la prima: En caso de nulidad de la Póliza por las causales descritas en los literales a) y b) la COMPAÑÍA devolverá el importe de prima establecido en las Condiciones Particulares.

En el caso del numeral c) las primas pagadas quedan adquiridas por la COMPAÑÍA para el primer año de duración del contrato a título indemnizatorio.

10.2. Pérdida de Derechos Indemnizatorios Desde el momento en que EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO incurre en alguna de las causales de nulidad del contrato de seguro, devienen en ineficaces todos los derechos y beneficios pactados en la Póliza a su favor y caducan automáticamente los que pudieran haberse generado. EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO por tanto, perderá automáticamente todo derecho a reclamar indemnización o beneficio alguno relacionado con la Póliza. Si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO ya hubiera cobrado la indemnización por algún siniestro o gozado de algún otro beneficio emanado de la Póliza, quedará automáticamente obligado frente a la COMPAÑÍA a la devolución correspondiente, conjuntamente con los intereses legales, gastos y tributos a que hubiera lugar, debidamente sustentados.

Artículo 11º: Resolución del contrato de seguro

El contrato de seguro podrá resolverse:

11.1 Sin Expresión de Causa

El CONTRATANTE en cualquier momento podrá solicitar la resolución del contrato, lo cual deberá realizarse por cualquiera de los medios de comunicación pactados en la póliza, con una anticipación de 30 días calendarios, precisándose que el CONTRATANTE puede ejercer su derecho de desvincularse del contrato de seguro utilizando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para su celebración. Igual derecho tiene el ASEGURADO para desvincularse del contrato siguiendo el mismo procedimiento señalado.

En el caso que el CONTRATANTE sea una persona distinta al ASEGURADO, será el obligado de comunicarle su decisión de resolver el contrato, debiendo informar a la COMPAÑÍA por cualquier medio escrito que cumplió con dicha comunicación.

Efecto sobre la prima: La COMPAÑÍA tiene derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido y tiene obligación de devolverla en caso la haya cobrado, por el periodo no devengado (no cubierto), en cuyo caso el CONTRATANTE o ASEGURADO, según corresponda, deberá solicitarlo a la COMPAÑÍA por escrito, por cualquiera de los medios de comunicación pactados en la póliza, teniendo la COMPAÑÍA un plazo de quince (15) días para efectuar la devolución.

11.2 Por incumplimiento de las siguientes cargas u obligaciones:

- a) Falta de pago de prima.
- b) Por agravación del riesgo.
- c) Por fraude en la presentación de la solicitud de cobertura.

Los alcances de las causales a) y c) se encuentran señalados en los artículos sobre EFECTOS DEL INCUMPLIMIENTO DEL PAGO DE LAS PRIMAS e INDEMNIZACION DE LOS SINIESTROS, de este condicionado respectivamente. En cualquiera de estos casos se seguirá el procedimiento de comunicación que establece cada artículo de este condicionado que trata sobre las causales señaladas.

El alcance sobre la causal b) se encuentra señalado en el artículo sobre AGRAVACION DEL RIESGO de estas Cláusulas Generales de Contratación. La resolución por este supuesto se dará al día siguiente de notificada la comunicación escrita de resolución al contratante y siempre que se haya hecho dentro de los quince (15) días siguientes de haber tomado conocimiento la COMPAÑÍA de la agravación del riesgo.

En los seguros grupales, el CONTRATANTE es el obligado a comunicar sobre la resolución del contrato o del certificado de seguro a los asegurados de la póliza, entregando la comunicación escrita que a tal efecto le proporcionará la COMPAÑÍA. El CONTRATANTE deberá dejar constancia escrita ante la COMPAÑÍA que cumplió con efectuar la referida comunicación.

Efectos sobre las primas:

En el supuesto del literal a) precedente, la COMPAÑÍA tiene derecho al cobro de la prima correspondiente al periodo efectivamente cubierto. En el supuesto del literal b) precedente, la COMPAÑÍA tiene derecho a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido. En el supuesto del literal c) precedente, la COMPAÑÍA tiene derecho a cobrar o a retener la prima devengada a prorrata hasta el momento en que se efectuó la resolución.

Asimismo, la COMPAÑÍA tiene obligación de devolver la prima, en caso la haya cobrado, por el periodo no devengado (no cubierto), teniendo la COMPAÑÍA un plazo de quince (15) días para efectuar la devolución. En tales casos, el CONTRATANTE no deberá efectuar gestión alguna y la prima le será devuelta en el plazo antes señalado.

11.3 Si el CONTRATANTE rechaza la propuesta de reajuste de la prima o la suma asegurada que le efectúe la COMPAÑÍA en caso haya detectado reticencia yo declaración inexacta no dolosa en sus declaraciones al momento de solicitar el seguro.

La COMPAÑÍA podrá resolver el contrato mediante comunicación dirigida al CONTRATANTE en el plazo de treinta (30) días computado desde el vencimiento del plazo de diez (10) días fijado para que el CONTRATANTE se pronuncie por la aceptación o el rechazo.

Efecto sobre las primas:

En este supuesto corresponden a la COMPAÑÍA las primas devengadas a prorrata, hasta el momento en que efectuó la resolución.

Asimismo, la COMPAÑÍA tiene obligación de devolver la prima, en caso la haya cobrado, por el periodo no devengado (no cubierto), teniendo la COMPAÑÍA un plazo de quince (15) días para efectuar la devolución. En tales casos, el CONTRATANTE no deberá efectuar gestión alguna y la prima le será devuelta en el plazo antes señalado.

En las pólizas grupales, el certificado de seguro se resolverá por:

- a) Decisión unilateral del ASEGURADO, para lo cual se seguirá el mismo procedimiento señalado en el numeral 11.1 de este artículo.
- b) Incumplimiento de las cargas u obligaciones señaladas en el numeral 11.2 en lo que corresponda, aplicándose las mismas reglas señaladas en dicho numeral.
- c) El rechazo por parte del ASEGURADO de la propuesta de reajuste de la prima o la suma asegurada, en el supuesto señalado en el numeral 11.3 precedente.

Los efectos sobre las primas serán las indicadas para cada caso en este artículo.

Artículo 12°: Beneficiarios

12.1 El CONTRATANTE y/o ASEGURADO podrá designar a los BENEFICIARIOS en la Solicitud de Seguro y podrá solicitar su modificación en cualquier momento mediante cualquiera de los medios de comunicación pactados a la COMPAÑÍA, en la que especificará el cambio en la Póliza, sin la cual ningún cambio tendrá valor.

12.2 El cambio de BENEFICIARIOS será efectivo en la fecha de dicha comunicación.

12.3 La suma asegurada será pagada a los BENEFICIARIOS cuya designación en la Póliza se encuentre en vigor al fallecimiento del ASEGURADO. Si uno de los BENEFICIARIOS no viviera o no quisiera recibir su parte, ésta acrecentará la de los otros BENEFICIARIOS en partes iguales. Para estos efectos, cualquiera de los BENEFICIARIOS podrá acreditar ante la COMPAÑÍA el fallecimiento del BENEFICIARIO con la partida de defunción correspondiente. En caso de que el BENEFICIARIO se negare a recibir su parte, deberá hacerlo de manera expresa.

12.4 Los BENEFICIARIOS no tienen ni transmiten derecho alguno si fallecen antes que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO. Por lo tanto, en caso de fallecimiento de los BENEFICIARIOS antes que el ASEGURADO, o de no haberse designado BENEFICIARIOS, la suma asegurada será pagada a quienes el CONTRATANTE y/o ASEGURADO haya designado como HEREDEROS en su Testamento o Sucesión intestada.

12.5 En caso de duda sobre a quién o a quiénes debe efectuarse el pago, la COMPAÑÍA se reserva el derecho de consignar el producto de la indemnización ante la autoridad judicial competente, a fin de que sea la autoridad judicial quien determine quiénes deben recibirla, quedando la COMPAÑÍA relevada de toda responsabilidad con los BENEFICIARIOS que aleguen derecho sobre la indemnización.

Artículo 13°: Indemnización de los siniestros

La COMPAÑÍA indemnizará las pérdidas o daños que directa y efectivamente ocurran por efecto de un siniestro, entendido como tal la realización de uno de los riesgos materia de cobertura; siempre que el evento se inicie dentro del período de vigencia de la Póliza y el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO haya cumplido con las obligaciones a su cargo emanadas del contrato de seguro.

13.1 La indemnización que corresponda pagar por la COMPAÑÍA al CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO en caso de siniestro, se determinará aplicando los términos y condiciones de la Póliza.

13.2 El límite de la indemnización a que se obliga la COMPAÑÍA en caso de siniestro ocurrido dentro de la vigencia de la Póliza, es la Suma Asegurada y/o Beneficio Máximo Anual, nominalmente pactados en las Condiciones Particulares. En ningún caso ni por concepto alguno, podrá ser obligada la COMPAÑÍA a pagar una suma mayor.

13.3 La existencia y magnitud de una pérdida indemnizable bajo la Póliza debe ser probada por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO.

13.4 Las Condiciones Generales de cada producto de seguro establecerá su propio procedimiento para solicitar la cobertura en caso de siniestro, detallando los requisitos para el aviso y la entrega de documentación que debe cumplir el CONTRATANTE y/o ASEGURADO.

13.5 La COMPAÑÍA tendrá un plazo de 30 días calendarios para comunicar al ASEGURADO sobre la aprobación o el rechazo del siniestro. Dicho plazo se cuenta desde que la COMPAÑÍA recibió la documentación e información completa requerida para solicitar la cobertura, señalado en el artículo sobre el AVISO DEL SINIESTRO Y PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA de las Condiciones Generales de la Póliza.

Si la COMPAÑÍA requiere aclaraciones o precisiones adicionales sobre la documentación e información presentada, las solicitará dentro de los primeros veinte (20) días calendarios de los treinta (30) días señalados en el párrafo anterior.

Si la COMPAÑÍA no se pronuncia dentro de dicho plazo de treinta (30) días se entenderá que el siniestro ha quedado consentido, salvo que haya requerido un plazo adicional para realizar nuevas investigaciones u obtener evidencias relacionadas al siniestro, siguiendo el procedimiento establecido en la Ley del Contrato de Seguro.

13.6 La COMPAÑÍA pagará el monto de la indemnización dentro del plazo de 30 días de consentido o aprobado el siniestro.

13.7 La COMPAÑÍA, queda facultada para acceder a la historia clínica del CONTRATANTE y/o ASEGURADO en cualquier centro de salud privado o público, en el momento que lo requiera.

13.8 La COMPAÑÍA se reserva el derecho de investigar las causas reales del siniestro, aun cuando ya hubiere pagado la indemnización. El CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO quedan obligados a cooperar con esta investigación.

Si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO no cooperara o si de esta resultara que el siniestro realmente no estaba cubierto por razones técnicas o por acto doloso o con culpa inexcusable del CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, éstos quedan obligados a restituir las sumas pagadas más los intereses legales, en la vía judicial correspondiente.

13.9 La COMPAÑÍA quedará exenta de toda responsabilidad y el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO perderá todo derecho al pago indemnizatorio, en los siguientes casos:

- a) Si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO o la persona que obre en su representación, presenta reclamación fraudulenta, engañosa o apoyada total o parcialmente en declaraciones inexactas o en documentos engañosos. En el supuesto que el BENEFICIARIO presente una reclamación fraudulenta sin conocimiento del CONTRATANTE y/o ASEGURADO, éste no perderá su derecho al pago indemnizatorio.
- b) Si las pérdidas o daños del siniestro fueran causados por un acto y/u omisión intencional y/o con culpa inexcusable del CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO o si hubiera mediado algún acto u omisión imputable al CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO que hubiese agravado el riesgo o las pérdidas ocasionadas por el siniestro.

En el caso de fraude, la COMPAÑÍA emitirá una comunicación escrita al ASEGURADO y/o CONTRATANTE con el fin de informarle que debido a ello se procederá a resolver el contrato de seguro, lo cual se hará efectivo desde el día siguiente de la notificación de la resolución.

13.10 La COMPAÑÍA no está obligada a otorgar adelantos a cuenta de la indemnización de un siniestro. Cuando los otorgue, tal liberalidad no podrá ser interpretada como un reconocimiento del siniestro.

Si luego de otorgado un adelanto de la indemnización, resultare que el siniestro no estaba cubierto; el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO devolverá a la COMPAÑÍA el importe adelantado o en exceso, más los intereses legales, gastos y tributos a que hubiere lugar, en la vía judicial correspondiente.

13.11 En caso el ASEGURADO no cumpla con informar la ocurrencia del siniestro dentro de los plazos establecidos en la Póliza, la COMPAÑÍA reducirá la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio que se le haya causado, siempre que, se haya afectado su derecho a verificar o determinar las circunstancias del siniestro. Se precisa que para aplicar la reducción tendrá que acreditarse y sustentarse que el aviso extemporáneo del siniestro tiene un efecto negativo en la verificación del mismo.

Además se precisa que:

- 1) Si el incumplimiento obedece a dolo del sujeto gravado con la carga, pierde el derecho a ser indemnizado.
- 2) Si el incumplimiento obedece a culpa inexcusable, el ASEGURADO o BENEFICIARIO pierde el derecho a ser indemnizado salvo que la falta de aviso no haya influido en la verificación o determinación del siniestro.
- 3) No se aplicará la reducción cuando la COMPAÑÍA haya tenido conocimiento del siniestro o de sus circunstancias por

otro medio.

4) No se aplicará reducción cuando el incumplimiento del ASEGURADO se deba a caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho.

Artículo 14°: Modificación de condiciones contractuales

14.1 DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO La COMPAÑÍA está obligada a comunicar por escrito al CONTRATANTE sobre la modificación que quisiera realizar, quien tiene derecho a analizar la propuesta y tomar una decisión dentro de los (30) días calendarios siguientes contados desde que recibió la comunicación. EL CONTRATANTE podrá aceptar o no la modificación propuesta. Si está de acuerdo con la modificación deberá informarlo a la COMPAÑÍA dentro del plazo antes señalado, por escrito. La COMPAÑÍA deberá emitir un endoso a la Póliza dejando constancia de la modificación efectuada. En el caso que el CONTRATANTE no esté de acuerdo con la modificación propuesta por la COMPAÑÍA, el contrato se mantiene vigente en los términos originales, hasta su vencimiento, luego de lo cual no procederá la renovación automática del contrato. En los seguros grupales, la COMPAÑÍA proporcionará la documentación suficiente al CONTRATANTE para que él ponga en conocimiento de los asegurados las modificaciones que se hayan incorporado en el contrato.

La falta de aceptación expresa de los nuevos términos no implica la resolución del contrato, en cuyo caso no procede su modificación hasta el fin de la vigencia del contrato

14.2 PROCEDIMIENTO DE MODIFICACIÓN EN LA RENOVACIÓN

La COMPAÑÍA podrá modificar los términos y condiciones de la Póliza, incluyendo el monto de la prima, para lo cual deberá cursar aviso por escrito al CONTRATANTE detallando las modificaciones en caracteres destacados con una anticipación no menor de cuarenta y cinco (45) días previos al vencimiento del contrato. El CONTRATANTE tiene un plazo no menor de treinta (30) días previos al vencimiento del contrato para manifestar su rechazo a la propuesta. En caso contrario se entienden aceptadas las nuevas condiciones propuestas por la COMPAÑÍA. En los seguros grupales, la COMPAÑÍA proporcionará la documentación suficiente al CONTRATANTE para que él ponga en conocimiento de los asegurados las modificaciones que se hayan incorporado en el contrato.

Artículo 15°: Agravación del riesgo

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO, en su caso, deben notificar por escrito a la COMPAÑÍA los hechos o circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal magnitud que, si fueran conocidas por ella al momento de perfeccionarse el contrato, no lo celebrarían o lo hubiera hecho en condiciones más gravosas.

Comunicada a la COMPAÑÍA la agravación del riesgo, esta debe manifestar al contratante en el plazo de quince (15) días su voluntad de mantener las condiciones del contrato, modificarlas o resolverlo.

Mientras la COMPAÑÍA no manifieste su posición frente a la agravación continúan vigentes las condiciones del contrato original. Cuando la COMPAÑÍA opte por resolver el contrato tiene derecho a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido.

Si no se le comunica oportunamente, tiene derecho a percibir la prima por el periodo de seguro en curso.

Si se omite comunicar la agravación, la COMPAÑÍA queda liberada de su prestación si el siniestro se produce mientras subsista la agravación del riesgo, excepto que:

- a) El contratante y/o asegurado incurren en la omisión o demora sin culpa inexcusable
- b) Si la agravación del riesgo no influye en la ocurrencia del siniestro ni sobre la medida de la prestación a cargo del

asegurador.

c) Si no ejerce el derecho a resolver o a proponer la modificación del contrato en el plazo previsto en el artículo 61° de la Ley N° 29946

d) La COMPAÑÍA conozca la agravación, al tiempo en que debía hacerse la denuncia.

En los supuestos a), b) y c) la COMPAÑÍA tiene derecho a deducir del monto de la indemnización la suma proporcional equivalente a la extra prima que hubiere cobrado al contratante de haber sido informado oportunamente de la agravación del riesgo contratado.

Artículo 16°: Reducción de la suma y/o beneficio máximo anual

Toda indemnización que la COMPAÑÍA pague, reducirá automáticamente en igual monto la Suma Asegurada y/o Beneficio Máximo Anual.

Artículo 17°: Derecho de arrepentimiento

Si la presente póliza ha sido ofertada a través del uso de sistemas a distancia por parte de la COMPAÑÍA o a través de comercializadores, incluyendo la banca seguros, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO tiene derecho de arrepentimiento para resolver el contrato, sin expresión de causa ni penalidad alguna.

Este derecho se podrá ejercer dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha de recepción de la Póliza o una nota de cobertura provisional, en el caso de seguros individuales, o del certificado de seguro en el caso de pólizas grupales que no sean condición para contratar operaciones crediticias, debiendo la COMPAÑÍA en ambos casos devolver el monto de la prima recibida.

Para tal fin, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO que quiera hacer valer su derecho de resolver la póliza o certificado de seguro, podrá emplear los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro. En caso el CONTRATANTE y/o ASEGURADO ejerza este derecho luego de haber pagado el total o parte de la prima, la empresa procederá a la devolución de la prima pagada dentro de los treinta (30) días siguientes.

Artículo 18°: Moneda

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

18.2 No obstante, en caso que la legislación limitara o restringiera la libre disposición o tenencia de moneda extranjera, la Póliza quedará automáticamente convertida a moneda nacional, ajustándose la Suma Asegurada y/o Beneficio Máximo Anual y demás obligaciones, al tipo de cambio de venta libre correspondiente a la fecha de inicio de la vigencia de la norma jurídica que disponga dicha restricción o limitación. La COMPAÑÍA informará de ello al ASEGURADO, dentro de un plazo de treinta (30) días de realizado la modificación de la póliza o el certificado de seguro.

Artículo 19°: Tributos

Todos los tributos presentes y futuros que graven las primas o sumas aseguradas, así como la liquidación de siniestros, de ser el caso; serán de cargo del CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o Beneficiario; salvo aquellos que por mandato de norma imperativa sean de cargo de la COMPAÑÍA y no puedan ser trasladados.

Artículo 20°: Mecanismos de solución de controversias

Toda controversia, desavenencia o reclamación relacionada o derivada del contrato de seguro, incluidas las relativas a su validez, eficacia o terminación, será resuelta por los Jueces y Tribunales de la ciudad de Lima o del lugar donde domicilia el CONTRATANTE, BENEFICIARIO y/o ASEGURADO, según corresponda de acuerdo a la legislación procesal peruana. El CONTRATANTE, BENEFICIARIO y/o ASEGURADO también podrá acudir a las instancias habilitadas para que presenten sus reclamos o denuncias, ante la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP´s, Defensoría del Asegurado e INDECOPI, según corresponda.

Artículo 21º: Defensoría del asegurado

En caso de que el CONTRATANTE, BENEFICIARIO y/o ASEGURADO tenga una controversia con la COMPAÑÍA sobre la cobertura de un siniestro o el monto de la indemnización y éste no exceda de US\$50,000 (Cincuenta Mil Dólares Americanos) o su equivalente en otras monedas, el CONTRATANTE, BENEFICIARIO y/o ASEGURADO puede recurrir a la Defensoría del Asegurado, siempre que la controversia se encuentre dentro del ámbito de su competencia, según lo que establece el Reglamento de la Defensoría del Asegurado. Véase Página Web: www.defaseg.com.pe. Telefax: 421-0614, Dirección: Calle Amador Merino Reyna 307 Piso 9 San Isidro, Edificio Nacional.

Artículo 22º: Domicilio

La COMPAÑÍA y el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO señalan como sus domicilios el que aparece registrado en la Póliza, a donde se dirigirán válidamente todas las comunicaciones y/o notificaciones extrajudiciales o judiciales, considerándose como tal el uso de correos electrónicos si es que fue pactado como medio de comunicación. El CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO notificarán a la COMPAÑÍA anticipadamente y por escrito, su cambio de domicilio sin cuyo requisito, carecerá de efecto para este contrato de seguro.

Artículo 23º: Prescripción

Las acciones derivadas de la presente Póliza prescriben a los diez años, desde que ocurrió el siniestro. En los seguros que cubran el riesgo de fallecimiento, este plazo se computará desde que el BENEFICIARIO conoce la existencia del beneficio.

En consecuencia, vencido dicho plazo, la COMPAÑÍA queda liberada de cualquier responsabilidad emanada de esta Póliza.

Artículo 24º: Declaración

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO declara que, antes de suscribir la Póliza, ha tomado conocimiento directo de todas las Cláusulas Generales de Contratación, las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares y las Condiciones Especiales, a cuyas estipulaciones conviene que quede sometido el presente contrato.

Artículo 25º: Atención de consultas y reclamos

El CONTRATANTE, ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO puede hacer consultas o presentar reclamos por los servicios prestados de forma verbal o escrita, a través de los mecanismos que a continuación se detallan:

- En forma verbal o por escrito (carta simple) en nuestra oficina principal ubicada en Calle Amador Merino Reyna N° 267 Of. 402 - San Isidro. Telf (51-1) 417-5000 (*)
- Escribiéndonos a: atencion.seguros@chubb.com o ingresando a nuestro formulario web de Atención de Consultas y Reclamos que se encuentra en la siguiente dirección www.chubb.com/pe opción "Contáctenos" - "Solicitud Electrónica".
- Llamando a las Ejecutivas de Atención al Cliente al teléfono 417-5000 (*)

En los tres mecanismos señalados, como requisito previo para atender el reclamo, se deberá presentar la siguiente información:

- Nombre completo del usuario reclamante. Fecha de reclamo.
- Motivo de reclamo.
- Tipo de Seguro, número de Póliza y/o Certificado de Seguro contratado con Chubb Seguros Perú (aplicable sólo para clientes).
- Detalle del reclamo.

Una vez presentado el reclamo se le asigna un número de caso para el control y seguimiento, el cual se encontrará a disposición del reclamante en caso de solicitarlo.

El reclamo será atendido en un plazo que no debe exceder los treinta (30) días contados a partir de la fecha de recepción del mismo.

(*) Horario de atención: Lunes a Viernes de 9:00 am a 6:00 pm.

Artículo 26°: Registro nacional de información de contratos de seguros de vida y de accidentes

En el caso que el seguro de accidentes cuente con cobertura de muerte accidental, queda establecido que formará parte del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y de Accidentes Personales con Cobertura de Fallecimiento o de Muerte Accidental, conforme a la Ley 29355.

Artículo 27°: Ley del contrato de seguro y normas reglamentarias

EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO tendrá en cuenta que en todo lo no establecido en las presentes condiciones generales de contratación comunes o en aquello que haya discrepancia, prevalecerá la Ley N° 29946 - Ley del Contrato de Seguros y sus normas reglamentarias.